

ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์
ของ
วณิดา กองแก้ว

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2549

ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์
ของ
วณิดา กองแก้ว

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2549
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
วณิดา กองแก้ว

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2549

วณิตา กองแก้ว. (2549). *ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ผศ. ประณต คำจิม.

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรลักษณะชีวสังคม ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ทั้งโดยรวม และรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการนอนหลับและพักผ่อน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ 3) เปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรลักษณะชีวสังคม ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบสะดวก (Convenience Sampling) แบ่งเป็นเพศชาย 63 คน เพศหญิง 87 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที่ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) หรือ ทดสอบค่าเอฟ (F-test) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe') คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for The Social Science)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ อยู่ในระดับดี และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี

2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพศหญิงมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการพักผ่อน นอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุ เพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับ การศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับตั้งแต่ประถมศึกษาลงมา แต่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษไม่แตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่อเดือน สูงกว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า

5. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพ สมรสคู่ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรม การหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยก อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีพฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้าน การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ไม่แตกต่างกัน

6. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะ ครอบครัวเดี่ยว และลักษณะครอบครัวขยาย มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้าน โภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอน หลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษไม่แตกต่างกัน

7. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ภาวะ สุขภาพไม่แตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามตัวแปรลักษณะชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว

8. การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม และ รายด้าน คือ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมการ

ป้องกันอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะ
สุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการ
หลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ

BIOSOCIAL FACTORS EFFECTING HEALTH PERCEPTION AND HEALTH SELF – CARE
BEHAVIOR OF THE ELDERLY AT SENIOR CITIZEN CLUB OF PRAMONGKUTKLAO
HOSPITAL IN BANGKOK METROPOLIS

AN ABSTRACT
BY
WANITA KONGKAE0

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Master of Education Degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University
May 2006

Wanita Kongkaeo. (2006). *Biosocial Factors Effecting Health Perception and Health Self-Care Behavior of the Elderly at Senior Citizen Club of Pramongkutklao Hospital in Bangkok Metropolis*. Master's Project. M.Ed. (Developmental Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Project Advisor: Asst. Pranot Kaochim.

The purposes of this research were : 1) to study the level of health perception and health self-care behavior of the elderly, 2) to compare an overall and each aspect of health self-care behavior of the elderly: eating behavior, physical exercise behavior, relaxing behavior, protective accident behavior and avoidance of toxic substances, on the basis of sex, monthly income, educational level, marital status and family types, 3) to compare the health perception of the elderly on the basis of sex, monthly income, educational level, marital status and family types, and 4) to study the relationship of health perception and health self-care behavior of the elderly.

The sample of this research included 150 elderly members: 63 males and 87 females, drawn by convenience sampling technique from senior citizen club of Pramongkutklao Hospital in Bangkok Metropolis. The instruments for collecting the data were questionnaires on biosocial factors, health self-care behavior and health perception. The statistical methods and procedures for analyzing the data were percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test, one-way analysis of variance, Pearson's product-moment correlation coefficient and Scheffe's test. Data analysis was performed by computer using SPSS (Statistical Package for Social Science) program.

The results were as follows:

The findings indicated that the elderly members at senior citizen club of Pramongkutklao Hospital were found to be at a good level of an overall health self-care, eating behavior, physical exercise behavior, relaxing behavior, protective accident behavior, avoidance of toxic substances and at a rather good level of health perception;

the females were significantly better than the males in an overall health self-care, eating behavior, relaxing behavior, protective accident behavior, and avoidance of toxic substances at the .05 level, but were not significantly different in their physical exercise behavior. A significant educational level difference was found in their relaxing behavior at the .05 level: those at a baccalaureate level of education were significantly better than the ones at a level of elementary education in their overall health self-care, whereas no significant difference was found in an overall health self-care between the elderly at a higher level of monthly income and those at a lower level of monthly income. As for the marital status, the married elderly members, compared to those being single, widowed, divorced or separated, were significantly better at the .05 level in an overall health self-care, relaxing behavior, and avoidance of toxic substances at the but were not significantly different in their eating behavior, physical exercise behavior, and protective accident behavior.

No significant difference in an overall health self-care, eating behavior, exercise behavior, relaxing behavior, protective accident behavior, and avoidance of toxic substances was found in respect to the two different types of families-nuclear and extended; and no significant difference was found in their health perception on the basis of sex, monthly income, educational level, marital status, and two family types. The finding also indicated a positive correlation at the .01 level of significance between their health perception and their overall health-self care, exercise behavior, relaxing behavior and protective accident behavior, and no correlation between their health perception, eating behavior and avoidance of toxic substances.

ประกาศคุณูปการ

คุณค่าและความดีทั้งหมดของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ขอกราบมอบให้แก่ครู อาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้วิชาการ และอบรมสั่งสอนคุณธรรมจริยธรรมแก่ผู้วิจัยตั้งแต่ปฐมวัยจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต เค้าฉิม อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ผู้ที่ให้ความกรุณา เอาใจใส่ ทุ่มเทพลังความคิด ความสามารถ และความตั้งใจจริงในการให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน ช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้วิจัย อันมีผลให้สารนิพนธ์ฉบับนี้ มีคุณค่าทางวิชาการ

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นวลละออ สุภาพล และรองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เพื่อปรับปรุงแก้ไขสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถาม ให้คำแนะนำในการดัดแปลง และสร้างเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณ คุณพรระชา พุ่มรำพา และเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี กรุงเทพมหานคร ที่ได้อำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินีทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ในการ try out เป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ พันตรีหญิง ทิพย์วัลย์ อิศาสะวิน และเจ้าหน้าที่ของคลินิกผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่ได้อำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พี่ เพื่อน และน้องๆ ที่เรียนปริญญาโทจิตวิทยาพัฒนาการ ที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด คุณค่าของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณ คุณพ่อทองขาว และคุณแม่ลำแพน กองแก้ว ที่อบรมสั่งสอนให้ลูกเป็นคนดีของสังคม รวมทั้งพี่น้องที่คอยปลอบโยน และให้ความห่วงใย อันเป็นพลังสำคัญเบื้องหลังแห่งความสำเร็จทุกประการในชีวิตของผู้วิจัยตลอดมา

วณิดา กองแก้ว

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า.....	6
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	6
ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	11
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	14
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	14
ทฤษฎีของความมีอายุ.....	18
การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ.....	20
โรคของผู้สูงอายุ.....	23
พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ.....	24
การรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	29
ความหมายของการรับรู้.....	29
การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของโอเร็ม.....	30
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	32
การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	33
ปัจจัยลักษณะชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	35

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ.....	38
ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ.....	38
ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ.....	39
องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ.....	40
การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....	42
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	59
ปัจจัยลักษณะชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	60
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพ.....	70
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	73
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	73
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	74
ลักษณะของเครื่องมือ.....	74
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	74
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	79
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	80
การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	108
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	108
จุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	108
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	108
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	109
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	109
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	110
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	111
อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า.....	114
ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้า.....	129
ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป.....	131
 บรรณานุกรม.....	 132
 ภาคผนวก.....	 144
ภาคผนวก ก.....	145
ภาคผนวก ข.....	149
 ประวัติย่อผู้วิจัย.....	 158

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 สัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ และอัตราส่วนพึ่งพาที่เป็นประชากรผู้สูงอายุ.....	2
2 จำนวนค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะชีวิตสังคม ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว.....	88
3 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการและ การรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้าน การนอนหลับและพักผ่อน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรม การหลีกเลี่ยงเสพยาที่เป็นโทษ.....	90
4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้าน จำแนกตามตัวแปรเพศ.....	91
5 คะแนนเฉลี่ย และ ความเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวม และรายด้าน จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา.....	93
6 วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา.....	94
7 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ ของพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ ของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา.....	96
8 คะแนนเฉลี่ย และ ความเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวม และรายด้าน จำแนกตามตัวแปรรายได้ต่อเดือน.....	97
9 วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามตัวแปรรายได้ต่อเดือน.....	98

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง

หน้า

10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และความเปี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามตัวแปร สถานภาพสมรส.....	99
11	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามตัวแปร ลักษณะครอบครัว.....	101
12	วิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร	103
13	คะแนนเฉลี่ย และความเปี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรลักษณะชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว.....	103
14	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของการ รับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรเพศ และลักษณะครอบครัว.....	105
15	วิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา และรายได้	106
16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร.....	107

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	11
2 แสดงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ.....	24
3 แสดงองค์ประกอบที่มีผลให้เกิดสุขภาพสมบูรณ์.....	41

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้า แต่การที่จะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพนั้น มิใช่มุ่งแต่เฉพาะวัยเด็ก และวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว หากละเลยวัยสูงอายุก็ไม่ต่างไปจากการละเลยต่อทรัพยากรที่ทรงคุณค่า เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ต่างๆในชีวิตมามากมาย และมีความรู้ความสามารถในด้านใดด้านหนึ่งเป็นอย่างดี จึงเป็นส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขรอบคอบ มองการณ์ไกล มีความภาคภูมิใจ และมีการตัดสินใจที่ดี ผู้สูงอายุบางคนก็ยังแข็งแรง มีความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย ที่จะทำประโยชน์ให้แก่สังคม จึงนับเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า ไม่ควรที่จะละเลย

ปัจจุบันประเทศไทย เป็นประเทศหนึ่งในแถบภูมิภาคที่จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้มีการพัฒนาศาสตร์แขนงต่างๆ ในอันที่จะเอื้อประโยชน์ต่อมนุษย์ให้มากที่สุด กล่าวคือการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าทำให้การบำบัดรักษาโรคมีประสิทธิภาพดีกว่าแต่ก่อน ประชาชนมีความปลอดภัยจากการเจ็บไข้ได้ป่วย ทำให้ช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา อัตราการตายลดลงอย่างรวดเร็ว ประชากรไทยจึงมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากรายงานการสำรวจสำมะโนประชากร และเคหะของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติพบว่า จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก กล่าวคือ ปี 2523 มีผู้สูงอายุ 2.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งประเทศ ปี 2533 มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 4.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.2 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี 2537 ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 4.29 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี 2543 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 5.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.2 ของประชากรทั้งประเทศ จากสถิติดังกล่าวจึงมีการคาดประมาณของกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติว่า ในปี 2553 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นถึง 7.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งประเทศ และประมาณว่า ในปี 2563 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นถึง 10.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเมื่อถึงเวลาดังกล่าวโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลง

ไปจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และเมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นแนวโน้มที่อัตราการพึ่งพาในกลุ่มผู้สูงอายุก็จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ

จากการศึกษาพบว่า การที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ มีผลให้อัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระเพิ่มสูงขึ้นด้วย นับว่าเป็นปัญหาที่ต้องวางแผนเพื่อดำเนินการป้องกันแก้ไขในทุกด้าน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพอนามัย ดังแสดงได้ในตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 สัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ และอัตราส่วนพึ่งพาที่เป็นประชากรผู้สูงอายุ

ปีพ.ศ.	2523	2533	2543	2553	2563
จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป(ล้านคน)	2.5	4.0	5.7	7.6	10.8
สัดส่วนร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	5.4	7.2	9.2	11.4	15.3
อัตราส่วนพึ่งพาที่เป็นประชากรสูงอายุ	9.9	11.6	14.1	17.1	23.5

ที่มา: (<http://intra.chiangmai.ac.th/~sri/thai/document/database/oldpeople.html>)

กล่าวได้ว่าเมื่อประชากรสูงอายุ มีอายุยืนยาวขึ้นขนาดของประชากรก็สูงขึ้น ความสำคัญของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นกับจำนวนปีที่เพิ่มขึ้นของอายุเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย เมื่อวัยสูงชราขึ้นย่อมเกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโรคภัยไข้เจ็บเพิ่มมากขึ้นด้วย

ในปี พ.ศ. 2525 องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้เป็นปีผู้สูงอายุ และขอให้ประเทศสมาชิกจัดทำแผนระยะยาวที่จะให้หลักประกันทางเศรษฐกิจ และสังคมแก่ผู้สูงอายุทั้งนี้เพราะในปัจจุบันผู้สูงอายุได้รับความสนใจจากผู้อายุในวัยอ่อนกว่าน้อยลง ทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุบางคนเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อสังคมเป็นอย่างมาก สำหรับประเทศไทยได้ดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน เพื่อดำเนินการในด้านบริการสุขภาพ สวัสดิการ จัดหาทุน ส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุศึกษาวิจัย และวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จึงจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544 ขึ้น และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ได้เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงตามวัย และดำรงชีวิต

อย่างมีคุณค่า เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและการรองรับประชากรผู้สูงอายุ เพื่อการแก้ไข ปัญหาอื่น ๆ ที่จะตามมาภายหลัง เช่น การเกิดโรคและความพิการต่างๆ ที่พบได้บ่อย ๆ ในผู้สูงอายุ ฯลฯ (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542: 3)

โรคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประกอบด้วยโรคหลายโรค มีทั้งโรคเรื้อรัง และโรครักษาไม่ค่อยได้ผล เคยเชื่อกันว่าโรคของผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมของสังขาร แล้วเข้าใจว่าผู้สูงอายุทุกคนจะต้องเป็น แต่ภายหลังที่คณะแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยดุ๊ก สหรัฐอเมริกาได้ทำการศึกษาแล้วก็ปรากฏว่าผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 15 เท่านั้นที่เป็นโรคของผู้สูงอายุ และบุคคลที่ได้รับการรักษาตัวเป็นอย่างดีก่อนที่จะสูงอายุ มักจะเป็นโรคของผู้สูงอายุน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้สนใจสุขภาพของตนเอง (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2535: 75-76) จะเห็นได้ว่าโรคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ นอกจากเกิดจากความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายแล้ว ยังเกิดจาก พฤติกรรมการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคของผู้สูงอายุเป็นโรคซึ่งป้องกันได้ ชลอความเสื่อมได้ โดยการสนใจสุขภาพตัวเองในการดูแลตนเอง เพราะการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ บุคคลได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537: 23)

การดูแลสุขภาพตนเองนับเป็นกลวิธีหนึ่งในระบบงานสาธารณสุขที่มีความสำคัญ และจำเป็นต่อ ชีวิตของมนุษย์เราเป็นอย่างยิ่ง การระมัดระวังดูแลเอาใจใส่คอยสำรวจ และให้ความสำคัญที่จะปฏิบัติตน เบื้องต้นในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองที่จะนำไปสู่ การมีสุขภาพดี ดังนั้นการที่จะบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเพื่อเป้าหมายสูงสุด คือ การที่คุณภาพชีวิตที่ดี นั้น ควรต้องยึดหลักการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีปัญหาหลายด้าน การ ดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่จะเป็นการป้องกันโรคที่สามารถลดความรุนแรงหรือชะลอการเกิดโรคได้ และ ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประกอบการบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ที่รัฐบาลพยายามจัด ให้ไม่เพียงพอ จึงถือได้ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในอนาคต ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุควร จะต้องให้ความสนใจดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้การใช้ชีวิตในช่วงนี้เป็นช่วงทองของชีวิตอย่างแท้จริง (นพรัตน์ หนูบ้านยาง. 2540: 7)

ศรีจิตรา บุญนาค (2535: 325) พบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุจะต้องมี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็น อันตรายต่อชีวิต การตรวจสุขภาพและการดูแลสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา วิไลเลิศ (2536: 57) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ การศึกษาของสุพร พริ้งเพริศ (2538: 78-82) ที่พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดีด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540: 82-87) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการที่จะดูแลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีได้ต้องให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีควบคู่ไปด้วย

ในเขตเมือง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบถึงการเปลี่ยนแปลงหลายประการต่อสถาบันครอบครัว อันเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของสังคม การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ โครงสร้างของครอบครัวที่เคยประกอบด้วยบุคคลหลายรุ่นอายุ ตั้งแต่ พ่อแม่ ลูก ปู่ย่า ตายาย ตลอดจน พี่ ป้า น้า อา ซึ่งเป็นครอบครัวขยาย กลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก บทบาทของแม่ ซึ่งในอดีตเป็นเพียงผู้ดูแล และต้องรับผิดชอบงานบ้านเรือน ก็ต้องออกทำงานนอกบ้าน เช่นเดียวกับพ่อด้วย จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้เป็นเหตุให้คนชราขาดคนดูแล และถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพัง ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมและสังคมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ผลจากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุบางรายต้องประสบกับภาวะบีบคั้นในด้านต่างๆ ส่งผลให้สภาวะสุขภาพกายและจิตเสื่อมโทรม ผู้สูงอายุจึงต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และการที่ผู้สูงอายุบางคนปรับตัวไม่ได้ก็จะซึมเศร้า ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง ปล่อยปละละเลยตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีใครสนใจ

ในปัจจุบันจึงได้มีการรวมตัวกันจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น เป็นจุดรวมในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้พัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เพราะในชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การรวมกลุ่มเพื่อพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสุขภาพอนามัยทั้งร่างกาย และจิตใจ การดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรคที่คุกคามสุขภาพ การโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม นันทนาการ ตลอดจนการตรวจสุขภาพ ซึ่งการให้ความรู้ดังกล่าวนี้รวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชมรม เป็นการคงสถานภาพและส่งเสริมบทบาททางสังคม รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไว้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิต ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนในเรื่องความสามารถดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพต่อไป (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542: 5)

ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถมีแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และเป็นประโยชน์ในการ

ดำเนินงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป โดยให้ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เป็นตัวแทนในการศึกษาค้นคว้า เนื่องจากชมรมดังกล่าวมีจำนวนสมาชิกเข้าร่วมทำกิจกรรมกันอย่างสม่ำเสมอ มีการรวมกลุ่มที่ชัดเจนของสมาชิก มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดบริการด้านสุขภาพ นับตั้งแต่การตรวจสุขภาพปกติไปจนถึงการส่งต่อเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุทุกคนจะต้องได้รับการตรวจสุขภาพจากแพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุก่อนเข้าเป็นสมาชิกชมรม เพื่อประเมินภาวะสุขภาพว่าสามารถเข้าทำกิจกรรมต่างๆของชมรมได้หรือไม่ และยังมีการติดตามผลนัดตรวจสุขภาพประจำทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปีตามสภาวะสุขภาพ จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ค่อยเจ็บป่วย สามารถเป็นตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีได้

จุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรลักษณะชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ทั้งโดยรวม และรายด้าน
3. เปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรลักษณะชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน พัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. เพื่อเป็นแนวทางให้นักศึกษา และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ใช้ในการดำเนินงาน เพื่อปรับพฤติกรรม และวางแผน จัดบริการในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุต่อไป
4. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรด้านต่างๆในโอกาสต่อไป

ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งมีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมตามบัญชีรายชื่อ จำนวน 400 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบสะดวก (Convenience Sampling) จำนวน 150 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ

3.1 ปัจจัยลักษณะชีวสังคม

3.1.1 เพศ

- เพศชาย
- เพศหญิง

3.1.2 ระดับการศึกษา

- ต่ำกว่าประถมศึกษา-ระดับประถมศึกษา
- ระดับมัธยมศึกษา
- ระดับอุดมศึกษา

3.1.3 รายได้

- ต่ำกว่า 5,000–8,000 บาทต่อเดือน
- 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน
- มากกว่า 13,000 บาทขึ้นไป

3.1.4 สถานภาพสมรส

- คู่

- โสด/ม่าย/หย่า/ แยก

3.1.5 ลักษณะครอบครัว

- ครอบครัวเดี่ยว
- ครอบครัวขยาย

ตัวแปรตาม คือ

3.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

1. **การรับรู้ภาวะสุขภาพ** หมายถึง ความคิดเห็น และความเข้าใจ ของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพของตนเองว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีมาน้อยเพียงใด ซึ่งประกอบไปด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ความห่วงกังวลและความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในอดีต

1.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน

1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในอนาคต

1.4 ความห่วงกังวลและความตระหนักเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ หมายถึง การให้ความสำคัญ เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

1.5 ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หมายถึง การคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองว่าร่างกายสามารถต้านทานหรือเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเกิดโรคนาน้อยเพียงไร

1.6 ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปของบุคคลว่าจะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและเจ็บป่วยสลับกันไป

การรับรู้ภาวะสุขภาพวัดจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของเนตรนภา คู่พันธ์วี ประกอบด้วยคำถามที่ประเมินใน 6 ด้านดังกล่าวข้างต้น ซึ่งแปลและเรียบเรียงมาจาก General Health Perception Battery ของบรูค และคณะ (Brook, et.al. 1979.) คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง (Rating Scale) ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ารับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ได้รับคะแนนต่ำกว่า และแบ่งระดับการรับรู้สุขภาพเป็น 5 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย	4.51 – 5.00	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	3.51 – 4.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ย	2.51 – 3.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.51 – 2.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

2. **พฤติกรรมดูแลสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากการเจ็บป่วย โดยให้ความสำคัญที่จะกระทำ หรือปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองโดยครอบคลุมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

2.1 พฤติกรรมด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนในด้านโภชนาการ การรับประทานอาหาร และดื่มน้ำอย่างถูกหลักโภชนาการ และถูกสุขลักษณะ เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ

2.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกาย เช่น การทำงานบ้าน การรดน้ำต้นไม้ การเดินเร็ว การฝึกกายบริหาร เป็นต้น เพื่อเป็นการส่งเสริมสมรรถภาพของร่างกาย ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และกล้ามเนื้อมีความตึงตัว จับไว

2.3 พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนด้านการนอนหลับและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ

2.4 พฤติกรรมด้านการป้องกันอุบัติเหตุ หมายถึง ปริมาณการป้องกันอุบัติเหตุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การเดิน การนั่ง การลุก การเดินทางด้วยความระมัดระวังในที่ที่ปลอดภัย

2.5 พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน โดยหลีกเลี่ยงการเพศสภาวะที่เป็นโทษต่อร่างกาย เช่นการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด

ติดให้โทษ สารเคมีในครัวเรือน การใช้ยารักษาโรค เป็นต้น เพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากสารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพสามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของวิริยา สุขวงศ์ และนพรัตน์ หนูบ้านยาง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม มีทั้งด้านบวก และด้านลบ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ช่วง (Rating Scale) ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า และแบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพเป็น 4 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.51–3.00	หมายถึง	พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	2.01–2.50	หมายถึง	พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ย	1.51–2.00	หมายถึง	พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย	1.00–1.50	หมายถึง	พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ลักษณะชีวสังคม หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของบุคคลซึ่งจำแนกได้ดังนี้

1.1 เพศ หมายถึง เพศของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

1.1.1 เพศชาย

1.1.2 เพศหญิง

1.2 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาที่จบชั้นสูงสุดของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้

1.2.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา-ระดับประถมศึกษา

1.2.2 ระดับมัธยมศึกษา

1.2.3 ระดับอุดมศึกษา

1.3 รายได้ หมายถึง เงินเดือนหรือรายได้พิเศษอื่นของผู้สูงอายุ รวมถึงคู่สมรส หรือผู้ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งพิจารณาจากรายได้เฉลี่ยเป็นรายเดือน แบ่งได้ดังนี้

1.3.1 ต่ำกว่า 5,000–8,000 บาทต่อเดือน

1.3.2 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน

1.3.3 มากกว่า 13,000 บาทขึ้นไป

1.4 สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคม เกี่ยวกับการใช้ชีวิต ร่วมกันแบบสามีภรรยา แบ่งเป็น

1.4.1 คู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังมีสามีภรรยาอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน

1.4.2 โสด/ม่าย/หย่า/แยก หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีสามีหรือภรรยา หรือ ผู้สูงอายุที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่สามีหรือภรรยาเสียชีวิต หรือผู้สูงอายุที่เคยมีสามี หรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่สามีหรือภรรยาหย่าร้างกัน หรือผู้สูงอายุที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่ปัจจุบันแยกกันอยู่

1.5 ลักษณะครอบครัว หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลหรือครอบครัว ที่ผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ในปัจจุบัน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

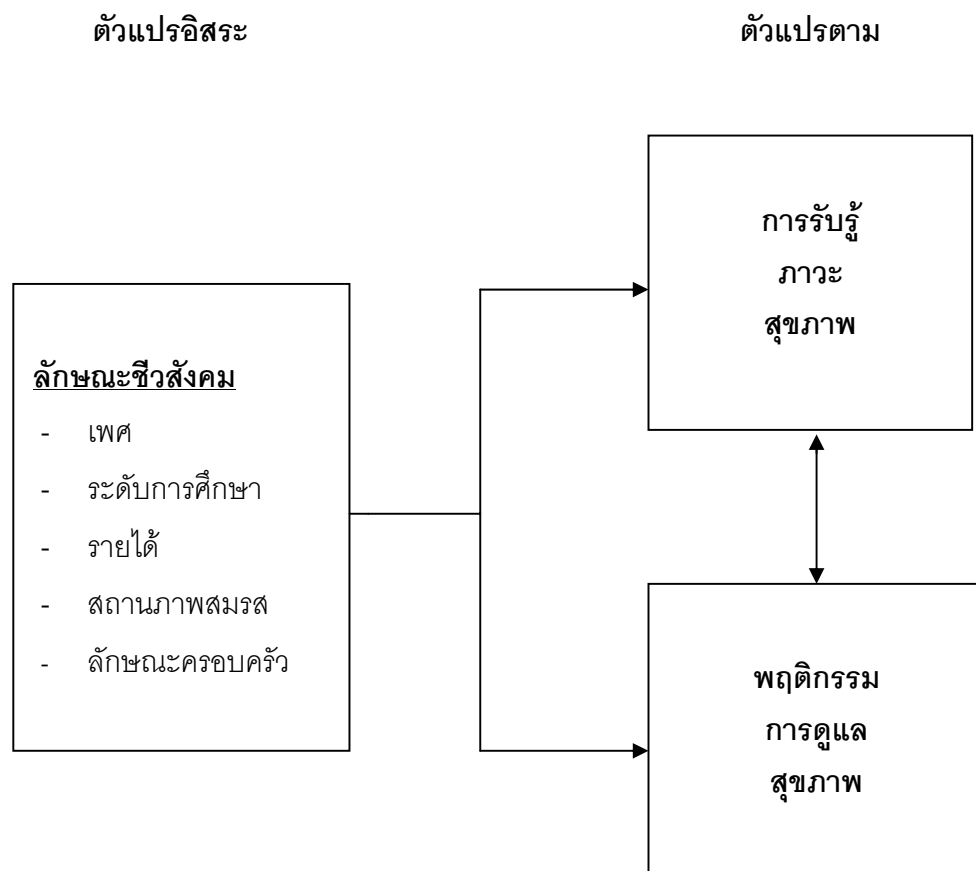
1.5.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่ร่วมกับ สามี/ภรรยา/บุตร หรือสามี/ภรรยาและบุตร เท่านั้น

1.5.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับสามี/ภรรยา หรือสามี/ ภรรยาและบุตร แล้วยังมีผู้อื่นที่เป็นญาติอาศัยอยู่ด้วยกัน เช่น พี่ น้อง หลาน เป็นต้น

2. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

3. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร หมายถึง สถานที่ซึ่งเป็น ที่รวมของผู้สูงอายุ เพื่อประกอบกิจกรรมต่างๆร่วมกัน อันจะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ และสังคมส่วนรวม สังกัดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมการแพทย์ทหารบก กรุงเทพมหานคร ตั้งอยู่ในแผนกคลินิกผู้สูงอายุ อาคารสมเด็จย่า 90 ชั้น 8 เริ่มก่อตั้งเมื่อ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2530 โดยพล.อ.อาทิตย์ กำลังเอก

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ทั้งโดยรวมและรายด้าน
2. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งโดยรวม และรายด้าน
3. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า ทั้งโดยรวม และรายด้าน
4. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสดหรือม่ายหรือหย่าหรือแยก ทั้งโดยรวม และรายด้าน
5. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ทั้งโดยรวม และรายด้าน
6. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
7. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
8. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า
9. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสดหรือม่าย หรือหย่า หรือแยก
10. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยายมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว
11. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร ตำรา บทความ ตลอดจนงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความหมายของผู้สูงอายุ
2. ทฤษฎีของควมมีอายุ
3. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
4. โรคของผู้สูงอายุ
5. พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ
6. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 6.1 ความหมายของการรับรู้
 - 6.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของโอเร็ม
 - 6.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ
7. การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ
8. ปัจจัยลักษณะชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สุขภาพ
9. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 - 9.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 9.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 9.3 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
10. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
 - 10.1 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุแบบองค์รวม
11. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
12. ปัจจัยลักษณะชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
13. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำจำกัดความของคำว่าผู้สูงอายุหรือวัยชราหรือวัยชราภาพ (The Oldage) จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2525 ได้กำหนดภาษาอังกฤษ เรียกผู้สูงอายุว่า The Aging หรือ The Elderly แทนคำว่า Aged (กองวิชาการ. 2529: 23) และในแต่ละประเทศหรือแต่ละสังคมจะให้ความหมายที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุโดยเฉลี่ยของการทำงาน หรือสภาพทางร่างกาย สภาพทางสังคมเศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา คืออายุ 65 ปี กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย คืออายุ 67 ปี เป็นต้น เครื่องบ่งชี้ว่าบุคคลใดชราภาพหรือสูงอายุ บางครั้งอายุก็เป็นเครื่องบอกไม่ได้ มีคนจำนวนมากแม้ว่าอายุจะ 60 ปี หรือ 65 ปี ก็ยังแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ขณะที่คนอายุน้อยกว่าบางคนกลับมีสภาพร่างกายและจิตใจที่เสื่อมโทรม อายุที่กำหนดขึ้นเป็นแนวทางให้เราทราบว่า บุคคลใดสมควรจะเป็นคนชราหรือเป็นผู้สูงอายุ (สุพัทธา สุภาพ. 2531: 50 –51)

เบอร์เรน (Birren. 1981: 68) ได้กล่าวว่า การกำหนดว่าใครเป็น “ผู้สูงอายุ” นั้นควรจะพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ จิต และสังคม สำหรับด้านชีวภาพจะคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกายเป็นเกณฑ์ ทางด้านจิตวิทยานั้นจะพิจารณาความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความสอดคล้องในการรับรู้ การจดจำการรับรู้ใหม่ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเองและแรงกระตุ้นในตน ส่วนด้านสังคมก็จะดูบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ ถ้าจะใช้หลักของเบอร์เรน เกณฑ์ตัดสินว่าผู้ใด คือ “ผู้สูงอายุ” ก็คือ เน้นการทำหน้าที่และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลนั่นเอง ถ้ายังกระฉับกระเฉงทำหน้าที่ได้ดีปรับตัวดีก็ยังไม่แก่

ด้อย ชุมสาย (2514: 14) ได้กล่าวถึงชราภาพในแง่ของวิชาการแขนงต่างๆดังนี้

1. ทางสังคมวิทยา ผู้สูงอายุคือผู้ที่ต้องให้สังคมอนุเคราะห์มากกว่าที่จะอนุเคราะห์สังคม
2. ทางกฎหมาย โดยพระราชบัญญัติข้าราชการพลเรือน กล่าวว่า ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปี บริบูรณ์เข้าสู่ชราภาพต้องปลดเกษียณ

3. ทางสรีรวิทยา โดยเฉลี่ยตั้งแต่เกิดจนถึงอายุประมาณ 20 ปี นับจากจุดนี้เป็นต้นไปเป็นกระบวนการเข้าสู่วัยชรา และคนจะเข้าสู่วัยชราแท้จริงตามหลักสรีรวิทยาช้าเร็วต่างกันตามสภาวะสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

4. ทางจิตวิทยา เมื่อใดที่มือสั่น จำได้ยาก จำได้ไม่นาน หรือลืมง่าย จิตใจสงบน้อยลง และมีความกังวลมากขึ้น จับจดในการกระทำเล็กๆน้อยๆ เสถียรภาพทางอารมณ์มีน้อยลง อารมณ์หงุดหงิดง่ายขึ้น และมักหงุดหงิดในเรื่องที่ไร้สาระ นอนหลับได้น้อยลง ดังนี้เรียกว่าถึง วัยชรา

ดังนั้นคำจำกัดความของวัยสูงอายุ จึงอาจหมายถึงกระบวนการต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การลดลงของการคาดการณ์ของอายุขัยเมื่อมีอายุขัยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการสูญเสียการปรับตัวที่ค่อยเป็นค่อยไป โดยสามารถตรวจวัดได้ว่าความมีชีวิตของเซลล์เริ่มลดน้อยลงและเพิ่มการล่อแหลม หรือการเป็นอันตราย ซึ่งจะนำไปสู่ความตาย (ชูศักดิ์ เวชแพทย. 2531: 1) ในการกำหนดอายุของการเข้าสู่วัยชรา นั้น ได้มีการศึกษากันอย่างมากในเรื่องนี้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วใช้เกณฑ์การเกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีการเจริญทางด้านทางการแพทย์พบว่าผู้ที่มีอายุถึง 60 ปีแล้วยังแข็งแรง และมีความสามารถในการทำงานได้ดี องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

นิศา ชูโต (2525: 7) ให้ความหมายว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่อายุวัดด้วยจำนวนปี ตามปฏิทินของเวลาที่ได้มีชีวิตอยู่ สำหรับคนไทยผู้สูงอายุ หมายถึง คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์ของกฎการปลดเกษียณอายุข้าราชการ หรือถ้าแบ่งช่วงเวลาของการมีชีวิตตามแนวคิดสอนของพุทธศาสนาผู้สูงอายุจะอยู่ในช่วงปัจฉิมวัยคืออายุ 50 ปีขึ้นไปอันเป็นวัยสุดท้ายของชีวิตมนุษย์

กรมประชาสัมพันธ์ (2525: 18) ให้ความหมายของความสูงอายุ หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ความสูงอายุนี้จะเริ่มตั้งแต่เกิด และดำเนินต่อไปจนสิ้นอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น

ฟอง เกิดแก้ว (2525: 124) ได้ให้หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ว่าต้องประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

1. เมื่อใดที่กำลังกายและสุขภาพของร่างกายเริ่มลดลงก็แสดงว่าเริ่มเข้าสู่วัยชรา
2. ขาดหน้าที่ทางเศรษฐกิจ ทำมาหาเลี้ยงชีพได้น้อยกว่าเดิมในลักษณะที่ร่างกายไม่เอื้ออำนวย
3. มีปัญหาทางด้านจิตใจเกิดขึ้น เป็นต้นว่ามีสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และการแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดการติดต่อกับสังคมโดยส่วนรวม

บรรลุ ศิริพานิช (2526: 40) ได้เสนอว่า “ผู้สูงอายุ” คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2530: 18) ได้เรียกผู้สูงอายุว่า“วัยชรา” และกำหนดไว้ว่าวัยชรา เริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี ซึ่งเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต มีการเสื่อมโทรมและต้องซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และเชื่อว่าบุคคลอายุ 55 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เริ่มคิด รู้สึกและรับรู้ว่าตนเองใกล้ถึงวัยสูงอายุ จำเป็นต้องมีการเตรียมตัวตั้งแต่ก่อนหน้านี้นี้ด้วยซ้ำไป

มีนักวิชาการด้านผู้สูงอายุยอมรับว่า มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตของบุคคลในระยะ 20–30 ปี หลังจากเข้าสู่วัยชราหรือหลังจากเกษียณอายุราชการ ได้แก่ วัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. วัยเริ่มสูงอายุ (Young Old) คือ อายุระหว่าง 55–64 ปี
2. วัยสูงอายุตอนกลาง (Middle Old) คือ อายุระหว่าง 65–74 ปี
3. วัยสูงอายุตอนปลาย (Old Old) คือ อายุระหว่าง 75–84 ปี
4. วัยสูงอายุแท้จริง (Real Old) คือ อายุระหว่าง 84 ปีขึ้นไป

สุจินต์ ผลการกุล (2532: 386) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้แก่ลูกหลาน และเยาวชนรุ่นหลัง อีกทั้งยังเป็นผู้จัดทำประโยชน์แก่สังคม

สุรกุล เจนอบรม (2534: 4) ได้ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตนั้นเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา การกำหนดเกณฑ์ว่า เมื่อใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้นๆ ทำอยู่ในสังคม เป็นเกณฑ์ซึ่งบทบาทเหล่านั้นมักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้ก็แตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น บางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 65 ปี หรือ 70 ปี และตัวเลขเหล่านี้คือ เกณฑ์อายุที่จะปลดเกษียณตัวเองออกจากการทำงานตามที่แต่ละประเทศกำหนดไว้นั่นเอง

การกำหนดกฎเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งมีความแตกต่างกันไปอย่างนี้จึงเป็นการยากที่จะทำให้มีการยอมรับกันได้ในทุกๆประเทศ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุและให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทยก็ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุและอายุ 60 ปีนี้เอง จึงเป็นเกณฑ์การปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการในประเทศไทยด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ดี ผู้ที่ทำการศึกษาค้นคว้า หรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า Gerontologists ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ใน 4 ลักษณะกล่าวคือ (สุรกุล เจนอบรม. 2534: 4)

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) ความสูงอายุลักษณะนี้เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์โดยดูตั้งแต่ปีที่เกิด ดังนั้นบุคคลที่มีอายุ 75 ปี ย่อมจะต้องมีความเป็นผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลที่มีอายุ 45 ปีเหล่านี้ เป็นต้น การดูลักษณะของความเป็นผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวนี้ จึงดูที่จำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริงๆ โดยไม่นำเรื่องของสุขภาพ ความสามารถ หรือความรู้ทางสติปัญญา บทบาททางสังคม ฯลฯ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเลย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological Aging) ความเป็นผู้สูงอายุลักษณะนี้ได้จากความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นตกรະ สายตายาว ศีรษะเริ่มล้าน ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุขัยที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Aging) ซึ่งนับรวมไปถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาด้วย เช่น ระบบความจำเปลี่ยนไป การเรียนรู้เริ่มลดถอยลง ตลอดจนบุคลิกภาพต่างๆ ที่แสดงออกอย่างเห็นได้ชัดเจน เป็นต้น

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม (Social Aging) รวมไปถึงด้านครอบครัว เพื่อนฝูง ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานและบทบาททางสังคมอื่นๆ ด้วย

กล่าวโดยสรุป บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้น สติปัญญา ความจำ การเรียนรู้ สภาพทางจิตใจ จะเปลี่ยนแปลงไป บทบาท ภาระหน้าที่ทางสังคม ก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเช่นกัน

สุจินต์ ปรีชาสามารถ (2535: 499) ได้ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” มิใช่หมายถึงเฉพาะการมีอายุมากเพียงอย่างเดียว ยังมีส่วนประกอบอื่นๆ อีก คือ ประสิทธิภาพทางร่างกาย หรือสังขาร หรือสุขภาพจิต ซึ่งได้แก่ อารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกถึงอารมณ์นั้นๆ เพื่อสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นจะเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ การจัดว่าผู้ใดเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น

1. พิจารณาผู้สูงอายุตามปีปฏิทิน กล่าวคือ โดยทั่วไปเมื่อถึงอายุ 60 ปีก็จัดว่าเป็นผู้สูงอายุ แต่โดยข้อเท็จจริงแล้ว ผู้มีอายุนานี้หลายคนก็ยังสามารถอยู่ จึงเปลี่ยนเป็น 65 ปี

2. พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาพร่างกายหรือสังขาร กล่าวคือ บางคนดูแลและรู้สึกตัวเองว่าแก่ ทั้งที่อายุไม่ถึง 60 ปี สำหรับบุคคลประเภทนี้การเสื่อมโทรมของสุขภาพกายเป็นไปอย่างรวดเร็วทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการทำงานหนัก มีความเครียดมาก ทำให้ง่ายต่อการเสื่อมสภาพลงไปมาก จึงอาจ

จัดว่าเป็นผู้สูงอายุได้ทั้งที่อายุปฏิทินยังไม่มากนัก หรือไม่ถึง 60 ปี ผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นนี้เป็นเรื่องของสังขารพาไป

3. พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาวะสุขภาพจิต บุคคลประเภทนี้ถ้าพิจารณาทางด้านสุขภาพแล้วยังดีอยู่ แต่ทางด้านสุขภาพจิตมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมในลักษณะที่จะ “ชอบของชม ชมสาว เล่าความหลัง นั่งรำพึงซึ่งในใจอยู่” ถ้าบุคคลใดมีสภาพทางจิตเป็นเช่นนี้ ก็อาจจัดเป็นผู้สูงอายุตามลักษณะสุขภาพจิตได้ เมื่อพิจารณาลักษณะเบื้องต้น 3 ประการดังได้กล่าวมาแล้ว ผู้สูงอายุอาจมีลักษณะดังนี้

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

สรุปได้ว่า วัยสูงอายุหรือที่เรียกว่าวัยชรานี้ คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย และจิตใจไปในทางเสื่อมลง เป็นประชากรที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้แก่ลูกหลาน และเยาวชนรุ่นหลัง อีกทั้งยังเป็นผู้บำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม หากมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นมิ่งขวัญของครอบครัว และเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้แก่อนุชนรุ่นหลังได้อย่างดี

ทฤษฎีของความมีอายุ

ทฤษฎีที่อธิบายถึงความเปลี่ยนแปลงของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยชรา นั้น มีอยู่ด้วยกันหลายทฤษฎี ซึ่งก็พอที่จะรวบรวมและสรุปได้ดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528; อ้างอิงมาจากบริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2535: 115-118)

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของความชราของร่างกาย ซึ่งมี 3 แนวคิด คือ

1.1 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Auto Immune Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมทั้งมีการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Catastrophe Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อคนมีอายุมากขึ้น ยีนจะค่อยๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดนี้จะเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่างๆ เสื่อม และหมดอายุลง

1.3 ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย ประกอบกับสิ่งแวดล้อมมีเรดิคัลอิสระอยู่มากมายตลอดเวลา เรดิคัลเหล่านี้จะทำให้ยีนเกิดความผิดปกติ และทำให้เกิดคอลลาเจน และอีลาสติน ซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวมีรังสีคอสมิกเกิดขึ้นมากจนทำให้เสียความยืดหยุ่นไป

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกเปลี่ยนไป ซึ่งมี 2 แนวคิด คือ

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ ทฤษฎีนี้อธิบายว่าผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น หากผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคง มีความรัก ความอบอุ่น และรักผู้อื่นก็มีความสุขในชีวิต ในทางกลับกันถ้ารู้สึกว่าการคบกับใครไม่ขึ้นก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยจะมีความสุข ชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยอย่างน่าสงสาร

2.2 ทฤษฎีความปรารถนา ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปรารถนา และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยยังเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องราวต่างๆ อยู่ มีการค้นคว้า และพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีทุนทรัพย์ใช้สอยโดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่วิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากครั้งที่ยังอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการทำงาน รวมทั้งเป็นทฤษฎีที่พยายามจะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ได้แก่

3.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะทางสังคมของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้น ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว สถานะของผู้สูงอายุในสังคมนั้นจะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย

3.2 ทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะของผู้สูงอายุในสังคมจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละสังคม หากในสังคมมีจำนวนผู้สูงอายุน้อย สถานะของผู้สูงอายุก็มักจะดีกว่าในสังคมที่มีผู้สูงอายุมาก

3.3 ทฤษฎีเกียรติภูมิ ทฤษฎีนี้เห็นว่าสถานะของผู้สูงอายุมักจะดี ถ้าผู้สูงอายุในสังคมนั้นๆ เป็นผู้ที่มีคุณประโยชน์

3.4 ทฤษฎีไว้ภาระผูกพัน ทฤษฎีนี้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงคราวชรา ลูกหลานและชุมชน จะให้ความสำคัญหรือสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ก็จะลดความรับผิดชอบ และลดความห่วงใยในลูกหลานลงบ้าง ส่วนกิจกรรมในสังคมก็สมควรจะลดลงเช่นเดียวกัน

3.5 ทฤษฎีให้ทำกิจกรรม ทฤษฎีนี้มีความเห็นตรงกันข้ามกับทฤษฎีไว้ภาระผูกพัน กล่าวคือ แม้จะรู้ว่าสังคมและลูกหลานให้ความสำคัญน้อยลงเมื่อถึงวัยชรา ก็อย่าได้สนใจ แต่จงทำตัวให้เป็นตัวของตัวเอง ทำงานให้เพลิดเพลินตามกำลัง และความสามารถ และรักษาสุขภาพของตนให้ดี อยู่เสมอ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

จากทฤษฎีของความมีอายุที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่าทฤษฎีต่างๆ ได้อธิบายสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูงอายุ ซึ่งเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยจะเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย สังคม จิตใจ พฤติกรรม และสมรรถภาพ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528: 5-19) สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ได้ 5 ด้าน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ความเจริญด้านร่างกายก็จะลดลง การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมีทุกระบบ

1.1 ผิวหนัง เมื่อมีอายุมากขึ้น ผิวหนังและเนื้อเยื่อจะขาดความเต่งตึง ไม่ยืดหยุ่น เหี่ยวย่น หรือผดผื่น

1.2 ตา เลนส์ตาจะเสื่อม มีผลต่อความสามารถในการปรับระยะภาพสายตายาวขึ้น

1.3 หู ความสามารถในการได้ยินน้อยลง

1.4 กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจะถูกแทนที่ด้วยไขมัน เกิดความหย่อนยานและหย่อน

1.5 กระดูก จะเปราะและหักง่าย ทำให้เกิดหลังโค้งงุ้ม

1.6 ฟัน จะเสื่อมสภาพ ต้องอาศัยฟันปลอม มีผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร

1.7 การดูดซึมอาหาร กระเพาะอาหารจะหลั่งเอนไซม์ทริพซิน และเปปซิน ในปริมาณที่ลดลงกว่าร้อยละ 20 ทำให้การย่อยอาหารไม่สมบูรณ์ และดูดซึมได้น้อย ความอยากอาหารน้อยลง

1.8 การเผาผลาญอาหาร อัตราการเผาผลาญอาหารลดต่ำลง

1.9 การไหลเวียนของโลหิตไม่ดี เนื่องจากหลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักมีอาการหน้ามืด เป็นลม

1.10 การขับถ่าย จะปัสสาวะบ่อยเพราะความจุของกระเพาะปัสสาวะจะลดลงร้อยละ 50 ของหนุ่มสาว บางรายอาจถ่ายปัสสาวะขัด โดยเฉพาะผู้ชายที่ต่อมลูกหมากโต และจะมีอาการท้องผูกจากระบบการย่อยอาหารไม่ปกติ และมีกิจกรรมต่างๆของร่างกายลดลง

1.11 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการทำงานลดลง อาจเกิดจากภาวะเบาหวาน หรือต่อมไทรอยด์เป็นพิษ

1.12 ระบบประสาทส่วนกลาง จะเสื่อมลง อาจเกิดความสับสน หรืออาจนำไปสู่ภาวะโรคจิตในวัยสูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความสัมพันธ์ทางสังคม โดยภาระหน้าที่ และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลงจากข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ และการสื่อสาร สมาชิกภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้นตามลำดับ การยอมรับของสังคมต่อความมีอายุมากขึ้นเป็นไปในทางลบ เพราะสังคมมักประเมินความสามารถในการปฏิบัติ ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่า ความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ สามารถทำงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนคนหนุ่มสาว

ถ้าพิจารณาว่าการปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้สูงอายุจะมีการปฏิสัมพันธ์กับสังคมในลักษณะที่ออกจากสังคม ซึ่งมี 2 กรณี คือ

1) เป็นข้อกำหนดของสังคมให้ต้องออกจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้วยการปลดเกษียณ

2) ออกจากสังคมด้วยการยอมรับต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย โดยการละจากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิก เป็นที่ปรึกษาของครอบครัว เป็นผู้อยู่อาศัย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทดังกล่าวนี้ เป็นความพอใจและยอมรับสภาพตามวัยของผู้สูงอายุ ระบบออกจากสังคมนี้ผู้สูงอายุจะสร้างสังคมใหม่ แต่เป็นสังคมย่อย ซึ่งไม่มีอิทธิพลกับสังคมใหญ่มากนัก

เมื่อพิจารณาถึงสังคมไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะในสังคมเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร จะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนเกิดความขัดแย้งในความคิด ศีลธรรมจรรยา และคุณค่าต่างๆในสังคม แต่เดิมสังคมมีความสนใจยกย่องผู้สูงอายุ แต่จากความบีบคั้นทางสังคมที่ทุกคนต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เกิดความหวาดและห่างเหินกับลูกหลาน ความสัมพันธ์ในครอบครัวซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในสังคมขนาดเล็กที่สุดน้อยลง ประกอบกับความพึงพอใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมีน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุค่อนข้างมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. ความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย และสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การมองรูปลักษณ์ของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุ

จะปรับสภาวะทางจิตใจอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม โดยอัตโนมัติ
เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่พบ คือ

3.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่
เป็นไปได้ยาก จึงมักขัดแย้งกับผู้ที่ย่อวัยกว่า

3.2 การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไก
เกี่ยวเนื่องกับการตอบสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม
ผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตน อารมณ์ไม่มั่นคง การ
กระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย

3.3 การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การยอมรับต่อภาวะสูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุ
พัฒนาวิถีดำเนินชีวิตแตกต่างกันไป ตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน บางคนมุ่งสร้างชีวิต
บางคนมุ่งความสงบในชีวิต เข้าวัดถือศีล บางคนชอบเลี้ยงหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว

3.4 ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ชอบชีวิตเรียบง่าย ความมั่งหวังหรือความใฝ่ฝันใน
ชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย

4. การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ในวัยสูงอายุจะมีการปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลง
ที่เกิดขึ้น พฤติกรรมของผู้สูงอายุแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป เช่น ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ดี ก็จะมี
พฤติกรรมที่เหมาะสมอยู่อย่างสงบมีกิจกรรมในสังคมพอประมาณ ผู้สูงอายุบางท่านอาจมีพฤติกรรม
ถดถอย สิ้นหวังท้อแท้ต่อชีวิต เรียกร้องความสนใจ ในบางรายอาจมีการเจ็บป่วยทางจิตใจ และบาง
รายที่ท้อแท้มากอาจถึงทำอัตวินิบาตกรรม

5. การเปลี่ยนแปลงทางสมรรถภาพ คือ การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติงาน
ความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพในผู้สูงอายุเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความจำกัดทางร่างกาย ขาด
สิ่งจูงใจ เป็นต้น สมรรถภาพของผู้สูงอายุมีดังนี้

5.1 สมรรถภาพทางร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีการแสดงออกทางพฤติกรรมช้าลง เพราะทักษะ
ทางกล้ามเนื้อและพลังงานลดลง การประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อ และประสาทขาดประสิทธิภาพ

5.2 สมรรถภาพในการเรียนรู้ ผู้สูงอายุยังคงสามารถเรียนรู้ได้แต่อัตราการเรียนรู้จะลดลง
ซึ่งไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะขาดสมรรถภาพในการเรียนรู้ อีกประการหนึ่งที่เป็นปัญหาต่อการ
เรียนรู้ คือ ความจำเฉพาะหน้าลดลง ผู้สูงอายุจะลืมง่าย

5.3 ความสามารถทางเชาว์ปัญญา เชาว์ปัญญาเป็นความสามารถของบุคคลที่จะมีต่อ
สิ่งแวดล้อม การแสดงออกทางเชาว์ปัญญา จะสัมพันธ์กับการเรียนรู้ ความจำ การแก้ปัญหา เหตุผล

การคิด ความสามารถในการใช้ภาษาและท่าทาง เมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถทางเชาว์ปัญญาจะลดลง เนื่องจากความเสื่อมของสมอง ความจำ และสุขภาพ

5.4 สมรรถภาพทางเพศ จำแนกได้ 2 ประการ ประการแรกคือ ความสามารถในการสืบพันธุ์ ซึ่งผู้หญิงจะหมดไปเมื่อประจำเดือนหมด ส่วนผู้ชายมีความสามารถในการสืบพันธุ์ได้ตลอดอายุขัย ประการที่สอง สมรรถภาพทางเพศในแง่เพศสัมพันธ์ทั้งหญิงและชายจะจำกัดลง เนื่องจากความรู้ต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น กลัวทำให้ไม่มั่นใจและขาดความสุข วัฒนธรรมและค่านิยมที่ว่า ผู้สูงอายุไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ ความเสื่อมของสุขภาพ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าสมรรถภาพทางเพศของผู้สูงอายุจะลดลง

5.5 ความสามารถในการแก้ปัญหา ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการแก้ปัญหา โดยใช้ประสบการณ์เดิม แต่การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ความรู้เก่าและความรู้ใหม่รวมทั้งประสบการณ์ประกอบกันจะเป็นการยากต่อผู้สูงอายุ

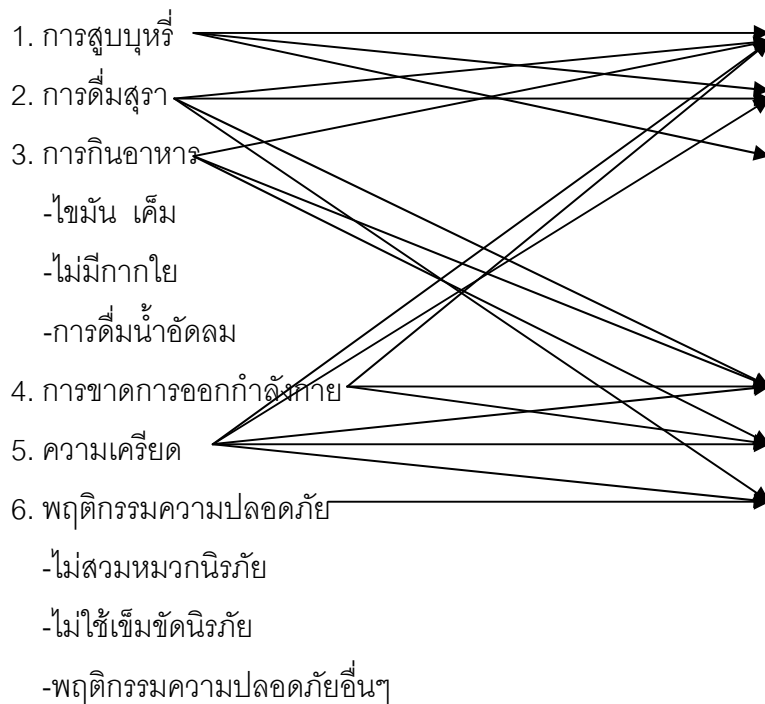
โรคของผู้สูงอายุ

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมีทั้งโรคติดต่อ เช่น โรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนังบางชนิด และโรคที่ไม่ติดต่อแต่สามารถลดความรุนแรง หรือชะลอการเกิดได้ เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคจากความเสื่อมต่างๆ (คณะอนุกรรมการการศึกษาวิจัย และวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. 2525: 6)

ซึ่งโรคเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆรวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับวิถีการ ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม (Behavioral Risk Factors) ในการดำเนินชีวิต (Life Style) ของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อ สามารถจัดลำดับความสำคัญได้ ดังภาพประกอบ 2 (กองสุขศึกษา. 2541: 9; อ้างอิงมาจาก วิริยา สุขวงศ์. 2545: 18)

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ

พฤติกรรม



ปัญหาโรคไม่ติดต่อ

1. โรคหัวใจ
2. มะเร็ง ปอด ตับ
3. อุบัติเหตุ
4. โรคอ้วน เบาหวาน
5. ความดันโลหิตสูง
6. อุบัติเหตุ

ภาพประกอบ 2 แสดงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ

เนื่องจากปัญหาโรคไม่ติดต่อในผู้สูงอายุเป็นปัญหาโรคเรื้อรัง ที่มีสาเหตุการเกิดโรคมาจากหลายๆสาเหตุ จากหลายปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเป็นพฤติกรรมในวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลต่อเนื่องในระยะยาว ช่วงก่อนถึงวัยสูงอายุ ซึ่งบุคคลจะต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อเป็นการป้องกันที่จะมิให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจนเกิดโรคไม่ติดต่อขึ้น

การป้องกันโรคไม่ติดต่อในผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิดโรคจะมุ่งเน้นในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องของสุขภาพทุกๆไป คือ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการควบคุม ป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพนี้เกี่ยวข้องกับรูปแบบ (Life Style) และ สภาพการณ์ของการดำเนินชีวิต (Condition of Living) ได้แก่ สภาพการณ์ด้านที่อยู่อาศัย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การทำงาน ปัญหาสิ่งแวดล้อมรวมทั้งรูปแบบของการดำเนินชีวิต ทั้งนี้จะต้องพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคที่คุกคาม และพบบ่อยใน ผู้สูงอายุ ตามรายงานของคณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม

(2534: 15-19) และจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2542: 1-24) โรคต่างๆที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. โรคหลอดเลือดแดง (Cerebrovascular Disease) เป็นโรคที่มีสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ โรคนี้มีปัจจัยเสี่ยงโรค (Risk Factor) ซึ่งหมายถึง ถ้าบุคคลนั้นได้รับสิ่งนั้นหรือมีสิ่งนั้นเป็นเวลานานพอสมควร จะทำให้เกิดพยาธิสภาพหรือเกิดโรคขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ 4 อย่างด้วยกัน ได้แก่

- 1) ความดันโลหิตสูง
- 2) โรคเบาหวาน
- 3) ภาวะไขมันสูงในเลือด
- 4) การสูบบุหรี่

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงโรคอื่นๆที่ถือว่าเป็นปัจจัยอาจก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น (จากอุบัติการณ์การตายจากหลอดเลือดสมองอุดตันจะพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วย) โรคหัวใจ ภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ยาคุมกำเนิด แอลกอฮอล์ โรคเลือด เช่น Polycythemia ความอ้วน ภาวะขาดการออกกำลังกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม กรรมพันธุ์ เป็นต้น

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำได้โดยให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุถึงปัจจัยเสี่ยงโรค และให้พยายามหลีกเลี่ยง หรือลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น เช่น เลิกสูบบุหรี่ รักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันไม่ให้เป็นโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย ลดอาหารหวานๆ ระวังไม่ให้อ้วน และออกกำลังกาย อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอและเพียงพอ และถ้าเป็นโรคเบาหวานอยู่ก่อนแล้ว ก็ควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตลอดไป

ดังนั้นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง จึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากกว่า แล้วไปแก้ไขปัญหามายหลัง

2. โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular Disease) โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ในเวลาอันรวดเร็ว เนื่องจากหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง อาจเกิดเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด (Acute Myocardial Insufficiency) หรือเลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อย (Coronary Insufficiency) ก็ได้ อัตราการตายเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดในคนสูงอายุ จะสูงกว่าอัตราของโรคนี้ในคนอายุน้อยถึง 4 เท่า และอาการของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ มักจะไม่แสดงอาการเจ็บหน้าอกบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรือเจ็บหน้าอกบริเวณหัวใจแล้วมีอาการร้าวไปที่คอ และแขนอย่างชัดเจนเหมือนวัยอื่นๆ แต่มักจะมีอาการเพียงรู้สึกเพลีย เวลาทำงาน

แล้วจะมีความรู้สึกไม่ค่อยสบาย และมีอาการหอบ หายใจเร็วเท่านั้น และบางรายก็มาพบแพทย์ด้วยอาการหัวใจวาย

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีนี้มีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดโคโรนารี เช่นเดียวกับการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงโรคก็คล้ายกันกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันสูงในเลือด การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน เป็นต้น ดังนั้นการควบคุมและป้องกันโรคนี้ก็เหมือนกับหลอดเลือดสมอง

3. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหัวใจวายในผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีแรงดันโลหิตในขณะบีบตัว (Systolic) สูงเกิน 160 มิลลิเมตรปรอท หรือมีแรงดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic) สูงเกิน 90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีแรงดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัวสูงเกิน 160 มิลลิเมตรปรอทแต่อย่างใดก็ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยและอัตราการตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงอย่างชัดเจน ในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงแล้วได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เป็นโรคนี้มากขึ้น เช่น การรับประทานอาหารเค็ม การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมและสม่ำเสมอ จะช่วยบริหารกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่างๆ และช่วยให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้ดี จะช่วยชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ที่จะต้องเกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้

4. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ความทนทานต่อน้ำตาล (Glucose Tolerance) จะลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่ขาดการออกกำลังกาย และอ้วน จะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้น และผู้ที่มีบิดามารดาเป็นโรคนี้ ก็จะมีโอกาสเป็นโรคนี้เพิ่มขึ้นด้วย โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญของทั้งโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคนี้จะมาพบแพทย์เนื่องจากมีอาการที่บ่งชี้ว่าเป็นเบาหวาน เช่น ดื่มน้ำมาก ปัสสาวะมาก และบ่อย ผอมลง หรืออาจมาด้วยอาการแทรกซ้อนของโรคนี้ เช่น ช้ำ ไม้รู้สึกตัว หรือมีอาการของความผิดปกติของระบบประสาท เช่น อาการชาที่ปลายมือ ปลายเท้า เป็นต้น

การรักษาโรคนี้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับ 120-180 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 ลบ.ซม. จะช่วยป้องกันและลดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจได้ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารไม่ให้อ้วน จะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานให้น้อยลง มีการให้ความรู้เรื่องนี้แก่ผู้สูงอายุ ให้รับการตรวจรักษาตั้งแต่นั้น จะช่วยป้องกันไม่ให้โรคนี้ลุกลามต่อไป

5. โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) โรคปวดข้อเนื่องจากข้อเสื่อม พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหา สร้างความเจ็บปวดให้ผู้สูงอายุมากที่สุด ผู้สูงอายุมักจะปวดข้อที่ต้องรับ

น้ำหนักและใช้งานมาก ๆ เช่น ข้าวเช่า ข้าวหลัง ข้าวคอ ข้าวสะโพก ข้าวปลายนิ้วมือ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่ อ้วน ขาดการออกกำลังกาย มักมีโรคข้อเสื่อม ทำให้มีอาการปวดข้อต่างๆง่ายกว่าผู้ที่ผอมและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการป้องกันโรคข้อเสื่อม จึงควรแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการออกกำลังกายเพื่อให้อึดกล้ามเนื้อที่ยึดข้อที่มีปัญหานั้นแข็งแรงขึ้น และควบคุมการรับประทานอาหาร เพื่อไม่ให้น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น

6. โรคมะเร็ง (Malignant) เป็นโรคที่พบมากและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุ มะเร็งของระบบต่างๆที่พบมากในผู้สูงอายุ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งของทางเดินอาหาร มะเร็งของหัวและคอ มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ในคนสูงอายุระบบภูมิคุ้มกันโรคที่จะทำลายสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในร่างกาย ตลอดจนทำลายเซลล์มะเร็งนั้นจะเสื่อมลง ทำให้อุบัติการณ์ของ โรคมะเร็งพบได้มากขึ้น การป้องกันที่สำคัญคือ พยายามหลีกเลี่ยงและงดเว้นปัจจัยเสี่ยงโรคที่ทราบ แล้วว่าจะทำให้เกิดโรคมะเร็ง เช่น การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปอด ก็ควรเลิกสูบบุหรี่ ควร ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุถึงอาการของโรคมะเร็งระบบต่างๆ และชักจูงให้ประชาชนมารับบริการตรวจ วินิจฉัยเสียตั้งแต่ต้น จัดบริการการตรวจก่อนที่จะมีอาการเพื่อตรวจสอบถึงภาวะมะเร็งในระบบต่างๆ และให้การรักษาอย่างถูกต้องทันที

7. โรคติดเชื้อ (Infected Disease) โรคติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคปอดบวม โรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ โรคติดเชื้อในกระเพาะอาหารและลำไส้ โรคโลหิตเป็นพิษ โรคไข้หวัด ใหญ่ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะภูมิต้านทานของร่างกายเสื่อมลง ทั้งระบบภูมิคุ้มกันเฉพาะและภูมิคุ้มกันที่ ไม่เฉพาะ เช่น กรดในกระเพาะอาหารลดลงทำให้ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรค Gastroenteritis ได้ง่าย เป็นต้น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคติดเชื้อจะไม่มีอาการไข้ แต่จะซึมลง เบื่ออาหาร การวินิจฉัยจึงควรนึกถึงโรคนี้ อยู่ เสมอ

8. โรคทางจิตและประสาท (Neuropsychosis) เช่น โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรควิตก กังวล พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ อาการทางจิตนี้เกิดขึ้น เนื่องจากการลดลงของเซลล์สมอง และมีการ เปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสมอง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในสภาวะแวดล้อม ซึ่งจะมีผลต่อ จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วย เช่น รายได้ลดลง ไม่มีงานทำ สูญเสียอำนาจ ไม่มีคนเห็น ความสำคัญ สูญเสียคู่ครอง ลูกหลานแยกไปอยู่ต่างหาก ไม่มีคนดูแล หงา ขาดการสังคม ทำให้ ผู้สูงอายุมีสภาพอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่น ใจน้อย โกรธง่าย ขี้บ่น จู้จี้ ใครทำอะไรให้ไม่ ถูกใจ ยึดติดในความคิดเห็นของตนเอง ไม่ฟังความคิดเห็นผู้อื่น หรือมีอาการซึมเศร้า แยกตัวเอง จากผู้อื่น หรือมีความวิตกกังวลมาก ทำให้อนอนหลับ รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นต้น

สภาพทางจิตใจจะมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิหลังของผู้สูงอายุ และความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ว่าผู้สูงอายุจะสามารถปรับตัวได้ดีเพียงใด ตลอดจนความพร้อมในการเตรียมที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้นั้น

9. โรคสมองเสื่อม (Dementia) สาเหตุของโรคนี้ประมาณร้อยละ 50 เกิดจากสมองเสื่อมโดยไม่ทราบสาเหตุที่เรียก Alzheimer's type Dementia และประมาณร้อยละ 12-20 เกิดจาก Multiple Infarct ซึ่งเป็นผลจากความผิดปกติของหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง และการขาดเลือด สาเหตุที่เหลือจากสาเหตุอื่นๆ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้จะมีอาการตั้งแต่ อาการน้อยจนถึงมีอาการมากไม่สามารถช่วยตนเองได้ เช่น มีอาการขี้ลืม จำชื่อคนที่รู้จักไม่ได้ จำเบอร์โทรศัพท์ไม่ได้ ชอบเดินออกไปนอกบ้านหาทางกลับบ้านไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ต้องมีคนช่วย เป็นต้น โรคสมองเสื่อมอาจมีสาเหตุเสริม 3 ประการ คือ โภชนาการบกพร่อง ขาดการกระตุ้นจากสังคม และพันธุกรรม

10. โรคถุงลมโป่งพอง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นอีกโรคหนึ่งที่สาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราตายด้วย โรคนี้ก็สูง ผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพของปอดและทางเดินหายใจตั้งแต่ยังอายุน้อย ก็ยังมีอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคนี้สูง ปอดผู้สูงอายุจะเสื่อมลงทำให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลงมากเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

11. โรคขาดสารอาหาร (Malnutrition) นับว่าเป็นโรคสำคัญต่อสุขภาพผู้สูงอายุส่วนมาก เกิดจากการเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ และอาหารที่รับประทานไม่มีคุณค่า ทำให้เกิดภาวะขาดอาหาร (Malnutrition) ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยขาดภูมิต้านทานโรค ถ้าผู้สูงอายุมีโรคแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคติดเชื้อแล้วจะเป็นอันตรายมาก ฉะนั้นผู้สูงอายุถ้ามีน้ำหนักลดมาก หรือมีภาวะเบื่ออาหารสมควรได้ปรึกษาแพทย์หรือนักโภชนาการ

สรุปได้ว่า การพิจารณาปัจจัยเสี่ยงและปัญหาโรคต่างๆ ที่เกิดกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมาจากปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นการไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรืออื่นๆ เหล่านี้ล้วนแต่เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรงได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อต่อการมีสุขภาพดี แม้ว่าบุคคลเหล่านี้จะไม่มีอาการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่สมัยยังหนุ่มสาว แต่ก็ยังไม่สายเกินไปที่เขาเหล่านั้น น่าจะมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพต่อไป

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ความหมายของการรับรู้

พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (วนิดา คล้ายอ่วม. 2543: 17; อ้างอิงจาก New Webster's Dictionary. 1975: 1100) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ (Perception) หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง ซึ่งถือเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าปราศจากการรับรู้แล้ว บุคคลจะไม่สามารถมี “ความจำ” หรือ “การเรียนรู้” ได้เลย

คิง (King. 1984: 24) กล่าวว่า การรับรู้หมายถึง กระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส

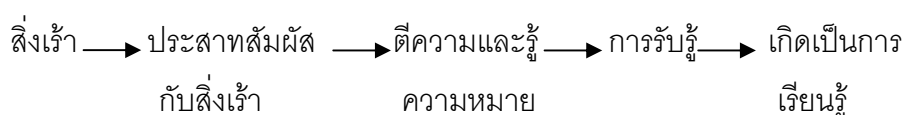
โคซีเยอร์ และคณะ (Kozier, et al. 1989: 1172) กล่าวว่า การรับรู้ เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก การแปลความหมาย และความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ ในโลก การรับรู้เป็นลักษณะที่เฉพาะของแต่ละบุคคล และเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล

วารินทร์ สายโอบเอื้อ และ สุณีย์ ธีรดากร (2522: 37 ; อ้างอิงจาก จงกล หินโน. 2540: 11) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางสมองในการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับจากการสัมผัส ทำให้ทราบได้ว่าสิ่งเร้าที่สัมผัสนั้นเป็นอย่างไร มีลักษณะอย่างไร และมีความหมายอย่างไร โดยอาศัยประสบการณ์เดิมช่วยในการแปลความหมายออกมา

จำเนียร ช่างโชติ และคนอื่นๆ (2526: 12) กล่าวว่า การรับรู้คือ การสัมผัสที่มีความหมาย และเป็นการแปลหรือตีความแห่งการสัมผัสที่ได้รับออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย หรือที่รู้จักเข้าใจ

กันยา สุวรรณแสง (2532: 150) กล่าวว่า การรับรู้เป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของการเรียนรู้ เพราะการที่คนเราจะมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และเจตคติที่ดีนั้นจะต้องเริ่มจากการมีการรับรู้ที่ดี โดยสรุปความสำคัญของการรับรู้ ดังนี้

1. การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ การรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้การเรียนรู้ก็เกิดขึ้นไม่ได้ โดยมีกระบวนการดังนี้



ในทำนองเดียวกัน การเรียนรู้ก็มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้ความจำเดิมจะช่วยแปลความหมายให้ทราบ

2. การรับรู้มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อรับรู้แล้วย่อมเกิดความรู้สึก และมีอารมณ์ พัฒนามาเป็นเจตคติ แล้วพฤติกรรมก็ตามมาในที่สุด

เนตรนภา คู่พันธ์วี (2534: 24) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เป็นความใส่ใจของบุคคลในการเลือกตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ เป็นพื้นฐานในการนำข้อมูลต่างๆ จากสิ่งเร้านั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้ โดยผ่านประสาทสัมผัสของร่างกาย เมื่อข้อมูลต่างๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกระบบของข้อมูล และกระบวนการจดจำและแปลความหมายของข้อมูลจะเกิดขึ้นโดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวบุคคลเป็นตัวกลางในการกลั่นกรองแปลความหมายนั้น ทำให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว และมีพฤติกรรมแสดงออกตามคุณค่าที่ตนตัดสินใจ และผลจากการแสดงออกจะเป็นข้อมูลป้อนกลับ (feed back) สู่กระบวนการรับรู้อีก ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลจึงเป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจโดยไม่หยุดนิ่ง และมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลาและเหตุการณ์ต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเรา

สุชา จันทร์โสม (2544: 131) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส โดยการตีความหรือแปลความหมายของสมอง ซึ่งจะต้องอาศัยความจำ ประสบการณ์ และความรู้เดิมเป็นเครื่องช่วย

ดังนั้นจากความหมายดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่าการรับรู้เป็นกระบวนการในการแปลความหมายของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยการสัมผัสจากสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น แล้วมีการตีความหรือแปลความหมายของสมอง ซึ่งจะต้องอาศัยความจำ และใช้ประสบการณ์เดิมอันจะทำให้เกิดการถ่ายโยงการเรียนรู้ เพื่อเป็นการแปลความหมายหรือระลึกไว้ในความหมายนั้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของโอเร็ม

โอเร็ม (Orem, 1985: 98) กล่าวว่า เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพจะทำให้เกิดความต้องการเกิดขึ้นเพื่อปรับให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะปกติ นอกจากนี้เมื่อเกิดการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ จะนำไปสู่ความรู้สึกรับรู้ต่อความเจ็บป่วย และความรู้สึกที่ร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งความรู้สึกนี้อาจจะเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปก็ได้ และเนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองนั้น จะดำเนินตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกัน แต่การรับรู้ก็มักมีความแตกต่างระหว่างบุคคล กล่าวคือบางคนอาจมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้นตามการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่

ที่บางคนอาจจะรู้สึกถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาเสียความเป็นไปของบุคคลไป ผลที่ตามมาคือความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลแตกต่างกันนี้มีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไปก็คือประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความหมายของสภาวะสุขภาพดีตามทัศนะของแต่ละบุคคล แลมเบอร์ตัน (กุลวดี โรจนไพศาลกิจ. 2544; อ้างอิงจาก Lamberton. 1978) ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมซึ่งสภาวะนี้จะดำรงอยู่บนแกนร่วม และมีปฏิสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย กล่าวคือ เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว บุคคลจะอยู่ในสภาวะของการมีสุขภาพดีและเจ็บป่วยสลับกันไป ตลอดพัฒนาการของชีวิตและสภาวะแวดล้อม (Shortridge. 1980: 8) ส่วนซอนยา และคณะ (Sonja et al. 1981: 223) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนดีนั้นบุคคลจะอยู่ในสภาวะของการมีสุขภาพดีและเจ็บป่วยสลับกันไป ไม่ได้หมายความว่าไม่มีโรคหรืออาการจากความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขา ดังนั้นแม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย เขาก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีหากเขารับรู้เช่นนั้น ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่นั้น มักจะหมายถึงความสามารถทางร่างกายในการทำหน้าที่ หรือกิจกรรมต่างๆ เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดิน หรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตน ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าองค์ประกอบของภาวะสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความสุขสบาย ความปลอดภัย ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ การพักผ่อนนอนหลับ การหายใจ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีอุดมคติในทางที่ดี มีความหวังและแรงจูงใจ การมีความรู้ ความรับผิดชอบในบทบาท และความสำเร็จในชีวิต ส่วนความเจ็บป่วยจะมีกระบวนการดำเนินของโรคต่างๆ และมีการหยุดชะงักของพัฒนาการของชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ (Shortridge. 1980: 8)

สำหรับผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญที่สุดประการหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีได้ก็คือ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งควรมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมาก่อนด้วย การรับรู้เกี่ยวกับโรค เป็นความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ตามแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ปรับปรุงโดย Becker และคณะ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 7) ได้อธิบายถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดความเจ็บป่วย

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และลดอันตรายจากความเจ็บป่วย
4. ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์และทางเลือกอื่นๆ

การที่บุคคลจะมีการกระทำใดๆเพื่อให้มีสุขภาพดีหรือหายจากการเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับการรับรู้ 4 ด้าน กล่าวคือ ถ้าบุคคลทราบถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและโอกาสที่จะเกิดกับตน รวมทั้งรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหา เกิดความต้องการและพร้อมที่จะกระทำ หรือปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะการเจ็บป่วยนั้น การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายได้ ก็จะทำให้เกิดแรงสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่จะป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้นตามการรับรู้ที่ได้รับมา ส่วนผู้ที่เป็นโรคแล้ว การรับรู้ในการลดอันตรายจากโรคช่วยให้ผู้นั้นพิจารณา เลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งการปฏิบัติตามวิธีการรักษา อาจกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดความขัดข้องหรือขัดต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้นการส่งเสริมผู้สูงอายุให้รู้จักดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยแล้วได้อย่างเหมาะสม จึงจำเป็นต้องทราบการรับรู้ของบุคคล เพื่อจะปรับวิธีการปฏิบัติตามการรับรู้ซึ่งมีทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ชวนพิศ มีสวัสดิ์. 2539; อ้างอิงจาก Kozier & Erb. 1988: 75-76; อ้างอิงจาก กมลวรรณ ธงศิริ. 2548: 58)

1. ระดับขั้นพัฒนาการของบุคคล การที่บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของตนได้นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับอายุ
2. อิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม วัฒนธรรมแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแตกต่างกัน และมีการถ่ายทอดจากบิดามารดาไปสู่ลูกหลานด้วย
3. ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต ความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์การเจ็บป่วยจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจภาวะสุขภาพได้ดีขึ้น
4. ความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อตนเอง บุคคลที่มีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของตนสูงอยู่ตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งใดมากระทบต่อการทำหน้าที่ของตนแม้เพียงเล็กน้อย เขาก็จะมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับตน

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพดังกล่าวแล้วจะพบว่า การที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนได้นั้น ไม่ได้หมายความว่าไม่มีโรคหรือการเจ็บป่วยเกิดขึ้น หรือในขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย เขาก็อาจจะประเมินภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้ หากเขารับรู้เช่นนั้นภาวะสุขภาพ

ตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่มักจะหมายถึงความสามารถทางกายในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ เช่นความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดินหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมภายในสังคมของตนเอง ทราเวลบี (กุลวดี โรจนไพศาลกิจ. 2544; อ้างอิงจาก Travellbee. 1971: 10) กล่าวว่า ตราบใดที่บุคคลยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เขาจะรู้สึกว่าคุณภาพของเขาอยู่ในระดับที่ดีแม้ว่าจะเป็นขณะเจ็บป่วยก็ตาม ทั้งนี้บุคคลจะรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและสามารถพึ่งตนเองได้ จึงทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความแข็งแรงของร่างกาย และเกิดการรับรู้ว่าคุณภาพดีพอสำหรับการดำเนินชีวิต

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

นับตั้งแต่เป้าหมายของการรักษาพยาบาลมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประเด็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจึงได้รับความสนใจมาก ในฐานะที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาถึงแนวทางหรือวิธีการในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในทัศนะต่างๆ มากมาย แนวทางหนึ่งที่ได้รับการสนใจเป็นอย่างมากคือ การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (Self Assessment of Health) ซึ่งกุลิก (Gulick. 1986: 87) ให้คำจำกัดความว่า เป็นการสังเกตตนเอง การรับรู้ต่ออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งการตัดสินความรุนแรงของอาการเหล่านั้นว่าส่งผลกระทบและก่อให้เกิดความกดดันแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่แบบวัดการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองนั้น พัฒนามาจากมโนทัศน์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health-Illness Concept) ซึ่งเนื้อหาในการวัดประกอบด้วย มิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นองค์รวมของบุคคล อย่างไรก็ตามรายละเอียดของการวัดนั้น แตกต่างกันไปตามความเชื่อพื้นฐานของแต่ละเครื่องมือ ทั้งนี้จะเห็นว่าเครื่องมือดังกล่าวมุ่งเน้นวัดประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย อันเป็นเพียงมิติหนึ่งบนความต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วย (Health-Illness Continuum) เท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา จึงเสนอเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพโดยทั่วไป ซึ่งบรูค และคณะ (Brook, et al. 1979) ได้พัฒนาเป็นแบบวัดต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) มีประเด็นในการวัดเป็น 6 ด้านคือ

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต (Prior health) เป็นการประเมินความรู้สึก ความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน เช่น เคยเจ็บป่วยรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยใดๆ ประสบการณ์เหล่านี้ย่อมทำให้บุคคลรับรู้ประมวลเข้ากับการ

ประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ในอดีตอาจทำให้การรับรู้ปัจจุบันบิดเบือนไปจากความจริงได้ เพราะความประทับใจที่เกิดขึ้นครั้งแรกในกระบวนการรับรู้ของบุคคลมีความคงทนมาก และการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกันด้วย

2. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health) ก่อนบุคคลแต่ละบุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามที่เป็นจริง และครบถ้วนวันละครั้ง หรือบ่อยกว่าก็ได้ ด้วยความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี หรือเจ็บป่วย การประเมินของแต่ละบุคคลเป็นไปตามความหมายของ “สุขภาพ” ตามที่เขาคิด (Orem. 1985: 173) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก็ได้ ถ้าภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเขาน้อย เช่น กรณีที่อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้รับในปัจจุบันอาจขัดกันกับความประทับใจในอดีตมาก การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ก็สามารถเกิดขึ้นได้เหมือนกัน การรับรู้จะทำให้บุคคลนั้นเล่ารายละเอียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น อาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook) เมื่อบุคคลเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยของเขาจะส่งผลต่อการทำงานหรือความพิการของร่างกาย บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้มีความหวังหรือหมดหวังได้ ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตของตนเองโดยมีความหวัง จะทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีความหวังน้อย หรือหมดหวัง บุคคลจะรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตในทางลบ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตนี้ได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันด้วย

4. ความห่วงกังวล และตระหนักในภาวะสุขภาพ (Health Worry and Concern) เป็นความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่จะควบคุมโรค และป้องกันความพิการจากโรคได้

5. การรับรู้ถึงความต้านทานโรค หรือความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย (Resistance or Susceptibility to Illness) การที่บุคคลได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง โดยรับรู้ถึงจุดอ่อนเกี่ยวกับสุขภาพของตน เช่น รู้ว่าตนเองอ่อนแอ เจ็บป่วยได้ง่าย หรือมีความต้านทานต่อโรคได้ดี แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่ได้รับ เช่น จากการศึกษา ของโรเซน สต็อก (Rosenstock. 1974: 354-386) พบว่าบุคคลที่รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความพร้อมในการปฏิบัติ (Readiness to take action)

6. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (Sickness Orientation) การที่บุคคลจะเข้าใจ และสามารถบอกถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความรู้หรือประสบการณ์จากการเจ็บป่วยนั้น เช่น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์

ผลการรักษา หรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง (Rosenstock. 1974) นอกจากนั้นบุคคลที่เจ็บป่วย จะต้องยอมรับว่าขณะนี้ตนเองเจ็บป่วย และต้องการการดูแลตนเอง

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ร่วมกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และลักษณะทางชีวสังคม ที่คิดว่าอาจจะส่งผลร่วมกันในการส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจะนำแบบสอบถามการวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของเนตร นภา คูพันธ์วิ ซึ่งแปลและเรียบเรียงมาจาก General Health Perception Battery ของบรูค และ คณะ (Brook ,et.al. 1979) มาเป็นแนวทางในการศึกษา

ลักษณะชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยได้แยกศึกษาตามลักษณะทางชีว สังคมดังต่อไปนี้

เพศกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

บีและมิเชล (Bee & Mitchell. 1980: 207) ได้ศึกษาพัฒนาการของบุคคลพบว่า เพศหญิง จะมีความวิตกกังวลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ในกลุ่มอายุเดียวกัน และมีความสนใจ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าเพศชาย

ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534: 84) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การรับรู้และปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพฯ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 188 คน ผลการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เพศชายและ เพศหญิง มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 133) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ผล การศึกษพบว่า เพศชายมีการดูแลตนเอง และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าเพศหญิง

กมลวรรณ ธงศิริ (2548: 111) ได้ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ผลการศึกษพบว่า เพศ หญิงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าเพศชาย

ระดับการศึกษากับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

วิลลิทส์ และไคร์เดอร์ (Willits and Crider. 1988: 174; อ้างอิงจากนพรัตน์ หนูบ้านยาง. 2540: 110) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดี จะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529: 108) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้รับการศึกษา

ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534: 84) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

ชวนพิศ มีสวัสดิ์ (2539: บทคัดย่อ; อ้างอิงจาก กมลวรรณ ธงศิริ. 2548: 59) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาพลักษณ์ ความวิตกกังวล กับการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นครรรค์แรก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ฤดี ปุ่งบางกระดี (2540: 85) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กมลวรรณ ธงศิริ (2548: 112) ได้ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการตรวจด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน

นงลักษณ์ ศรีสุจริต (2548: 76) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

รายได้กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

วิลลิทส์ และไคร์เดอร์ (Willits and Crider. 1988: 174; อ้างอิงจากอัสนา อารวรรณ์. 2540: 98) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534: 84) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538: 35) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับผิดชอบต่อสุขภาพได้ร้อยละ 28.8

อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540: 82-87) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า รายได้กับการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

กมลวรรณ ธงศิริ (2548: 112) ได้ศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการตรวจด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน

สถานภาพสมรสกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

สปีค (Speak. 1987: 25-30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่มิมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534: 85) ได้ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน และมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ลักษณะครอบครัวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

นงลักษณ์ ศรีสุจริต (2548 : 76) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอาจใช้คำที่ต่างออกไปได้บ้าง โดยทั่วไปมักจะใช้คำว่า พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพ กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จะอยู่ในความหมายเดียวกัน

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้หลายท่าน ซึ่งขอนำมากล่าวไว้โดยสังเขปดังนี้

แบนดูรา (Bandura. 1977) ได้กล่าวว่า “พฤติกรรม” คือ ความรู้ ความเข้าใจ หรือความเชื่อของคนที่มีบทบาทสำคัญต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรม

ชัยพร วิชชาวุธ (2523) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “พฤติกรรม” ไว้ว่า พฤติกรรมหมายถึง การกระทำของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำนั้นผู้กระทำจะทำได้รู้ตัวหรือไม่รู้ตัว และคนอื่นจะสังเกตการกระทำนั้นได้หรือไม่ก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ (2534) ที่ได้กล่าวไว้ว่า “พฤติกรรม” หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความสนใจ

พันธุ์ทิพย์ รามสูต (2540: 141–142; อ้างอิงจาก กิริยา ลาภเจริญวงศ์. 2543: 4) ได้ให้คำจำกัดความว่า “พฤติกรรม” หมายถึง ปฏิกริยาต่างๆหรือกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาซึ่งสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม มีทั้งพฤติกรรมภายในและภายนอก พฤติกรรมภายในได้แก่ กิจกรรมภายในตัวบุคคล ซึ่งมีทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น การเต้นของหัวใจ การทำงานของปอด ส่วนพฤติกรรมภายนอก เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ตลอดเวลา เช่น การพูด การแสดงกิริยาต่างๆ

จากความหมายต่างๆ ของพฤติกรรมที่นำมากล่าวข้างต้น โดยสังเขปพอสรุปได้ว่า “พฤติกรรม” หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมใดๆของมนุษย์ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆทั้งที่สังเกตได้ คือ พฤติกรรมภายนอกที่แสดงออก และที่สังเกตไม่ได้ คือ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายใน

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Related Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยซึ่งแบ่งออกเป็นพฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมเจ็บป่วย และพฤติกรรมบทบาทคนเจ็บดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2534: 86)

1. พฤติกรรมอนามัย (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลที่มีสภาวะสุขภาพปกติ หรือ ไม่มีอาการแสดงของความเจ็บป่วย รวมทั้งผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและภาวะไม่เสี่ยง

กระทำหรือปฏิบัติโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริม ค้ำครอง ปกป้องสุขภาพตน หรือ ป้องกันการเกิดอันตรายหรือภาวะทุกขภาพ (Ill Health) ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และสารอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ถูกหลักโภชนาการและปลอดภัย การตรวจร่างกายไม่สูบบุหรี่ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งกล่าวได้ว่าพฤติกรรมอนามัยเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior)

2. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ที่บุคคลรู้ว่าตนเองมีสภาวะสุขภาพหรือมีอาการแสดงที่ผิดปกติ แสวงหาผู้ช่วยเหลือ เช่น ไปปรึกษาเพื่อนฝูง พ่อแม่ คู่ครองญาติ หรือไปพบแพทย์เพื่อตรวจและรักษา ซึ่งการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการเจ็บป่วยอย่างไรขึ้นอยู่กับที่บุคคลเรียนรู้เกี่ยวกับปฏิบัติต่อการเจ็บป่วยนั้น อาจเป็นการเรียนรู้จากค่านิยมที่ได้ปลูกฝังมา หรืออาจเป็นการเรียนรู้ที่เกิดโดยเหตุผลทางปฏิบัติ

3. พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (Sick Role Behavior) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ที่บุคคลได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการรักษาว่าเป็นคนเจ็บแล้วได้ปฏิบัติตามบทบาทที่ถูกกำหนดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ๆ เช่น การรับประทานอาหาร ตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกที่จะทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อให้ครอบคลุมแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534; อ้างอิงมาจาก Gochman. 1988: 4-5)

1. กลุ่มพฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่กระทำในขณะที่ร่างกายยังเป็นปกติอยู่ และต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมการป้องกัน (Preventive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยเชื่อว่าการกระทำนั้นจะสามารถดำรงสภาพความสมบูรณ์ไว้ได้ แบ่งเป็น 2 ระดับคือ

1.2.1 การป้องกันขั้นแรก (Primary Preventive) เป็นการกระทำทั่ว ๆ ไปในแต่ละวัน ซึ่งยังไม่มีอาการของปัญหาสุขภาพ โดยไม่ใช่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าช่วย เช่น การนอนให้เพียงพอการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การปฏิบัติตามกฎระเบียบ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การงดดื่มสุราหรืองดสูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกนิรภัย การปฏิบัติตามกฎจราจร เป็นต้น

1.2.2 การป้องกันขั้นที่สอง (Secondary Preventive) เป็นการกระทำที่ต้องการประเมินสภาพตนเองก่อนที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถแก้ไขได้โดยเร็วที่สุดในขณะที่มีปัญหาน้อยที่สุด และการกระทำนี้ต้องอาศัยเครื่องมือแพทย์เข้าช่วย เช่น การไปตรวจมะเร็งระยะแรก การตรวจโรคหัวใจ และการตรวจฟันอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

2. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกกว่าตนเองเริ่มเจ็บป่วย หรือเกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจหรือสังคม ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการกระทำที่แตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น ความเชื่อ ความสนใจ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

3. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยแล้ว พฤติกรรมเหล่านี้ได้แก่ การยอมรับการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ เป็นต้น เมื่อบุคคลเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว จะมีแนวทางในการรักษาแตกต่างกันตามมุมมองของบุคคลนั้น ร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค

พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 กลุ่ม จะมีลักษณะการกระทำเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. พฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ มี 2 ลักษณะคือ

1.1 การกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่สะอาดถูกสุขลักษณะ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ เป็นต้น

1.2 การงดเว้นการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การงดอาหารที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ มี 2 ลักษณะ คือ

2.1 การกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น

2.2 การงดเว้นการกระทำที่ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่น การไม่ออกกำลังกาย การไม่ไปตรวจสุขภาพตามวาระ เป็นต้น

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และมีแนวทางการปฏิบัติแตกต่างกัน โดยมีอิทธิพลจากองค์ประกอบ 5 ประการ ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534: 171-185)

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ ความสนใจ การจูงใจ การเรียนรู้ ค่านิยม ความสามารถ เป็นต้น

2. องค์ประกอบทางด้านสังคม และวัฒนธรรม เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปลูกฝังพัฒนาแนวคิด ความเชื่อและการปฏิบัติต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มแรกของชีวิต ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคมวัฒนธรรม ศาสนา เป็นต้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรายได้ และค่าใช้จ่ายของประชาชนและประเทศ ทั้งนี้เพราะความเพียงพอและความทั่วถึงของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้เงินมาเกี่ยวข้อง รวมไปถึงการไปรับบริการดังกล่าวของประชาชน ก็ขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจของประชาชนด้วยเช่นกัน

4. องค์ประกอบทางการศึกษาเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะความรู้จะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ หากมีความรู้มาก ก็จะมีโอกาสเลือกปฏิบัติได้ถูกต้องดีกว่าบุคคลที่มีความรู้น้อย

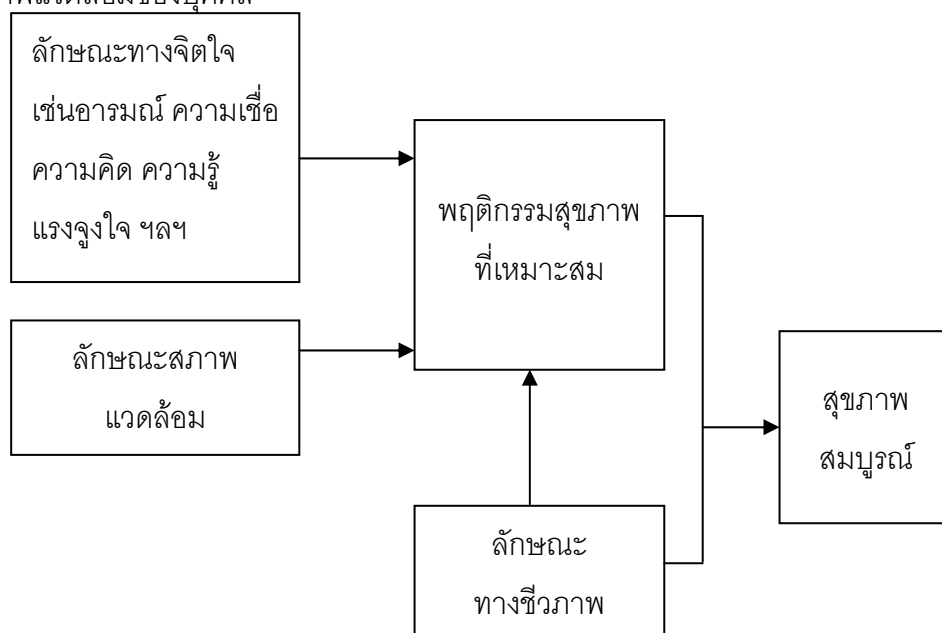
5. องค์ประกอบทางการเมือง เป็นองค์ประกอบที่มีผลทางอ้อม แต่มีความสำคัญมาก เพราะการเมืองจะเป็นผู้กำหนดนโยบายทางการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการเงินและบุคลากรด้วย

การที่บุคคลจะมีสุขภาพสมบูรณ์ปราศจากโรคได้นั้น เกิดจากองค์ประกอบสำคัญ 2 ส่วนคือ

1. ลักษณะทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม วุฒิภาวะความชรา ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งเกิดจากลักษณะทางจิตใจลักษณะทางชีวภาพและ

ลักษณะสภาพแวดล้อมของบุคคล



ภาพประกอบ 3 แสดงองค์ประกอบที่มีผลให้เกิดสุขภาพสมบูรณ์

จากภาพประกอบ 3 แสดงองค์ประกอบที่มีผลให้เกิดสุขภาพสมบูรณ์ จะเห็นว่าการมีสุขภาพสมบูรณ์เกิดจากลักษณะทางชีวภาพร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยที่ลักษณะทางชีวภาพจะเปลี่ยนแปลงได้ยาก ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นองค์ประกอบที่บุคคลสามารถพัฒนาได้ ซึ่งเป็นผลมาจากลักษณะทางจิตใจ ลักษณะสภาพแวดล้อมและลักษณะทางชีวภาพ

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่วิตกกังวล มักเกรงกลัวการถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะสังคมที่มีภาวะเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ รายได้ที่เคยได้รับประจำลดลงหรือขาดไป การไม่ได้มีส่วนในสังคม เป็นสิ่งผลักดันให้ผู้สูงอายุกลายเป็นคนไร้ค่าต่อสังคมอาจนำไปสู่การมีอารมณ์ที่หดหู่ อ้างว้าง โดยเดียวและรู้สึกว้าเหว่ไม่เป็นที่ยอมรับ นอกจากนั้นผู้สูงอายุจัดว่าเป็นกลุ่มด้อยโอกาสในสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และผู้สูงอายุยังเป็กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ สูง ดังนั้นในการแก้ไขปัญหาให้ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องให้ความสนใจต่อผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

ในการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาของผู้อายุ มักเป็นปัญหาที่ค่อนข้างซับซ้อน และไม่ใช้ปัญหาเดียว ๆ เช่น นอกจากจะมีปัญหาทางกายแล้ว ยังมีปัญหาทางจิตใจและสังคม ร่วมด้วย การแก้ปัญหา หากรักษาเฉพาะโรคทางกายอย่างเดียว ย่อมไม่สามารถจะทำให้ผู้อายุเป็นปกติได้ ต้องแก้ปัญหทั้งหมตของผู้สูงอายุ จึงเป็นที่มาของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ป่วยสูงอายุ

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุแบบองค์รวม

เป็นกระบวนการที่ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเอง และรับผิดชอบตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม โดยตระหนักถึงศักยภาพของตนเองในการที่จะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง

วัตถุประสงค์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือผดุงรักษาภาวะสุขภาพ ไม่เพียงแต่การรักษาพยาบาลเมื่อตนเองป่วย แต่ยังหมายถึง การบำรุงสุขภาพตนเองให้แข็งแรงและการปฏิบัติตนหลังการรักษาด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุจึง หมายถึง การให้

การดูแลสุขภาพในภาพรวมทั้งหมด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ สิ่งแวดล้อม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ หากสามารถทำได้ทั้งหมดนี้ จะมีผลให้ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเหมาะสมตามวัย

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุแบบองค์รวม แบ่งออกเป็น

1. การดูแลสุขภาพกาย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพทางกาย คือ การทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์แล้ว ทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทำได้โดย

- การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุจะได้มีความรู้ในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสม หรือรู้จักดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองหลีกเลี่ยงต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ
- โภชนาการ คือ การจัดให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารชนิดต่าง ๆ ตามความเหมาะสมทั้งในด้านปริมาณ คุณค่าทางโภชนาการ และสภาพร่างกาย
- การออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุวัยต่าง ๆ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง
- การตรวจร่างกายประจำปี เป็นการตรวจค้นหาโรคหรือพยาธิสภาพ ในผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสม

1.2 การป้องกันโรคทางกาย คือการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดเป็นโรคนี้ขึ้นมาซึ่งทำได้ง่ายโดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น สุรา บุหรี่ สารเสพติด การเที่ยวโสเภณีโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

- การให้เกิดภูมิคุ้มกันโรค เช่น การให้วัคซีนชนิดต่าง ๆ การให้ยาป้องกันโรคเมื่อเข้าไปสถานที่ที่มีโรคชุกชุม
- การหลีกเลี่ยงจากแหล่งโรคต่าง ๆ
- การรักษาพยาธิสภาพต่าง ๆ ก่อนที่จะเปลี่ยนจากพยาธิสภาพที่ไม่มีอาการ ให้เป็นโรคที่มีอาการ เช่น การควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ก่อนจะเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด

1.3 การรักษาโรคทางกาย คือการทำให้โรคทางกายที่มีอยู่หาย หรือมีอาการเหลืออยู่น้อยที่สุด ซึ่งการรักษาโดยทั่วไปจะทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ ในสถานพยาบาล แต่สำหรับผู้สูงอายุแล้ว โรคที่เป็นส่วนใหญ่มักเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้การรักษาเฉพาะในสถานพยาบาลจึงไม่เพียงพอ ดังนั้นบุคลากรในครอบครัวหรือญาติผู้สูงอายุ จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การรักษาประกอบด้วย การปฏิบัติตัวตามแนวทางการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง และเคร่งครัด

1.4 การฟื้นฟูสภาพทางกาย การทำให้ความผิดปกติทางกายที่มีอยู่กลับคืนสู่สภาพปกติ หรือใกล้เคียงสภาพปกติมากที่สุด การฟื้นฟูสภาพ เช่น การทำกายภาพบำบัดการฟื้นฟูสภาพ ก็เช่นเดียวกับการรักษา คือต้องปฏิบัติทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้านของผู้สูงอายุ โดยญาติเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ

2. การดูแลสุขภาพจิต

2.1 การส่งเสริมสุขภาพจิต คือ การทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี สามารถทำได้โดย

- การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับ สุขภาพจิตที่ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
- การฝึกทางด้านจิตใจ เพื่อให้จิตใจเข้มแข็ง เช่น การทำสมาธิ เป็นต้น
- การตรวจสุขภาพจิตเป็นประจำ

2.2 การตรวจสุขภาพจิตเป็นประจำ สามารถทำได้โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคทางด้านจิต เช่น หลีกเลี่ยงความเครียดอันเนื่องมาจากความโศก ความโกรธ ควรปรึกษาจิตแพทย์ในกรณีที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ

2.3 การรักษาจิตใจ คือ การรักษาโรคทางจิตให้หาย ซึ่งทำโดยการให้ยา ใช้จิตบำบัด ใช้ไฟฟ้า ซึ่งแบ่งการรักษาออกเป็น การรักษาในโรงพยาบาลและการรักษาที่บ้าน ซึ่งการรักษาที่บ้านต้องอาศัยความเข้าใจ ความร่วมมือ จากบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดี

2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต คือ การทำให้สุขภาพจิตที่ผิดปกติไปจากโรคต่าง ๆ กลับมาสู่สภาพปกติ ซึ่งต้องใช้เวลามากและต้องปฏิบัติที่บ้านด้วย

สังคมและสิ่งแวดล้อม

3.1 สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศบริสุทธิ์ อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีมลภาวะทางเสียง ทางน้ำ ทางอากาศ เป็นต้น นอกจากนั้นการอยู่ในสังคมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การที่บุคคลในสังคมหรือครอบครัวให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ให้ความเคารพต่อผู้สูงอายุ การอยู่ในครอบครัวขยายที่อบอุ่นเหล่านี้ ล้วนเป็นสิ่งเสริมจากสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี

3.2 การป้องกันโรค คือ การป้องกันการเกิดโรคจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น การไม่ทำให้เกิดมลภาวะทางเสียง ทางน้ำ ทางอากาศ ต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้อายุที่ไม่สบาย ยิ่งต้องการสิ่งแวดล้อมที่ดีมากกว่าในผู้สูงอายุปกติ

3.3 การรักษาสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การรู้จักจัดที่อยู่อาศัย ห้องนอนบริเวณที่พักสำหรับผู้สูงอายุให้สะอาด บรรยากาศร่มรื่น อากาศถ่ายเทได้สะดวก

3.4 การฟื้นฟูสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพผู้ป่วย คือ การทำให้สภาพแวดล้อม ๆ ที่ไม่เหมาะสม กลับคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงสภาพปกติมากที่สุด เช่น การฟื้นฟูสภาพน้ำ อากาศ ในชุมชนของผู้สูงอายุ การปรับสภาพของสังคมที่มีผู้สูงอายุอยู่ให้เหมาะสมแม้ว่าสภาพสังคมจะเปลี่ยนไปจากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยว ก็ควรพยายามให้ความอบอุ่นต่อจิตใจของผู้สูงอายุเหมือนการอยู่ร่วมกันในอดีต

แม้การแพทย์จะเจริญก้าวหน้ามากเพียงใด การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ไม่อาจสามารถทำให้สุขภาพของมนุษย์แข็งแรงสมบูรณ์ได้ ในปีหนึ่งๆ รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบให้เปล่า แต่ยังไม่เพียงพอ จำเป็นที่ผู้สูงอายุจะต้องรู้จักวิธีดูแลตนเองในทุกๆ ด้าน คือ การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ซึ่งมุ่งจัดที่พื้นฐานของความเจ็บป่วยตามศักยภาพของร่างกาย โดยปรับให้มีความสมดุลระหว่าง กาย ใจและสิ่งแวดล้อม หากผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดังกล่าวแล้ว ก็จะทำให้มีสุขภาพแข็งแรง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง อันจะนำมาซึ่งความสุขในการดำรงชีวิต

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ ดังนั้นการให้ความสนใจดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ร่วมกับการมีโรคประจำตัวอยู่ด้วย สุขภาพทุกขในวัยสูงอายุนั้น ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางกาย และสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุเป็นหลัก การดูแลสุขภาพทั้งกายและจิตใจจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ที่จะใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีความสุข ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน ซึ่งรักษาไว้เพื่อชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนโดยมีการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ ที่สำคัญ และเพื่อให้ผู้สูงอายุได้สร้างสรรค์การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี จึงได้ขอเสนอแนวทางในการนำไปปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป ได้แก่

1.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร

โภชนาการที่ดีจัดว่าเป็นโอสถอันวิเศษที่จะช่วยให้สุขภาพดี แข็งแรง อายุยืน ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตในด้านการใช้ความคิดมากกว่าการใช้แรงงานทางร่างกาย พลังงานที่ร่างกายต้องการจึงควรลดลงเฉลี่ยวันละประมาณ 110 แคลอรีต่ออายุ ลดลงทุก 10 ปี หรือให้ลดลงร้อยละ 10 จากพลังงานที่พึงได้ต่อวันในวัยสูงอายุ และให้ลดต่ำสุดไม่น้อยกว่า 1200 แคลอรีต่อวัน เพราะจะได้

สารอาหารไม่ครบตามความต้องการ และพลังงานนี้ควรได้จากสารอาหารหลัก 3 ประเภท คือ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ในสัดส่วนดังนี้ คาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-55 (150-200 กรัม) โปรตีน ร้อยละ 20-25 (50-90 กรัม) ไขมัน ร้อยละ 25-30 (40-60 กรัม)

โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรลดปริมาณอาหารจำพวกแป้ง ข้าว น้ำตาลทราย น้ำอัดลม น้ำหวานที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง และอาหารพวกไขมันทั้งจากพืช และสัตว์ ได้แก่ กะทิ เนย ไขมันที่ใช้ปรุงอาหาร เป็นต้น การได้รับพลังงานจากอาหารมากเกินไปทำให้เกิดโรคอ้วน โรคไขมันสูงในเลือด และเบาหวานได้ด้วย ถ้าได้รับพลังงานจากสารอาหารน้อยลง หรือมากเกินไป ทำให้เกิดการขาด โปรตีน พลังงาน หรือวิตามินและเกลือแร่ได้ สำหรับคนไทย กองโภชนาการ กรมอนามัย ได้แนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่ให้พลังงานลดลง 100-150 กิโลแคลอรี ทุกๆ 10 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้น เช่น อายุ 50-59 ปี ควรได้รับพลังงานจากอาหารวันละ 2000-2550 กิโลแคลอรี อายุ 60 ปีขึ้นไป ควรได้รับพลังงานลดลงเป็น 1850-2850 กิโลแคลอรี และเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลงกว่าเดิม ดังนั้นผู้ที่เริ่มจะเข้าสู่วัยสูงอายุ ควรมีการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำ คือ ควรลดอาหารพวกแป้ง น้ำตาล และไขมัน ให้น้อยลงกว่าเดิม และรับประทานอาหารที่มีคุณค่าอาหาร เพื่อการซ่อมแซมร่างกาย ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ผักใบเขียว และผลไม้ และผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารมื้อละจำนวนน้อยแต่ให้บ่อยครั้งขึ้น คือ วันละ 5-6 มื้อ เพื่อช่วยให้ร่างกายย่อยอาหารได้สะดวก และมีการดูดซึมได้ดี (วิจิตร บุญยะโหดระ. 2533: 87-92)

คาร์โบไฮเดรตเป็นอาหารที่ให้พลังงาน ผู้สูงอายุมักชอบบริโภค เพราะรสชาติอร่อย หวานยังติดอยู่ แต่ต้องระวังไม่ให้เกินร้อยละ 55 ของพลังงานต่อวัน ปริมาณที่ปฏิบัติได้ง่ายคือ ไม่เกิน 3-6 ส่วนต่อวัน สำหรับน้ำตาลให้รับประทานไม่เกิน 6-9 ช้อนชาต่อวัน

โปรตีนเป็นอาหารที่ช่วยเสริมสร้างร่างกาย และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ผู้สูงอายุควรได้รับวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แต่ผู้สูงอายุมักจะได้โปรตีนไม่เพียงพอ เนื่องจากปัญหาในการขบเคี้ยวลำบาก วิธีแก้คือ ต้องเลือกเนื้อสัตว์ชนิดอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่ายไม่ติดฟัน เช่น ปลา กุ้ง หรือใช้วิธีหุงต้มให้นุ่ม เช่น ต้ม ตุ่น เคี้ยว สับ และบด ปริมาณโปรตีนที่ควรได้รับคือ 6-9 ส่วนต่อวัน ส่วนไข่ ควรบริโภคไม่เกินวันละ 3 ฟองต่อสัปดาห์ ไขมันเป็นอาหารที่ให้พลังงาน เป็นแหล่งของกรดไขมันจำเป็น และวิตามินหลายชนิด นอกจากนี้ยังเป็นตัวช่วยละลายไขมันบางชนิดด้วย แต่น้ำย่อยเกี่ยวกับการย่อยไขมันลดลง ประกอบกับการลดลงด้านกิจกรรม ทำให้เกิดอาการท้องอืดได้ง่าย เพราะฉะนั้นไขมันจากอาหารไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด และควรเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันพืชทุกชนิด ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ปริมาณไขมันที่ควรได้รับคือ 4-6 ส่วนต่อวันสำหรับผัก ผลไม้ ควรรับประทานสม่ำเสมอ ผักมื้อละ 1 ส่วน ผลไม้มื้อละ 1-2 ส่วน

เกลือแร่และวิตามิน เป็นอาหารที่ช่วยให้อวัยวะต่างๆทำงานตามปกติ ช่วยในการสร้างกระดูก ฟัน โลหิต เกลือแร่ที่ควรสนใจเป็นพิเศษคือ แคลเซียม อาหารที่ให้แคลเซียมสูงได้แก่ นม 300 มก. หรือ 240 ซีซีต่อวัน แต่ความต้องการแคลเซียมในวัยสูงอายุเท่ากับ 400 มก.ต่อวัน การดื่มนม 1 แก้วก็จะได้แคลเซียมเพียงพอ ในกรณีที่ดื่มนมไม่ได้อาจทดแทนโดยผักสีเขียว เนยแข็ง ถั่วต่างๆ ไข่แดง ส่วนวิตามิน ผู้สูงอายุต้องการวิตามินเพิ่มขึ้น

น้ำ ในกระบวนการธาตุอาหารทั้ง 6 ชนิด น้ำเป็นสิ่งจำเป็นที่สุด เพราะถ้าขาดแล้วจะเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว น้ำมีอยู่ในร่างกายถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว น้ำมีหน้าที่เป็นตัวทำละลาย ละลายสารต่างๆภายในร่างกาย ช่วยพาอาหารไหลเวียนไปยังส่วนต่างๆ ช่วยพาของเสียจากเซลล์ไปขับถ่าย การขาดน้ำเพียงเล็กน้อยจึงก่อเกิดอันตรายขึ้นได้ ผู้สูงอายุจึงควรดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500-2,000 ซี.ซี. อาจได้น้ำหรือเครื่องดื่มอื่นๆที่มีประโยชน์แทนได้ เช่น น้ำผลไม้ นมสด ควรดื่มแอลกอฮอล์ ชาและกาแฟ เพราะนอกจากนอนหลับยากแล้ว กาแฟยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มในปริมาณมาก (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2535: 95)

ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารที่ครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ ดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี และแข็งแรง

1.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น ย่อมมีการเสื่อมของเซลล์มากกว่าการเจริญเติบโต แต่ในทางตรงกันข้าม การออกกำลังกายที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีความหนักและความนานที่พอเหมาะ ให้ผลในการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆของอวัยวะเกือบทุกระบบของร่างกายไปในทางที่ดีขึ้น ที่เห็นได้ชัดเช่น ระบบการเคลื่อนไหว จะทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปได้อย่างคล่องตัวดีขึ้น ตลอดจนระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบประสาท การออกกำลังกายมีผลโดยตรงต่อจิตใจในการลดความเคร่งเครียดได้ทันที ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสมรรถภาพของร่างกายดี ทำให้สุขภาพจิตดีด้วย

ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (จันทนา และวิไลวรรณ. 2545; อ้างอิงจาก วิชา บูราณเศรษฐ. 2546: 48-53)

1. ช่วยลดการเสี่ยงต่อการตายก่อนวัยอันควร
2. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ
3. ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง
4. ช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิต ปอด หัวใจ ทำงานดีขึ้น เพื่อป้องกันโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และช่วยให้ไม่เป็นลม หน้ามืดง่าย
5. ช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุน ทำให้กระดูกแข็งแรงไม่หักง่าย

6. ทำให้การทรงตัวดีขึ้น รูปร่างดีขึ้น และเดินได้คล่องแคล่ว ไม่หกล้ม
7. เพิ่มความต้านทานโรค และชะลอความชราภาพ
8. ช่วยผ่อนคลายความเครียด ไม่ซึมเศร้า ไม่วิตกกังวล สุขภาพจิตดีขึ้น และนอน

หลับสบาย

9. ช่วยทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และอดทนยิ่งขึ้น
10. ช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น
11. ช่วยรักษาโรคบางชนิดได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง สามารถลดระดับน้ำตาลและไขมันลงได้จากการออกกำลังกาย

12. ควบคุมน้ำหนักตัว

หลักปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

1. กายบริหาร

จุดมุ่งหมายหลักของกายบริหารคือ การเพิ่มประสิทธิภาพของการเคลื่อนไหว ได้แก่ กล้ามเนื้อ (รวมทั้งเอ็นกล้ามเนื้อ) และข้อต่อ (ปลายกระดูก เยื่อหุ้มกระดูก เอ็นยึดข้อ) ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยใช้เวลานั้นละ 5-15 นาที วิธีทำกายบริหารมีหลายรูปแบบ เช่น กายบริหารแบบฝึกพละ การรำมวยจีน การฝึกโยคะ เป็นต้น แต่ละรูปแบบให้ผลต่างกันคนละด้าน ขึ้นอยู่กับความหนักเบาของการปฏิบัติ และระยะเวลาในการปฏิบัติ แต่ทุกแบบจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเคลื่อนไหวได้

2. การฝึกแรงกล้ามเนื้อ

การฝึกแรงกล้ามเนื้อมีโดยใช้อุปกรณ์ และไม่ใช้อุปกรณ์ การฝึกโดยใช้อุปกรณ์จะใช้ในการเสริมสมรรถภาพของกล้ามเนื้อเป็นพิเศษในนักกีฬาบางประเภท ส่วนในคนทั่วไปที่มีสุขภาพดี และสามารถทำกายบริหาร และฝึกกล้ามเนื้อโดยไม่ใช้อุปกรณ์ได้อยู่แล้ว สำหรับผู้สูงอายุ หากปฏิบัติกายบริหารที่มีท่าที่ใช้แรงกล้ามเนื้อค่อนข้างมากประกอบอยู่ด้วยแล้วไม่จำเป็นต้องฝึกแรงกล้ามเนื้อเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป

3. การฝึกความอดทนทั่วไป

เป็นการฝึกที่จำเป็นที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เพราะทำให้การไหลเวียนเลือดและการหายใจดีขึ้น ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทั่วไปดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการป้องกันโรคหลายชนิดในผู้สูงอายุ และช่วยฟื้นฟูสภาพในผู้ที่เกิดอาการของโรคจากความเสื่อมสภาพ ในการฝึกความอดทนทั่วไป ควรเลือกชนิดการฝึกที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อม

4. การเล่นเกมกีฬา

หากผู้สูงอายุจะเลือกการเล่นกีฬาเพื่อเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พึงยึดหลักปฏิบัติดังนี้ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ให้ต่อเนื่องอย่างน้อย 20–30 นาที โดยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และควรยึดหลักดังนี้คือ

4.1 ไม่ควรออกกำลังกายเพื่อการแข่งขัน ควรออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย

4.2 ควรออกกำลังกายให้ครบทุกส่วน ทุกข้อต่อของร่างกาย และควรออกกำลังกายในลักษณะราบเรียบ สม่ำเสมอแทนการออกกำลังกายแบบรุนแรง และกระตุก

4.3 ควรออกกำลังกายทั้ง 2 ข้างของร่างกาย ไม่เน้นด้านใดด้านหนึ่ง

4.4 ควรออกกำลังกายอย่างช้าๆ ไม่หักโหม พยายามเริ่มต้นที่ละน้อยแล้วค่อยเพิ่มสูงขึ้นจนที่พอเหมาะ

4.5 ควรออกกำลังกายเป็นประจำจนารู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน

4.6 ไม่ควรกลั้นหายใจขณะออกกำลังกาย เพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4.7 หลังการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ ไม่ควรหยุดแบบทันที ควรออกกำลังกายอย่างช้าๆ เป็นเวลาประมาณ 5–10 นาที แล้วจึงหยุด

ผู้สูงอายุกับการออกกำลังกาย

เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ตามวัย ทำให้เกิดโรคต่างๆ ซึ่งมักจะเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นหลายๆ โรคพร้อมกัน การออกกำลังกายที่เหมาะสม และสม่ำเสมอ ในทางการแพทย์ถือเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมและป้องกันโรค ทำให้เกิดผลดีต่อร่างกายคือ

1. ทำให้สุขภาพร่างกายดีทั้งร่างกายและจิตใจ การออกกำลังกายจะทำให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้มากขึ้น ภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น ความจำดีขึ้น ช่วยชะลอความชรา ทำให้ดูอ่อนกว่าวัย

2. ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ทำให้เหนื่อยน้อยลง กล้ามเนื้อแข็งแรง และทนทานมากขึ้น ช่วยทำให้หายปวดเมื่อย ปวดข้อ การทรงตัวดีขึ้น

3. ช่วยควบคุมน้ำหนัก และรักษาหลอดเลือดให้ดูดี

4. ป้องกันโรคที่เกิดขึ้นจากการเสื่อม และช่วยฟื้นฟูร่างกาย เช่น โรคเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบหรืออุดตัน โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง โรคข้อเสื่อม

5. ช่วยลดความเครียด เพิ่มสมาธิ ทำให้จิตใจแจ่มใส

6. ทำให้มีการเคลื่อนไหวกระดูกและข้อ ลำไส้ ช่วยทำให้ไม่ยึดติด ท้องไม่ผูก

ข้อควรระวังในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

1. ในผู้สูงอายุในการออกกำลังกายครั้งแรกต้องคำนึงถึง
 - 1.1 ถ้าไม่มีโรคประจำตัว หรือไม่เคยมีความผิดปกติของร่างกายมาก่อนการเริ่มออกกำลังกาย ควรเริ่มต้นการเดินก่อน แล้วเพิ่มเวลาเดินขึ้นจนถึง 20 นาที ถ้าไม่รู้สึกเหนื่อยผิดปกติให้เพิ่มเป็นเดินเร็วๆ ถ้าไม่เหนื่อยให้เริ่มวิ่งเหยาะๆจนถึงวิ่ง
 - 1.2 ถ้ามีโรคประจำตัวอยู่หรือมีความผิดปกติ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เคยแน่นหรือเจ็บหน้าอก เป็นลมหน้ามืด เวียนศีรษะ ข้อเสื่อม หรือปัญหาทางกระดูก น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานเกิน 10 กิโลกรัม ประวัติครอบครัวมีประวัติโรคหัวใจ ควรปรึกษาแพทย์ก่อน
2. ควรใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที ไม่ควรเกิน 40 นาที การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรออกสม่ำเสมอทุกวัน หรืออย่างน้อย 3–5 สัปดาห์ต่อครั้ง
3. ในการออกกำลังกายควรพิจารณาถึง
 - 3.1 สถานที่ควรโปร่ง อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ร้อนเกินไป
 - 3.2 เครื่องนุ่งห่ม ควรใส่สบาย ไม่พืดหรือรัดรูป และให้อุ่นพอ โดยเฉพาะฤดูหนาว อากาศเย็น
 - 3.3 รองเท้า ควรให้เหมาะและรู้สึกสบาย เป็นรองเท้าน้ำที่ใช้ออกกำลังกาย
 - 3.4 เวลา จะเป็นเช้า กลางวัน เย็น หรือก่อนนอนก็ได้ แต่ควรก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมงขึ้นไป
4. ชนิดการออกกำลังกายควรเป็นแบบแอโรบิค คือมีการเคลื่อนไหวของร่างกายตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เช่นการวิ่งเหยาะๆ การว่ายน้ำ การถีบจักรยาน หรือการถีบจักรยานอยู่กับที่ การเต้นแอโรบิค
5. การออกกำลังกายควรทำเพื่อสุขภาพ ทำตามความสามารถ และสภาพร่างกาย ไม่หักโหมเกินไป
6. ควรดื่มน้ำในขณะที่มีอาการใช้ อ่อนเพลีย หรือไม่สบาย
 - 1.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการนอนหลับและพักผ่อน

จากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของผู้สูงอายุในด้านผิวหนัง การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน การรับประทานอาหารลดลง และเรื่องการนอนหลับของผู้สูงอายุ พบว่าช่วงเวลาก่อนนอนหลับที่เชื่อกันว่าเป็นช่วงที่ร่างกายใช้เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรบของผู้สูงอายุก็ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับมีความเสื่อมโทรมทางร่างกาย มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุที่นอนหลับง่าย และการนอนไม่หลับเป็นเวลานานยังผลทำให้เกิดความเครียด เบื่ออาหาร จนลด

การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลงได้ จะเห็นได้ว่าการนอนหลับในผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมาก

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ แบ่งออกได้ 2 สาเหตุ คือ สาเหตุภายนอก และสาเหตุภายในตัวผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุภายในเกิดจากความเจ็บป่วยทางกาย เช่น การปวดข้อ ความวิตกกังวล ความเครียด ความเศร้า ผู้สูงอายุต้องอาศัยการปรับตัวอยู่ระยะหนึ่ง ซึ่งช่วงของการปรับตัวนี้ จะมีผลกระทบต่อแบบแผนการนอนของผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมบางอย่าง เช่น การออกกำลังกาย ถ้ามีการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น แต่ถ้าออกกำลังกายมากเกินไป อาจทำให้เกิดความเครียด และนอนไม่หลับได้ ส่วนสาเหตุภายนอกกว้างกว่าที่ทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับคือสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ แสง เสียง รวมถึงการใช้ยานอนหลับ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน มีดังต่อไปนี้

1. เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกตัวว่านอนไม่หลับ ควรจะต้องหาสาเหตุของการนอนไม่หลับ
 2. ควรจะมีการเตรียมตัวเข้านอน ด้วยอุปกรณ์การนอนที่เหมาะสม สะอาด ดูแลความสะดวกของร่างกาย ปากฟัน และถ่ายปัสสาวะก่อนเข้านอน
 3. ผู้สูงอายุควรเข้านอน และตื่นนอนตรงเวลา เพื่อปรับจังหวะชีวภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
 4. ถ้าสาเหตุของการนอนไม่หลับเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น อาการปวดข้อ ควรต้องดูแลตนเอง ลดความเจ็บปวด โดยการประคบด้วยความเย็นหรือความร้อน จัดท่านอนที่เหมาะสม หรืออาจต้องรับประทานอาหารก่อนเวลานอนประมาณ 30 นาที หรือถ้าสาเหตุการนอนไม่หลับจากการหายใจไม่สะดวก ควรต้องนอนศีรษะสูง โดยไขเตียงหรือเพิ่มหมอนหนุนศีรษะให้ตามความเหมาะสม
- เพื่อให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้เร็วขึ้น อาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายทางร่างกาย และจิตใจ วิธีการที่มักได้ผลคือ งดการออกกำลังกายก่อนนอน 2-3 ชั่วโมง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย นอนนับหายใจ สวดมนต์ก่อนนอน หรือทำสมาธิ ซึ่งจะได้ผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าส่วนหนึ่งมาจากความตั้งใจในการแก้ปัญหา และความชำนาญอันเกิดจากการฝึกทำซ้ำๆ

ผู้สูงอายุควรลดเวลาการงีบหลับเวลากลางวัน โดยพยายามหากิจกรรมต่างๆ หรือออกกำลังกายเบาๆ เช่น เดิน เวลาก่อนเข้านอน 2 ชั่วโมงไม่ควรออกกำลังกายใดๆ

ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่มที่รับประทานและดื่มแล้วนอนหลับได้ เช่น นม โยเกิร์ต หรืออาจเป็นความเคยชินที่เคยได้ดื่มหรือรับประทานอาหารว่างทำให้นอนหลับได้ดี และผู้สูงอายุควรลดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ น้ำอัดลม แอลกอฮอล์ มีผู้สูงอายุจำนวนมากนอนไม่หลับ ถ้ารับประทานอาหารมึนเมาปริมาณมากเกินไป ดังนั้น อาหารมึนเมาของผู้สูงอายุควรเป็นปริมาณที่พอเหมาะ

สิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้การนอนหลับของผู้สูงอายุดีขึ้น เช่น การใช้แสงไฟสลัวๆ ไม่เปิดไฟจ้าบริเวณหัวเตียง พยายามงดการใช้เสียง

การนอนไม่หลับของผู้สูงอายุมีผลต่อกิจวัตรประจำวัน สุขภาพ และการเข้าร่วมสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีการดูแลสุขภาพตนเองด้านการนอนหลับและพักผ่อนที่เหมาะสมด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี

1.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

การป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (ทัศนาศา บัญทอง. 2527: 375–376; อ้างอิงจาก นพรัตน์ หนูบ้านยาง. 2540: 55–56) โดยทั่วไปของผู้สูงอายุ เนื่องจากความชราภาพ ภูมิคุ้มกันโรคลดลง มีโอกาสติดโรคต่างๆ ได้ง่าย เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นแล้วการรักษาต้องใช้เวลายาวนานเรื้อรังได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังพบว่า มีปัญหาด้านอุบัติเหตุขึ้น มีผลกระทบต่อสุขภาพ จำเป็นต้องป้องกันเสียแต่เนิ่นๆ อุบัติเหตุที่พบบ่อยได้แก่

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

2. ไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก ส่วนมากมาจากการหลงลืม ตามองไม่ค่อยเห็น หรือการที่กล้ามเนื้อไม่แข็งแรงพอ ประกอบกับการผิดของข้อต่างๆ ทำให้การเคลื่อนไหวหยิบจับไม่คล่องตัว เช่น น้ำร้อนลวกจากการหุงต้มเวลาอยู่ใกล้เตาไฟ การยกหม้อข้าว

3. การหยาบยาผิดหรือใช้ยาผิด เพราะสายตาไม่ดีหรือแสงสว่างไม่พอ ประกอบกับการหลงลืม ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องรับประทานยาเป็นประจำ และต้องช่วยตนเอง มีการรับประทานยาผิดขนาดหรือลืมรับประทานยา ทำให้มีผลเสียแก่การรักษา และเกิดอันตรายจากการใช้ยาผิดได้ง่าย

4. อุบัติเหตุจากการจราจร พบได้ไม่น้อยในผู้สูงอายุ ที่พบมากที่สุดคือ คนเดินถนนถูกรถชน และผู้โดยสารได้รับบาดเจ็บ สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจากสายตาไม่ดี หนวดแสงสว่างจ้าเกินไปไม่ได้ หูได้ยินเสียงไม่ชัด การตัดสินใจไม่ดี มีความเชื่อช้าในการหลบหลีก

5. อุบัติเหตุเนื่องจากการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านไม่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือ เรียบง่าย และไม่ซับซ้อนของเครื่องใช้ มีเฉพาะเท่าที่จำเป็นจริงๆ ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

5.1 พื้นบ้านควรอยู่ระดับเดียวกัน พื้นไม่ลื่น บันไดมีราวเกาะ

5.2 ห้องนอนไม่ควรอยู่ชั้นบน ถ้าเป็นไปได้ควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้าน ห้องนอนควรอยู่ใกล้ห้องน้ำ

5.3 แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทดี จัดสิ่งของต่างๆไว้เรียบร้อยไม่เกะกะ สะดวกต่อการเดิน

1.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ

โลกตกอยู่ในสภาวะอันตราย ในจำนวนประชากร 6,000 ล้านคน หลายล้านคนตายจากการขาดแคลนอาหาร น้ำ และความมั่นคงในชีวิต ประเทศที่กำลังพัฒนาประสบกับภาวะเกี่ยวข้องความยากจน การขาดสารอาหาร ขาดแคลนน้ำสะอาด ขาดการสุขาภิบาล และสุขอนามัย ขาดธาตุเหล็ก และการสัมผัสเขม่าควันและเชื้อเพลิงภายในบ้าน ในขณะเดียวกันก็ประสบกับการบริโภคที่ไม่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะ บุหรี่ และสุรา ปัจจัยเสี่ยงจากระดับความดันโลหิต และปริมาณไขมันในเลือดสูงเกี่ยวข้องโดยตรงกับโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งการบริโภคยาโดยไม่ได้รับสั่งโดยแพทย์ผู้ชำนาญโรค ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ

สุรา

การดื่มสุรา เป็นปัญหาที่สำคัญเรื่องหนึ่งของบุคคลวัยสูงอายุ ปัญหาเริ่มตั้งแต่การดื่มมากเกินไปเป็นครั้งคราวไปจนถึงการดื่มจนติด อาจเป็นการดื่มมากเมื่อมีงานเลี้ยง การดื่มเพื่อให้ผ่อนคลาย การดื่มเพื่อให้ตื่น ไปจนถึงการดื่มจนหมดสติ ถึงแม้การดื่มที่กล่าวมานี้ยังไม่ถึงกับเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง แต่การดื่มจนทำให้ไม่สามารถครองสติได้ หรือ เกิดความรู้สึกไม่สบายบ่อยๆ นับว่าเป็นอันตราย เรียกว่าเกิดอันตรายจากแอลกอฮอล์แล้ว (อมรรตน์ เจริญชัย. 2535: 40-56)

การดื่มแอลกอฮอล์มากจนเป็นอันตราย ในบุคคลกลุ่มอายุ 65 ถึง 74 ปี บางคนอาจเริ่มดื่มมาตั้งแต่อายุ 20 กว่าๆ พวกที่ติดเหล้าเมื่อสูงอายุมักจะเริ่มมีปัญหาก็เกี่ยวข้องกับความชรา เมื่อเกิดความทุกข์ เหน็ด ไม่มีงานทำ เบื่อหน่าย หมัดฐานะ ยศ ตำแหน่ง และมีรายได้ลดลง ผู้ที่เป็นอันตรายจากแอลกอฮอล์มีอาการแสดงออกเพียงอย่างเดียว คือ ไม่ปฏิบัติภารกิจต่างๆ ได้ เมื่อมีอาการพิษแอลกอฮอล์หลังจากมีปัญหาใหญ่ในชีวิต เช่นการเกษียณอายุการทำงาน สูญเสียคู่สมรส หรือ เจ็บป่วย ครอบครัวผู้ใกล้ชิดอาจจะโทษว่าเกิดจากความแก่ หรือ ความเครียด ถ้าบุคคลผู้นี้แสดงอาการมากขึ้น มีอาการสับสน ซึมเศร้า ปวดท้อง อ่อนเพลียหรือ มีกรดยูริกในเลือดสูงผิดปกติ ควรเริ่มสงสัยว่าดื่มมากเกินไปแล้ว

การเมาเหล้า อาหารที่เกิดจากอดเหล้า และพิษของแอลกอฮอล์ ผสมกับฤทธิ์ยา ร่วมกับโรคประจำตัว เช่นโรคหัวใจ ความดันสูง หรือ ท้องขึ้น อาจเป็นอันตรายต่อบุคคลวัยสูงอายุถึงชีวิต ผู้ที่ติดเหล้าอาจจะแก่ตั้งแต่อายุยังไม่มาก ตั้งแต่ยังอายุไม่ถึง 65 ปี สำหรับคนที่ดื่มจัดอาจจะแก่ตั้งแต่อายุเพียง 50 ปี

ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้มีอายุที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้น้อยลง เมื่อผสมกับฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ จะทำให้ล้มและถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวกได้ง่ายขึ้น การลดความว่องไวทางสมองผสมกับฤทธิ์แอลกอฮอล์อาจทำให้เกิดความสับสนมึนงง การเริ่มมีโรคความดันผสมฤทธิ์แอลกอฮอล์ อาจทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง อาการก่อนจะเป็นโรคเบาหวานผสมฤทธิ์แอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอาการเบาหวานเต็มที่ และอาการไม่สบายใจเล็กน้อยผสมกับฤทธิ์แอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดอาการเศร้าหมองอย่างมาก

ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ทุกคนเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหาร แต่บุคคลในวัยสูงอายุจะมีอันตรายมากขึ้น เมื่อมีแอลกอฮอล์ในเลือด เนื้อเยื่อไม่อาจใช้ และเก็บสะสมอาหารได้ตามปกติ โรคกระดูกพรุนซึ่งเป็นอาการที่แสดงว่าผู้หญิงเข้าสู่วัยชรา บุคคลวัยสูงอายุจะเป็นอันตรายจากพิษของแอลกอฮอล์ง่ายกว่าคนวัยหนุ่มสาว และเพียงดื่มแต่น้อยก็มีอาการอันตราย ถ้ามีอาการโรคตับ มีการเจ็บป่วย และขาดสารอาหารจะทำให้พิษของแอลกอฮอล์ค้างอยู่ในเลือดนานกว่าปกติ คนที่กินอาหารไม่ถูกต้อง และดื่มแอลกอฮอล์ด้วยจึงจะเกิดอันตรายต่ออวัยวะและมีผลร้ายต่อการทำงานของร่างกาย

เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์มีแคลอรี แต่ให้สารอาหารต่างๆ น้อยมาก แอลกอฮอล์ 1 กรัม ให้ 7.1 กิโลแคลอรี ตารางที่ 9 แสดงแคลอรีในเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แต่ไม่เท่ากับอาหารอื่นๆ ที่ให้พลังงาน เพราะการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในตับ เป็นกระบวนการที่ไม่ได้ใช้พลังงานทั้งหมด เมื่อแคลอรีจากแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นมักจะได้อาหารน้อยลง คนที่ติดเหล้าบางคนอาจจะผอมลงเพราะกินอาหารจากมีอาการเมาแล้วยังอาจมีอาการเศร้าซึม สับสนหรือจัด มีอาการโรคกระเพาะและลำไส้ โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรังและโรคตับ

เอริลแอลกอฮอล์หรือ อีเทนอลผสมน้ำได้ง่ายมากจึงไม่ต้องย่อย เป็นสารที่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อ ทุกเซลล์ในร่างกายจะเป็นอันตราย ทางเดินอาหารตั้งแต่หลอดคอ กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กจะระคายเคือง เกิดแผลและมีเลือดออก แอลกอฮอล์อาจทำให้ตับอ่อนสร้างน้ำย่อยมากขึ้น แต่ไม่อาจหลั่งออกไปยังทางเดินอาหาร ทำให้เกิดโรคตับอ่อนอักเสบ จะปวดท้อง ท้องขึ้น และ อาเจียน และทำให้ร่างกายดูดซึมกรดอะมิโน และไขมันได้ลดลง

แอลกอฮอล์ทำให้ลำไส้บีบตัวมากขึ้น ทำให้ท้องเดิน สำหรับผู้สูงอายุที่ดื่มจัดท้องเดินบ่อยๆ หรือท้องเดินเรื้อรัง อาจทำให้ร่างกายขาดน้ำ ร้อยละ 90 ของแอลกอฮอล์ที่ดื่มทั้งหมดไปยังตับ ซึ่งทำหน้าที่ทำลายและขับออก แอลกอฮอล์ขัดขวางการทำงานของตับ ถ้าดื่มมากเกินไปตับอาจเสียหายจนจะแก้ไขได้ ไม่ว่าจะดื่มเท่าไร ตับจะทำลายได้ชั่วโมงละออนซ์ ถ้าดื่มมาวันนี้ 2 แก้ว จะต้องใช้เวลา 3 ชั่วโมง จึงจะล้างแอลกอฮอล์ออกจากเลือดให้หมด ไม่เร็วช้ากว่านี้ไม่ว่าจะออกกำลังดื่มกาแฟหรือน้ำเย็น

การดื่มสุราระหว่างการเปลี่ยนแปลงของเกลือแร่ในร่างกาย การดูดซึมสังกะสีจะลดลงและการขับถ่ายเพิ่มมากขึ้น ถ้าเกิดแผลแล้วจะหายช้าลง การขับถ่ายแมกนีเซียมจะมากขึ้นผิดปกติ ทำให้อาการโรคหัวใจที่เกิดจากการขาดโพแทสเซียมรุนแรงขึ้น คนที่ดื่มไวน์มากจะได้รับเหล็กมากขึ้น การได้รับเหล็กมากเกินไปอาจจะเป็นอันตรายต่อตับ ผู้สูงอายุผู้ชายจึงไม่ควรกินวิตามินเสริมเหล็ก

บุคคลวัยสูงอายุที่ดื่มสุราเป็นประจำอาจขาดวิตามิน เพราะสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การกินอาหารน้อยลง การดูดซึมผิดปกติ การขับถ่ายเพิ่มมากขึ้น และการสังเคราะห์การทำงานของวิตามินในร่างกายได้ผลลดลง ทำให้ความต้องการวิตามินสูงขึ้น

การวิจัยพบว่าในกลุ่มผู้ติดสุรามีผู้ขาดกรดโฟลิก โพแทสเซียม ไพรดอกซิน กรดแพนโทเทอิก และโคบาลามิน อาจมีความบกพร่องในการเปลี่ยนแปลงของวิตามินดี ในร่างกายทำให้กระดูกพรุนหรือหักเนื่องจากการใช้แคลเซียมลดลง

เนื่องจากตับทำหน้าที่ทำลายพิษแอลกอฮอล์ เซลล์และหน้าที่ของอวัยวะนี้จึงเป็นอันตรายเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ ตับจะใช้พลังงานจากแอลกอฮอล์แทนที่จะใช้พลังงานจากไขมัน ทำให้หยุดการเผาผลาญไขมัน มีไขมันสะสมในตับ ขัดขวางการทำงานของตับและเกิดโรคตับ โรคตับจะมีอันตรายต่อร่างกายทุกส่วน แอลกอฮอล์ทำให้เซลล์ตับไม่อาจทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงกรดอะมิโน เกิดการสะสมกรดอะมิโนในตับ การสร้างโปรตีนอื่นๆ เช่น อัลบูมิน และ ทรานสเฟอริน ต้องหยุดลง

แอลกอฮอล์ขัดขวางการเปลี่ยนแปลงของกลูโคส ทำให้อ่อนเพลีย อารมณ์ไม่ดี การเคลื่อนไหวร่างกายไม่คล่อง มีอาการสั่น เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว อาเจียน และ สับสนซึ่งอาจเข้าใจผิดว่าเป็นอาการเมา อาการหมดสติเพราะพิษสุราอาจเป็นอาการขาดกลูโคส ถ้าไม่ได้รับกลูโคสทันเวลา อาจตามหรือสมองเป็นอันตราย

เมื่อดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมาก จะมีสาร lactate เกิดขึ้นมาก ร่างกายจะเร่งขับถ่ายออกจนไม่ขับกรดยูริกออกเท่าที่ควร ทำให้คนที่ดื่มน้ำมีกรดยูริกสูง

บุคคลวัยสูงอายุที่ดื่มจัดจะมีไขมันในตับมาก จะมีอาการเริ่มแรกมีไขมันในตับจนเป็นโรคตับอักเสบและเป็นโรคตับแข็ง การแก้ไขเรื่องโภชนาการจึงเป็นหลักในการรักษาโรคตับที่เกิดจากพิษสุรา นอกจากการควบคุมให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์อย่างเด็ดขาด และการรักษาอาการที่เกิดจากการหยุดดื่มแล้ว จะต้องแก้ปัญหาอาการขาดสารอาหาร คนที่เป็นโรคตับอักเสบ เพราะพิษแอลกอฮอล์จะมีอาการขาดอาหารเรื้อรัง มีผลทำให้ความต้านทานโรคต่ำ ติดโรคนง่าย ต้องได้รับอาหารที่มีโปรตีนเพียงพอประมาณวันละ 60 ถึง 100 กรัม และเสริมวิตามินและเกลือแร่ ควรให้อาหารไขมันต่ำ ถ้ามีอาการ โรคดีซ่าน หรือ ขาดน้ำดีที่เป็นสิ่งสำคัญในการย่อยไขมัน สำหรับคนที่เป็นโรคตับแข็งจะต้องการโปรตีนสูง ไขมันต่ำ แคลอรีพอเพียง เสริมวิตามิน และเกลือแร่ การกินยาบางชนิด

ส่วนเรื่องยานั้น เป็นเรื่องที่แปลกใจที่ยากกลายเป็นสารพิษได้อย่างไร ยานี้มีคุณอนันต์ ใ้รักษาโรคต่างๆได้ก็จริง แต่ถ้าใช้อย่างไม่ถูกต้องหรือมากเกินไปจนเกินไป ก็อาจเป็นโทษมหันต์ได้เช่นกัน ดังนั้นผู้สูงอายุพึงระวังการซื้อยากินเอง โดยเฉพาะยาที่ไม่มีการตรวจสอบจากทางการแพทย์มาก่อน เช่นยาลูกกลอน หรือยาหม้อ ยาต้ม ส่วนยาแผนปัจจุบันบางชนิดก็อาจเป็นพิษได้ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง เช่นยาชุดต่างๆ นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังจะแพ้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว เมื่ออายุเกิน 65 แล้ว จะแพ้ยามากกว่าพวกอายุไม่ถึง 29 ถึง 7 เท่า คนชราอายุเกิน กว่า 80 ปี ทุกคนจะเคยแพ้ยาย่างใดอย่างหนึ่ง นอกจากนั้นถ้ามีอาการขาดสารอาหารจะเกิดอันตรายจากการมีผลขัดกันระหว่างยากับอาหารมากขึ้น

ยาและอาหารจะมีผลต่อร่างกายขัดกันได้เสมอ ยาอาจมีผลต่ออาหารหรือ อาหารที่เข้าสู่ร่างกายแล้วอาจเปลี่ยนแปลงผลของยา ในบุคคลวัยสูงอายุจะต้องคิดถึงผลของยาและอาหารเป็นพิเศษ เพราะบุคคลในวัยนี้จะมีการขาดสารอาหารและอาจจะขาดน้ำทำให้เกิดอันตรายมากขึ้น

ยาหลายชนิดเมื่อกินแล้วอาจทำให้เกิดอาการขาดสารอาหารหรือ ทำให้สภาพร่างกายที่ขาดสารอาหารอยู่แล้วเลวลง ยาอาจทำให้รับรสอาหารได้ผิดปกติ ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป ขัดขวางการดูดซึมอาหารหรือ การขับถ่ายสารอาหาร เมื่อตรวจร่างกายบุคคลวัยสูงอายุจึงต้องสอบประวัติการกินยา

ผู้สูงอายุบางรายอาจจะกลืนสารดูดความชื้นในขวดยา ที่ผู้ผลิตยาใส่ไว้เพื่อป้องกันยาเสีย เพราะความชื้น อาจเป็นเพราะการหลงลืม หรือ เพราะสายตาไม่ดี ผู้สูงอายุบางคนกลืนสารดูดความชื้นไปขวางทางเดินอาหาร

อาหารอาจจะขัดขวางการทำงานของยาได้หลายวิธี อาจจะขัดขวางการดูดซึม การเปลี่ยนแปลง และการขับถ่ายยา สารอาหารบางอย่างมีลักษณะคล้ายยาในร่างกาย และ อาจจะเร่งหรือ ขัดขวางการทำงานของยาหรืออาจจะมีลักษณะคล้ายยาต่อเมื่อกินยาอีกอย่างหนึ่งเข้าไป เมื่ออาหารผสมกับยา การดูดซึมยาอาจจะเร็วขึ้น อาจจะไม่เปลี่ยนแปลง หรือ อาจจะช้าลง วิตามินที่ละลายในไขมันจะซึมเข้าสู่ร่างกายได้ดีที่สุดเมื่อกินอาหารมีไขมันอยู่ด้วยมากๆ ยาบางอย่างดูดซึมได้ดีเมื่อกินพร้อมกับอาหาร ยาบางอย่างจะดูดซึมได้น้อยลงถ้ากินพร้อมกับอาหาร อาหารบางอย่างเมื่อกินมากๆ อาจมีผลคล้ายคลึงกับยาหรือขัดขวางการทำงานของยา แพทย์ผู้สั่งจ่ายยาจะต้องถามผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุถึงยารักษาโรค และยาบำรุงที่ใช้ประจำ เมื่อซื้อยากินเองเป็นประจำ สิ่งที่ต้องระวังสำหรับบุคคลวัยสูงอายุคือยาที่มีแอลกอฮอล์ และมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ซึ่งจะมีอันตรายสำหรับคนที่เป็โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือ โรคเบาหวาน ตลอดจนผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ในบุคคลวัยสูงอายุ ทั้งฝ่ายแพทย์ และ ฝ่ายคนป่วยจะต้องระมัดระวังเรื่องของยาที่บุคคลวัยสูงอายุได้รับทั้งยาที่ซื้อมากินเอง และ ยาที่แพทย์สั่ง จะต้องพิจารณาอาหารที่กินอยู่เป็นประจำ ตลอดจนโรคประจำตัว ซึ่งจะมีผลเกี่ยวข้องกัน

บุหรื

การสูบบุหรี่ เป็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่สำคัญ ปัญหาหนึ่งของโลกในปัจจุบัน โรคภัยอันเกี่ยวเนื่องมาจากการสูบบุหรี่อาจะบั่นทอนและลดอายุของผู้สูบบุหรี่โดยเฉลี่ยแล้ว 5-10 ปี คนวัยสูบบุหรี่มีส่วนผสมของสารต่าง ๆ มากกว่า 4,000 ชนิด ส่วนผสมเหล่านี้มากกว่า 30 ชนิด เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์ สารมากกว่า 10 ชนิดทำให้เกิดมะเร็ง เช่น ทาร์ ฟีนอล ครีซอล และเบนโซไพรีน เป็นต้น อีก 10 กว่าชนิดเมื่อสูดเข้าไปจะเป็นพิษ และระคายเคืองต่อหลอดลม และถุงลม ทำให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง

บุหรืก่อให้เกิดโรคร้ายแรงที่สำคัญ และมีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่ดังนี้ (จรวยพร ธรณินทร์. 2538: 272-274)

โรคมะเร็ง พบว่ามะเร็งที่เกิดในผู้ที่สูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งในปอด มะเร็งที่กระเพาะอาหาร มะเร็งในท่อนล่างของลำไส้ใหญ่ มะเร็งของลำคอ และมะเร็งในกล่องเสียง โดยมะเร็งที่ร้ายแรงและพบบ่อยที่สุด คือ มะเร็งในปอด ซึ่งผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะตายเพราะมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 7 เท่า โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะอัดควันบุหรืที่มีทาร์ หรือน้ำมันเหนียวเป็นยาง และสารพิษชนิดอื่นให้ซึมเข้าสู่ส่วนลึกที่สุดของปอด เมื่อสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ช่องทางเดินของระบบหายใจจึงอุดตันไปด้วยน้ำมันยาง ทำให้ชนอ่อนที่โอบกอดฝุ่นละอองถูกน้ำมันเหนียวเกาะ ไม่สามารถทำหน้าที่ขจัดฝุ่น จึงทำให้เซลล์ต่างๆในปอดถูกจับแข็งและกลายเป็นเนื้อร้าย

โรคถุงลมโป่งพอง พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสตายด้วยโรคถุงลมโป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ถึง 10 เท่า ซึ่งการโป่งพองของถุงลมจะเกิดเมื่อเซลล์ของถุงลมได้รับความระคายเคืองจากควันบุหรื ทำให้เซลล์เติบโตไปอุดตันจนผนังถุงลมโป่งและแตกออก ผู้ที่ป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพองจะหายใจถี่ขึ้น ไม่มีเรี่ยวแรง และอาการจะทรุดลง ถ้าเลิกสูบบุหรี่จะช่วยให้อาการดีขึ้น แต่ถุงลมที่โป่งแตกไปแล้วจะไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ดังเดิม

โรคหลอดเลือดแข็งตัว พบว่าการกินอาหารไขมันสูง ร่วมกับการสูบบุหรี่จัด จะทำให้สารนิโคตินไปจับกับไขมันในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหดเหี่ยว ย่น ตีบ ไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงหัวใจ สมอง แขน ขา และอวัยวะได้เพียงพอ ถ้าก้อนเลือดที่แข็งตัวแล้วเกิดอุดตันขึ้น ในบริเวณหนึ่งบริเวณใดของหลอดเลือดแม้แต่ก้อนเดียว ก็จะทำให้เกิดอาการหัวใจวายกระทันหัน หรือเกิดอัมพาตได้

การถูกทำลายของสมอง พบว่า การสูบบุหรี่จัดช่วยให้มีการจับตัวของหลอดเลือดแดงมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น และไขมันไปอุดตันในหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น ซึ่งอันตรายอย่างหนึ่งของการที่ไขมันไปอุดตันในหลอดเลือด คือ ทำให้สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง สมองจึงเสื่อมลงและเกิดโรคสมองในปัจจุบันได้ หากหลอดเลือดในสมองแตก บุคคลนั้นจะเป็นอัมพาตทันที และต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟู หรืออาจจะไม่สามารถฟื้นฟูให้อยู่ในภาวะปกติได้อีกต่อไป

จะเห็นได้ว่า บุหรี่เป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่ควรสูบบุหรี่ เพราะนอกจากจะเป็นสิ่งที่ไม่ดีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองแล้ว ยังทำร้ายคนรอบข้างที่หายใจเอาควันบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ อาจทำให้เกิดการระคายเคืองตา และหลอดลม ทำให้น้ำตาไหลและไอได้ แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ที่สูดควันบุหรี่เข้าไป ทำให้เกิดอันตรายเท่ากับเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เอง

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นเรื่องที่สำคัญมาก ในยุคปัจจุบัน เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัว และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่มีความพอใจในชีวิตและเข้าใจตนเอง จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในวัยสูงอายุ และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีอารมณ์วันไหนวันไหนสบาย เช่น โกรธง่าย น้อยใจ ซ้ำบ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำลายสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องพยายามปรับตัวเอง ซึ่งควรปฏิบัติดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ. 2536: 518-519)

2.1 เข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนต่างๆ เกี่ยวกับสภาวะของตนเอง ครอบครัว และสังคม

2.2 ฝึกตนฝึกจิต ให้อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภ ยศ สรรเสริญ ทำความดีเพื่อความดี ให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.3 ทำตนให้เป็นที่เคารพรักของคนทั่วไป ด้วยความเมตตากรุณา ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางกาย วาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความเคารพในความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป

2.4 ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและตนเอง เท่าที่กำลังกายและกำลังสมองจะอำนวยให้เกิดความภาคภูมิใจ เป็นที่เคารพรักของคนในครอบครัวและสังคม

2.5 ใช้จ่ายให้พอดีกับเศรษฐกิจของตน จะทำให้เกิดความสุขใจโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น

2.6 ทดแทนความเหงา และว้าเหว่ ด้วยการทำกิจกรรมที่ตนชอบ หรือหาความบันเทิงจากสิ่งที่ตนพอใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อย่าย่อยๆ จะทำให้ว้าเหว่ยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรเตรียมตัวให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย บาดเจ็บ พิกار การเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิดโครงสร้าง หรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ ซึ่งกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพมีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540: 30)

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่ช่วยเหลือได้ เช่น คู่สมรส ญาติ หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 รับรู้ และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค

3.4 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทที่ดีของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.5 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โอเร็ม (Orem. 1991: 136-138) ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีส่วนส่งเสริมในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สถานภาพที่อยู่อาศัยและครอบครัว แบบแผนการดำเนินภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวเป็นลักษณะภายในของบุคคล ซึ่งทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัวและความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเปรียบเทียบว่าผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างไร

ปัจจัยลักษณะชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้แยกศึกษาตามลักษณะทางชีวสังคมดังต่อไปนี้

เพศกับพฤติกรรมสุขภาพ

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วยระบบสังคมและวัฒนธรรม (Kutner and Kutner. 1979) กำหนดบทบาทให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้านและให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ขณะเดียวกันเพศชายได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องของการดูแลตนเองระหว่างเพศชายและหญิง เพราะเพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้เพศหญิงมีความรู้สึกว่าจะมีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวได้ยากกว่า รวมทั้งเพศหญิงจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย (ภัทรพร ไพเราะ. 2539: 26-27)

ค่านิยมในการให้เกียรติเพศชาย เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องหาเลี้ยงครอบครัวและมีโอกาสในการศึกษามากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพและสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมีการดูแลตนเองและแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง (ดวงพร รัตนอมรชัย. 2535: 133) แต่จากการศึกษาค้นคว้าในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศก็ยังพบว่า เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย และยังพบว่าเพศหญิงและเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ดังนั้นความแตกต่างระหว่างเพศเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จึงยังคงเป็นตัวแปรที่น่าสนใจที่จะนำมาศึกษาในครั้งนี้

วอลสตัน วอลสตัน และเมดส์ (Wallaton, Wallston and Maides. 1976: 1193) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงจะชวนชวนหาความรู้มากกว่าเพศชาย

คุตเนอร์ และคุตเนอร์ (Kutner and Kutner. 1979: 62-66) ได้ศึกษาปัจจัยด้านเพศและเชื้อชาติที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชายโดยเฉพาะยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง เพราะโดยทั่วไประบบสังคมและวัฒนธรรม กำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล

สปีค, โควเวิร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pallet. 1989: 93–100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ลูบบิน ไวเลอร์ และชาย (Lubben, Weiler and Chi. 1989: 725–731) ศึกษาการปฏิบัติในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 1,021 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย และดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าเพศชาย แต่มีการเข้าร่วมกิจกรรม และสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และสังคมมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป นิยมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง

เยาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ (2529: 8–9) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุชายมีการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางการจิตสังคมต่ำกว่าเพศหญิง แต่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง

นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่น ๆ (2530: 222) ได้ศึกษาเรื่องปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยศึกษาในผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท จำนวน 3,252 ราย ผลการศึกษาพบว่า หญิงจะมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ด้อยกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุหญิงมีโอกาสดูแลตัวเองได้ไวกว่าเพศชาย

บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532: 74; อ้างอิงจาก สุพรรณ ว่องรักษัสตร์. 2540) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทแออัด และในชุมชนไม่แออัด โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนแออัด จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศชายแข็งแรงกว่าเพศหญิง

นิรนาท วิทย์โชติกิจดิคุณ (2534: 47) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

จินตนา รอดนำพา (2535: ง) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชายกับผู้สูงอายุหญิง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535:158) ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 206 คน ผลการศึกษาพบว่า ชายและหญิง มีแบบแผนชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540: 97–98) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการป้องกันอุบัติเหตุได้ดีกว่าผู้สูงอายุ เพศชาย และยังพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปี

นพรัตน์ หนุบ้านยาง (2540: 107) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540 : 96) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อัสรา อวรรณ (2540: 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

วิริยา สุขวงศ์ (2545: 68) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน และพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชายในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการกำจัดความเครียดไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูล นำมาคิดพิจารณาตัดสินใจกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลการซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษา และดูแลเอาใจใส่

สุขภาพให้ดีขึ้นได้อย่างถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ดังนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่นำเสนอใจนำมาศึกษาในครั้งนี้

คอคเกอร์แฮม (อัจฉรา จังพานิช. 2541: 43 ; อ้างอิงมาจาก Cockerham. 1982: 90) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูงมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกับผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pellet. 1989: 93–100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ (2526: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตนิคมบ้านพักรถไฟมักกะสัน กรุงเทพฯ จำนวน 132 คน ผลการศึกษาพบว่า สภาวะสุขภาพกายไม่มีความสัมพันธ์กันกับระดับการศึกษา

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529: 98) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้รับการศึกษา

บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532: 75–76; อ้างอิงจาก สุพรรณ ว่องรักษัสัตว์. 2540) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทแออัดและในชุมชนไม่แออัด ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนจำนวนผู้รู้หนังสือมีสุขภาพร่างกายดีกว่าไม่รู้หนังสือ

มนตรี ต้นประยูร (2532: 19) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุระหว่างเขตเมือง และเขตชนบทของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีระดับการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่การศึกษาต่ำ

นิรนาท วิทโยคกิติคุณ (2534: 46) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ทิพวัลย์ ขาวลำปาง (2535: 158) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

กมลพรรณ หอมนาน (2539: 62) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำเนินพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 110) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

สำรวมจิตร สุนทราภิรมย์สุข (2540: 97-98) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองต่างกัน

อัสรา อวรรณ (2540: 97) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญา-ระดับปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นต่ำกว่าประถมศึกษา และประถมศึกษา-มัธยมศึกษา

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

วิริยา สุขวงศ์ (2545: 69) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มัธยมศึกษา ประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

รายได้กับพฤติกรรมสุขภาพ

รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเอื้ออำนวยให้ บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช้สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุด

ในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล นิรนาท วิทยโชคกิตติคุณ (2534: 29) ได้กล่าวว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการได้ในที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาทางการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ สำหรับผู้สูงอายุรายได้ก็มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่นำมาศึกษาในครั้งนี้

คอคเกอร์แฮม (อัครา จังพานิข. 2541: 43; อ้างอิงมาจาก Cockerham. 1982: 90) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคสูง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยถูกต้องต่างกับผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย

วอล์กเกอร์ และคนอื่น ๆ (Walker and others. 1988: 76 – 90) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับเด็กและวัยกลางคน ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pellet. 1989: 93–100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ (2526: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพบว่าสภาวะสุขภาพกายไม่มีความสัมพันธ์กับรายได้

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529: 100–101) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ได้มีการแตกต่างกันตามรายได้

นิรนาท วิทยโชคกิตติคุณ (2534: 46) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ

สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 47-48) ได้ศึกษาทัศนคติความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติและความสามารถในการดูแลตนเอง

วรรณวิมล เบญจกุล (2535: 22) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ กับแบบแผนชีวิตในระดับปานกลาง

ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539: 147) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 109) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน

สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540: 97) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อัสรา อารรณ์ (2540: 98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันและพบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ เหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

วิริยา สุขวงศ์ (2545: 69) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในด้านการออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนในด้านการรับประทานอาหาร พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 8,000-13,000 บาท/เดือน และ 13,000 บาทขึ้นไปจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า

สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพ

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิตวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่ขาดคู่ชีวิตมักจะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียงกัน นอกจากนี้คู่สมรสยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและเป็นแหล่งประโยชน์ ที่ช่วยเสริมแรงให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ภัทรพร ไพเราะ (2539: 27) ได้กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่ชีวิตนั้นเป็นเสมือนเครื่องกันความเครียด หรือมี

ผลในการดูดซับความเครียดออกไปทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น การมีคู่วิตอยู่ด้วยจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่คู่วิต มีเพื่อนร่วมทุกข์ ร่วมสุข คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน คู่วิตนั้นนับพบาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ยังคงมีรายงานบางรายงานที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองที่ศึกษาในผู้สูงอายุ ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้ สถานภาพสมรสจึงได้จัดไว้เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่นำมาศึกษา

บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532: 74; อ้างอิงจาก สุพรรณ ว่องรักษัตว์. 2540) ได้ทำการวิจัยเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพกายของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดและในเขตชุมชนไม่แออัด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่อยู่ด้วยกัน จะมีสุขภาพดีเป็นสัดส่วนมากกว่ากลุ่มอื่น

นิรนาถ วิทย์โชติคุณ (2534: 38) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่า และแยก

สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 42) ได้ศึกษาทัศนคติความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 115) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่า แยก

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535: 158) ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ปวยนอก โรงพยาบาลรามาริบดี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สิรินทร์ ศาสตราณรักษ์ (2538: 61) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง

สำรวจจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540: 97) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อัศรา อวรณ์ (2540: 97) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างสัมพันธภาพใน ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น ผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ จำนวน 235 ราย เป็นชาย 64 คน และหญิง 71 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 109) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

วิริยา สุขวงศ์ (2545: 70) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในด้านการออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนในด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และโสด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่า/แยก และคู่สมรสเสียชีวิต มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี

ลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัว และรู้สึกด้อยค่า ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมเสี่ยง และเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542: 31) เพราะในครอบครัวขยายจะมีบุคคล ซึ่ง

เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะให้การดูแลเอาใจใส่ทั้งร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้มากกว่า ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ลักษณะครอบครัวจึงได้จัดเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

มนตรี ตันประยูร (2532: 58) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุระหว่างเขตเมือง และเขตชนบทของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่อาศัยในครอบครัวขยายจะได้รับการเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จึงถือว่า เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ดังนั้นโอกาสการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจึงมีน้อยกว่า และจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่กับคู่ครอง และบุตรหลาน ร้อยละ 63.86 เป็นลักษณะของครอบครัวที่สมบูรณ์ ผู้สูงอายุ ยังมีชีวิตที่เป็นเพื่อนร่วมคิด ปรีksenหาหรือ ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันร่วมกัน มีกำลังใจในการที่จะมีชีวิตอยู่ เพื่อเป็นร่วมโพธิ์ของลูกหลานต่อไป จึงทำให้การดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่แตกต่างกัน

กาญจนา บุญทับ. (2534: 56; อ้างอิงจาก กาญจนา คุ่มภัย. 2544: 46) ได้ศึกษาปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวขยาย

นริศรา ลีลามานิตย์. (2534: 119) ได้ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้านสันโป่ง ตำบลบ้านลาด กิ่งอำเภอแม่วง จังหวัดเชียงใหม่ ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่อยู่คนเดียวและอาศัยในครอบครัวเดี่ยว มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองไม่แตกต่างจากผู้ที่ยอาศัยในครอบครัวขยาย

พินดา คุณาธรรม (2538: 131) ได้ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539: 145) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสบุตรหลาน และญาติ

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

สุธีรา เทศวงษ์ (2543; อ้างอิงจาก วิริยา สุขวงศ์. 2545: 39) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิริยา สุขวงศ์ (2545: 70) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในด้านการออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ แตกต่างกันในการรับประทานอาหาร โดยผู้สูงอายุที่อยู่กับลูกหลานจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาดังต่อไปนี้

โควาท และเพลเลท (วันดี แย้มจันทร์ฉาย. 2538: 16; อ้างอิงจาก Speake, Cowart & Pellet. 1989: 93-100) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่อายุ 55-93 ปี ที่มีสุขภาพแข็งแรงดีจำนวน 297 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพของตนว่าดีถึงดีมาก และมีแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการบรรลุอุดมการณ์ของตนที่ส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์และคณะ (นงลักษณ์ ศรีสุจริต. 2548: 36; อ้างอิงจาก Pender et al. 1990: 326-332) ได้ทดสอบตัวทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จำนวน 589 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31

ซิมมอน (กฤติกา จันทรหอม. 2542: 52 ; อ้างอิงจาก Simmons. 1993. *Military Medicine*. 158(9). p. 594-598; อ้างอิงจาก ณัฐจิญา จาราช. 2547: 54) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุกด้าน

ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534: 84) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 398 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับดี และมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงดี

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538: 35) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับประทานอาหาร และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการบริโภคชocolate ต่อสุขภาพ

สุดา วิไลเลิศ และคณะ (2536: 57) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ในกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช นครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุพร พริ้งเพริศ (2538: 78-82) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดีด้วย

ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539: 134-153) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พิเชษฐ เจริญเกษ (2540: ก-ข; อ้างอิงจาก ญัฐฐิญา จำราช. 2547: 57-58) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของครุฑมัธยมศึกษา สังกัดสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สถานะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540: 82-87) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นุชลี ศรีเมือง (2543: บทคัดย่อ; อ้างอิงจาก นางลักษณ ศรีสุจริต. 2548: 42) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัวแปร ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่หมดประจำเดือน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุธิดา นิรพิพนธ์ (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน

ญัฐฐิญา จำราช (2547: 102) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาสภาพปัญหา เอกสารและงานวิจัย ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ และลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ในการตั้งสมมติฐาน ที่กล่าวมาแล้วในบทที่ 1 และเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีเพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในสังกัดโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งมีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมตามบัญชีรายชื่อจำนวน 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบสะดวก (Convenience Sampling) จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับ ลักษณะทางชีวสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือตามลำดับขั้น ดังต่อไปนี้

1.ศึกษาค้นคว้าจากตำราทางวิชาการ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบสอบถาม โดยให้มีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความถูกต้อง และนำมาปรับปรุงแก้ไข

3.นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง โดยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาร่วมพิจารณา

4.นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือ แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือต่อไป โดยแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นมาเองโดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเองของวิริยา สุขวงศ์ และนพรัตน์ หนูบ้านยาง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ช่วง (Rating Scale) จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยคำถามที่ประเมินใน 5 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ
3. พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 8 ข้อ
4. พฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 7 ข้อ
5. พฤติกรรม การหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ จำนวน 8 ข้อ

คำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ช่วง (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถาม มีทั้งด้านบวก และด้านลบ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอหรือกระทำทุกครั้งที่มีกิจกรรมนั้น

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนน้อย

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย 3 ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
0	ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6 -8 ชั่วโมงต่อวัน			
00	ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภทปลาแทนการรับประทานเนื้อสัตว์			

เกณฑ์ในการให้คะแนนโดย คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	คะแนน
ปฏิบัติประจำ	ไม่เคยปฏิบัติ	2
ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติประจำ	0

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนวัดระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ใช้เกณฑ์การแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย	2.51 – 3.00	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	2.01 – 2.50	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ย	1.51 – 2.00	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.50	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยดัดแปลงจากแบบวัด โดยวัดได้จากแบบวัดของเนตรนภา คู่พันธ์วิ ซึ่งแปลและเรียบเรียงมาจาก General Health Perception Battery ของบรูค และคณะ (Brook, et.al. 1979) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามที่ประเมินใน 6 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้ต่อสุขภาพในอดีต 3 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 6, 9, 16
2. การรับรู้ต่อสุขภาพในปัจจุบัน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 3, 10, 18
3. การรับรู้ต่อสุขภาพในอนาคต 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 4, 8, 15, 19
4. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 5, 11, 17
5. ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อโรค 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 2, 12, 14
6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 7, 13, 20

ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่บรรยายการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านให้ท่านใส่เครื่องหมาย 3 ในช่องที่คิดว่าตรงกับท่านมากที่สุด โดยคำตอบที่ท่านเลือกไม่มีถูกและไม่มีผิด

ข้อ	ข้อความ	จริง ทั้งหมด	จริง ส่วนมาก	ไม่ แน่ใจ	ไม่จริง ส่วนมาก	ไม่จริง เลย
0	ตามความเห็นแพทย์ปัจจุบัน ท่านมีสุขภาพดี					
00	ท่านรู้สึกว่าคุณจะป่วยได้ง่าย กว่าคนอื่น					

คำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง (Rating Scale) ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้ต้องเลือกเพียง หนึ่งคำตอบ โดยใส่เครื่องหมาย 3 ในช่อง ซึ่งตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้วิจัยกำหนดคะแนน การรับรู้ภาวะสุขภาพต่อไปนี้

- 5 หมายถึง จริงทั้งหมด คือ ผู้ตอบเห็นว่าตรงกับความรู้สึกของตนเองทุกประการ
- 4 หมายถึง จริงส่วนมาก คือ ผู้ตอบเห็นว่าตรงกับความรู้สึกของตนเองเป็นส่วนมาก
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ คือ ผู้ตอบเห็นว่าตนเองไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
- 2 หมายถึง ไม่จริงเป็นส่วนมาก คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของตนเองเพียงเล็กน้อย
- 1 หมายถึง ไม่จริงทั้งหมด คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของตนเองเลย

กำหนดให้ข้อ 2,4,5,9,10,14,15 เป็นการรับรู้ต่อสุขภาพทางลบ

ถ้าเลือกหมายเลข 5	ให้คะแนน	1	คะแนน
ถ้าเลือกหมายเลข 4	ให้คะแนน	2	คะแนน
ถ้าเลือกหมายเลข 3	ให้คะแนน	3	คะแนน
ถ้าเลือกหมายเลข 2	ให้คะแนน	4	คะแนน
ถ้าเลือกหมายเลข 1	ให้คะแนน	5	คะแนน

กำหนดให้ข้อ 1,3,6,7,8,11,12,13,16,17,18,19,20 เป็นการรับรู้ต่อสุขภาพทางบวก

ถ้าเลือกหมายเลข	5	ให้คะแนน	5	คะแนน
ถ้าเลือกหมายเลข	4	ให้คะแนน	4	คะแนน
ถ้าเลือกหมายเลข	3	ให้คะแนน	3	คะแนน
ถ้าเลือกหมายเลข	2	ให้คะแนน	2	คะแนน
ถ้าเลือกหมายเลข	1	ให้คะแนน	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนวัดระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ให้เกณฑ์การแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย	4.51 – 5.00	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	3.51 – 4.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ย	2.51 – 3.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.51 – 2.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงทางด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ เลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ถ้ามีข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไปเหมือนกันก็เลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกสูงกว่า และเฉลี่ยข้อคำถามในแต่ละด้านให้มีจำนวนข้อใกล้เคียงกัน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเลือกจากแบบสอบถามจำนวน 50 ข้อ เหลือแบบสอบถามจำนวน 38 ข้อ เฉลี่ยด้านละ 7-8 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเลือกจากแบบสอบถามจำนวน 26 ข้อ เหลือแบบสอบถามจำนวน จำนวน 20 ข้อ เฉลี่ยด้านละ 3-4 ข้อ

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี กรุงเทพมหานคร และนำข้อมูลจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์ความเที่ยงตามวิธีของ ครอนบัค (Cronbach) ผลการวิเคราะห์ พบว่า

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม เท่ากับ .7944

แบบสอบถามพฤติกรรมด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร เท่ากับ .7733

แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ .7608

แบบสอบถามพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ เท่ากับ .8444

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ เท่ากับ .8069

แบบสอบถามพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ เท่ากับ .7868

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ .7259

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสารมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในวันเวลาราชการ 08.00 น. ถึง 12.00 น.

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในระหว่างเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม 2549 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มประชากรเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม นำแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุตอบ โดยส่วนมากผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามเอง และให้กลุ่มประชากรเลือกตอบ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นเวลาทำการประมาณ 30 วัน

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบแล้ว และเก็บรวบรวมไว้ เพื่อดำเนินการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้จัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistic Package for Social Science for Window) และการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับจากกลุ่มตัวอย่าง และคัดเลือกเฉพาะที่สมบูรณ์ไว้สำหรับนำมาวิเคราะห์ต่อไป
2. นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยลักษณะชีวสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม มาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ค่าร้อยละ
3. นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตามตัวแปร เพศ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 4 และ 5
5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามตัวแปรเพศ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6, 9 และ 10
6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตามตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 และ 3
7. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7 และ 8
8. เมื่อการทดสอบตามข้อ 6 และ 7 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe')
9. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 11

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้มีดังนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.1 หาค่าร้อยละใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 118)

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

เมื่อ P : ค่าร้อยละ

f : ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n : จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538: 173)

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

เมื่อ $\bar{X}$: ค่าเฉลี่ย

$\sum X$: ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N : จำนวนคน

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 143)

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

เมื่อ S : ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของ

$\sum X^2$: ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$: ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N : จำนวนคน

2. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามในกลุ่มตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน คือคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีเพศ และลักษณะครอบครัว แตกต่างกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 5 และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีต่อเพศและลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6 และ 10 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537: 180)

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

โดย

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{S_1^2}{n_1 - 1} + \frac{S_2^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t : ค่าที่ใช้พิจารณา t-distribution

X_1, X_2 : คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง 1, 2

S_1^2, S_2^2 : ค่ามาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง 1, 2

n_1, n_2 : จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1, 2

df : ชั้นแห่งความอิสระ (degree of freedom)

n : จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป คือ คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มีระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้แตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 2, 3 และ 4 และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้แตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 7, 8 และ 9 ใช้การทดสอบแบบ วิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One way analysis of variance) โดยทดสอบค่าเอฟ (F-test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2538: 236)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ F : ค่าที่ใช้พิจารณา F-distribution

MS_b : ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

MS_w : ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม

ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเซฟเฟ (Scheffe') โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537: 248-249)

$$CV_d = \sqrt{(k-1)(F^*)(MS_w)(2/n)}$$

เมื่อ k : จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

F^* : F ที่เปิดจากตาราง (critical value)

MS_w : ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม

n : จำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

2.3 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 11 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2538: 251-252)

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

เมื่อ r_{xy} : สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

$\sum X$: ผลรวมคะแนนชุด X

$\sum Y$: ผลรวมคะแนนชุด Y

$\sum X^2$: ผลรวมคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง

$\sum Y^2$: ผลรวมคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง

$\sum XY$: ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y

N : จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test, F-test และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน จำนวนคน
$\bar{x}$	แทน คะแนนเฉลี่ย
S	แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t - Distribution
F	แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา F- Distribution
SS	แทน ผลบวกกำลังสองของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of square)
df	แทน ค่าของขั้นแห่งความอิสระ
p	แทน ค่าของความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน มีนัยสำคัญที่ระดับ .05
**	แทน มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน เป็นชาย 63 คน หญิง 87 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 6 ตอนดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะชีวสังคมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการนอนหลับและพักผ่อน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรลักษณะชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว โดยทดสอบค่าที (t-test independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 4 และ 5 และค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 และ 3

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ต่อสุขภาพในอดีต การรับรู้ต่อสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ต่อสุขภาพในอนาคต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อโรค และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ตอนที่ 5 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรลักษณะชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว โดยทดสอบค่าที (t-test independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6, 9 และ 10 และค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7 และ 8

ตอนที่ 6 การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 11

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะชีวสังคมของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว โดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ดังปรากฏตาม ตารางที่ 2

ตาราง 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะชีวสังคม ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว

	ตัวแปร	n	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	63	42.0
	หญิง	87	58.0
	รวม	150	100.0
2. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา-ระดับประถมศึกษา	29	19.3
	ระดับมัธยมศึกษา	56	37.3
	ระดับอุดมศึกษา	65	43.3
	รวม	150	100.0
3. รายได้	ต่ำกว่า 5,000- 8,000 บาทต่อเดือน	28	18.7
	8,001-13,000บาทต่อเดือน	38	25.3
	มากกว่า 13,000 บาทขึ้นไป	84	56.0
	รวม	150	100.0
4. สถานภาพสมรส	คู่	92	61.3
	โสด/ม่าย/หย่า/แยก	58	38.7
	รวม	150	100.0

ตาราง 2 (ต่อ)

	ตัวแปร	n	ร้อยละ
5. ลักษณะครอบครัว			
	ครอบครัวเดี่ยว	117	78.0
	ครอบครัวขยาย	33	22.0
รวม		150	100.0

จากตาราง 2 ข้อมูลลักษณะชีวิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว จำนวน 150 คน พบว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 58.0 และเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 42.0

2. ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับอุดมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมา เป็นระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 37.3 และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา-ระดับประถมศึกษาคิดเป็น ร้อยละ 43.3 ตามลำดับ

3. รายได้ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครที่เป็น กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 13,000 บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมา มีรายได้ 8,001-13,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 25.3 และจำนวนน้อยที่สุดมีรายได้ ต่ำกว่า 5,000-8,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 18.7 ตามลำดับ

4. สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 61.3 และมี สถานภาพโสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยกคิดเป็นร้อยละ 38.7

5. ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 78.0 และ เป็นลักษณะครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 22.0

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการนอนหลับและพักผ่อน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ

การพิจารณาว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน เป็นอย่างไร ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็น 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ย	2.51–3.00	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	2.01–2.50	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ย	1.51–2.00	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย	1.00–1.50	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี

ตาราง 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการนอนหลับและพักผ่อน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	150	2.77	.13	ดี
พฤติกรรมด้านโภชนาการและการ รับประทานอาหาร	150	2.72	.24	ดี
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	150	2.79	.26	ดี
พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ	150	2.74	.14	ดี
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ	150	2.74	.22	ดี
พฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ	150	2.83	.16	ดี

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และ รายด้าน 5 ด้าน ดังนี้ พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการนอนหลับและพักผ่อน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงเสพยาที่เป็นโทษอยู่ในระดับดีทั้งโดยรวม และรายด้านทุกด้าน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกโดยรวม และ รายด้าน ตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุ

3.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรเพศ ตามสมมติฐานข้อที่ 1

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเป็ยเบนมาตรฐาน คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้าน จำแนกตามตัวแปรเพศ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	เพศ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม						
	ชาย	63	2.73	.11	-3.23*	.002
	หญิง	87	2.80	.13		
พฤติกรรมด้านโภชนาการและการ รับประทานอาหาร						
	ชาย	63	2.65	.23	-3.25*	.001
	หญิง	87	2.77	.23		
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย						
	ชาย	63	2.79	.24	-.064	.949
	หญิง	87	2.80	.27		

ตาราง 4 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	เพศ	n	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{t}$	p
พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ						
	ชาย	63	2.72	.12	-1.97*	.050
	หญิง	87	2.76	.15		
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ						
	ชาย	63	2.70	.19	-2.00*	.047
	หญิง	87	2.77	.23		
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ						
	ชาย	63	2.78	.18	-3.14*	.002
	หญิง	87	2.86	.14		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ ดีกว่ากับผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 1 แต่ มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

3.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา ตามสมมติฐานข้อที่ 2

ตาราง 5 คะแนนเฉลี่ย และ ความเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวม และรายด้าน จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ระดับการศึกษา	n	$\bar{x}$	S.D.
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	ต่ำกว่าประถมศึกษา-			
	ระดับประถมศึกษา	29	2.72	.13
	ระดับมัธยมศึกษา	56	2.76	.12
	ระดับอุดมศึกษา	65	2.79	.13
พฤติกรรมด้านโภชนาการและการ รับประทานอาหาร	ต่ำกว่าประถมศึกษา-			
	ระดับประถมศึกษา	29	2.74	.25
	ระดับมัธยมศึกษา	56	2.72	.21
	ระดับอุดมศึกษา	65	2.72	.26
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	ต่ำกว่าประถมศึกษา-			
	ระดับประถมศึกษา	29	2.69	.31
	ระดับมัธยมศึกษา	56	2.81	.22
	ระดับอุดมศึกษา	65	2.83	.26
พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ	ต่ำกว่าประถมศึกษา-			
	ระดับประถมศึกษา	29	2.69	.14
	ระดับมัธยมศึกษา	56	2.72	.13
	ระดับอุดมศึกษา	65	2.78	.14
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ	ต่ำกว่าประถมศึกษา-			
	ระดับประถมศึกษา	29	2.69	.16
	ระดับมัธยมศึกษา	56	2.72	.23
	ระดับอุดมศึกษา	65	2.78	.22

ตาราง 5 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ระดับการศึกษา	n	$\bar{x}$	S.D.
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ				
	ต่ำกว่าประถมศึกษา-			
	ระดับประถมศึกษา	29	2.79	.17
	ระดับมัธยมศึกษา	56	2.83	.15
	ระดับอุดมศึกษา	65	2.85	.17

ตาราง 6 วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.091	.046	2.825	.063
	ภายในกลุ่ม	147	2.377	.016		
	รวม	149	2.468			
พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.060	.003	.053	.948
	ภายในกลุ่ม	147	8.285	.056		
	รวม	149	8.291			

ตาราง 6 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.376	.188	2.892	.059
	ภายในกลุ่ม	147	9.559	.065		
	รวม	149	9.935			
พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.170	.085	4.568*	.012
	ภายในกลุ่ม	147	2.743	.019		
	รวม	149	2.913			
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.178	.089	1.884	.156
	ภายในกลุ่ม	147	6.927	.047		
	รวม	149	7.105			
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.067	.033	1.232	.295
	ภายในกลุ่ม	147	3.973	.027		
	รวม	149	4.040			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 2 แต่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสวาทที่เป็นโทษไม่แตกต่างกัน และเพื่อหาว่าผู้สูงอายุ

ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคู่ใดบ้างที่มีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับแตกต่างกัน โดยใช้วิธีการทดสอบรายคู่ วิธีของเชฟเฟ (Scheffe') ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ ของพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ ของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		<ประถมศึกษา- ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	$\bar{x}$	2.69	2.72	2.78
<ประถมศึกษา-ประถมศึกษา	2.69	-	.03	.09*
มัธยมศึกษา	2.72	-	-	.06
อุดมศึกษา	2.78	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับตั้งแต่ประถมศึกษาลงมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับการศึกษาคู่อื่นๆไม่พบความแตกต่าง

3.3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรรายได้ต่อเดือน ตามสมมติฐานข้อที่ 3

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ย และ ความเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวม และรายด้าน จำแนกตามตัวแปรรายได้ต่อเดือน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	รายได้ต่อเดือน	n	$\bar{x}$	S.D.
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม				
	<5,000-8,000บาท/เดือน	28	2.74	.14
	8,001-13,000บาท/เดือน	38	2.74	.12
	>13,000บาทขึ้นไป	84	2.78	.13
พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร				
	<5,000-8,000บาท/เดือน	28	2.78	.25
	8,001-13,000บาท/เดือน	38	2.69	.23
	>13,000บาทขึ้นไป	84	2.72	.24
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย				
	<5,000-8,000บาท/เดือน	28	2.73	.32
	8,001-13,000บาท/เดือน	38	2.76	.26
	>13,000บาทขึ้นไป	84	2.83	.23
พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ				
	<5,000-8,000บาท/เดือน	28	2.73	.16
	8,001-13,000บาท/เดือน	38	2.71	.13
	>13,000บาทขึ้นไป	84	2.76	.14
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ				
	<5,000-8,000บาท/เดือน	28	2.68	.18
	8,001-13,000บาท/เดือน	38	2.73	.24
	>13,000บาทขึ้นไป	84	2.76	.21
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ				
	<5,000-8,000บาท/เดือน	28	2.79	.17
	8,001-13,000บาท/เดือน	38	2.81	.16
	>13,000บาทขึ้นไป	84	2.85	.16

ตาราง 9 วิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามตัวแปรรายได้ต่อเดือน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.065	.033	1.993	.140
	ภายในกลุ่ม	147	2.403	.016		
	รวม	149	2.468			
พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.113	.057	1.018	.364
	ภายในกลุ่ม	147	8.177	.056		
	รวม	149	8.291			
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.291	.146	2.221	.112
	ภายในกลุ่ม	147	9.644	.066		
	รวม	149	9.935			
พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.064	.032	1.661	.194
	ภายในกลุ่ม	147	2.849	.019		
	รวม	149	2.913			
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	.131	.065	1.380	.255
	ภายในกลุ่ม	147	6.974	.047		
	รวม	149	7.105			

ตาราง 9 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
พฤติกรรมกรหลักเลี้ยงเสพสวรที่ เป็นโทษ						
	ระหว่งกลุ่ม	2	.089	.045	1.658	.194
	ภยในกลุ่ม	147	3.951	.027		
	รวม	149	4.040			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมกรหลักเลี้ยงเสพสวรที่เป็นโทษ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 3

3.4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส ตามสมมติฐานข้อที่ 4

ตาราง 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้าน จำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	สถานภาพสมรส	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวม						
	คู่	92	2.79	.12	-1.974*	.050
	โสด/ม่าย/หย่า/แยก	58	2.75	.13		

ตาราง 10 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	สถานภาพสมรส	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร						
	คู่	92	2.74	.23	-.619	.537
	โสด/ม้าย/หย่า/แยก	58	2.71	.24		
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย						
	คู่	92	2.83	.20	-1.220	.224
	โสด/ม้าย/หย่า/แยก	58	2.77	.29		
พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ						
	คู่	92	2.78	.13	-2.673*	.008
	โสด/ม้าย/หย่า/แยก	58	2.72	.14		
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ						
	คู่	92	2.74	.21	-.171	.865
	โสด/ม้าย/หย่า/แยก	58	2.74	.24		
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ						
	คู่	92	2.87	.15	-2.309*	.022
	โสด/ม้าย/หย่า/แยก	58	2.81	.17		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือม้าย หรือหย่า หรือแยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 4 แต่

มีพฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ไม่แตกต่างกัน

3.5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระ มงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรลักษณะครอบครัว ตามสมมติฐานข้อที่ 5

ตาราง 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเป็ยเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามตัวแปรลักษณะครอบครัว

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ลักษณะ ครอบครัว	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวม						
	ครอบครัวเดี่ยว	117	2.77	.12	.642	.522
	ครอบครัวขยาย	33	2.75	.15		
พฤติกรรมด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร						
	ครอบครัวเดี่ยว	117	2.72	.23	-.085	.932
	ครอบครัวขยาย	33	2.73	.27		
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย						
	ครอบครัวเดี่ยว	117	2.80	.25	.402	.688
	ครอบครัวขยาย	33	2.78	.28		
พฤติกรรมด้านการพักผ่อน นอนหลับ						
	ครอบครัวเดี่ยว	117	2.74	.14	.179	.858
	ครอบครัวขยาย	33	2.74	.14		

ตาราง 11 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ลักษณะ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
	ครอบครัว					
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ						
	ครอบครัวเดี่ยว	117	2.75	.21	.765	.446
	ครอบครัวขยาย	33	2.71	.25		
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ						
	ครอบครัวเดี่ยว	117	2.84	.16	.915	.362
	ครอบครัวขยาย	33	2.81	.17		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว และลักษณะครอบครัวขยาย มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม มีพฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 5

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับรู้ต่อสุขภาพในอดีต การรับรู้ต่อสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ต่อสุขภาพในอนาคต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อโรค และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยการพิจารณาว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็น 5 ระดับ ดังต่อไปนี้

ค่าเฉลี่ย	4.51 – 5.00	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	3.51 – 4.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ย	2.51 – 3.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.51 – 2.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.50	หมายถึง	การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

ตาราง 12 วิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	150	3.77	.45	ค่อนข้างดี

จากตาราง 12 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี

ตอนที่ 5 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรลักษณะชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุ

ตาราง 13 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรลักษณะชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.
1. เพศ			
ชาย	63	3.69	.44
หญิง	87	3.84	.45

ตาราง 13 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.
2. ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา-			
ระดับประถมศึกษา	29	3.62	.54
ระดับมัธยมศึกษา	56	3.79	.44
ระดับอุดมศึกษา	65	3.83	.42
3. รายได้			
<5,000-8,000บาท/เดือน	28	3.67	.55
8,001-13,000บาท/เดือน	38	3.84	.41
>13,000 บาทขึ้นไป	84	3.78	.44
4. สถานภาพสมรส			
คู่	92	3.80	.42
โสด/ม่าย/หย่า/แยก	58	3.73	.50
5. ลักษณะครอบครัว			
ครอบครัวเดี่ยว	117	3.80	.43
ครอบครัวขยาย	33	3.68	.52

จากตาราง 13 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร พบว่า

1. เพศของผู้สูงอายุ เพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ = 3.84, S.D = .45 และเพศชาย มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ = 3.69, S.D = .44

2. ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่ อยู่ในระดับอุดมศึกษา = 3.83, S.D = .42 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา = 3.79, S.D = .44 และจำนวนน้อยที่สุดคือระดับต่ำกว่าประถมศึกษา-ระดับประถมศึกษา = 3.62, S.D = .54 ตามลำดับ

3. รายได้ของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่ มีรายได้ 8,001-13,000 บาท = 3.84, S.D = .41 รองลงมา มีรายได้ มากกว่า 13,000 บาทขึ้นไป = 3.78, S.D = .44 และจำนวนน้อยที่สุดมีรายได้ น้อยกว่า 5,000-8,000 บาทต่อเดือน = 3.67, S.D = .55 ตามลำดับ

4. สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ = 3.80, S.D = .42 รองลงมาคือมีสถานภาพโสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยก = 3.73, S.D = .50

5. ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่ เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว = 3.80, S.D = .43 และเป็นลักษณะครอบครัวขยาย = 3.68, S.D = .52

5.1 เปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ตามสมมติฐานข้อที่ 6, 9 และ 10

ตาราง 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความเป็ยเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว

	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p
เพศ	ชาย	63	3.69	.44	-1.968	.051
	หญิง	87	3.84	.45		
สถานภาพสมรส	คู่	92	3.80	.42	.859	.391
	โสด/ม่าย/หย่า/แยก	58	3.73	.50		
ลักษณะครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว	117	3.80	.43	1.355	.178
	ครอบครัวขยาย	33	3.68	.52		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพศหญิงและเพศชายมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 6 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยก

มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 9 และผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 10

5.2 เปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส ตามสมมติฐานข้อที่ 7 และ 8

ตาราง 15 วิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา และรายได้

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	2	.934	.467	2.303	.104
	ภายในกลุ่ม	147	29.815	.203		
	รวม	149	30.749			
รายได้	ระหว่างกลุ่ม	2	.456	.228	1.105	.334
	ภายในกลุ่ม	147	30.293	.206		
	รวม	149	30.749			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา-ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และระดับอุดมศึกษา มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่ง ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 7 และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่ และโสดหรือม่ายหรือหย่าหรือแยก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่ง ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 9

ตอนที่ 6 การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 11

ตาราง 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	.272**	.001
พฤติกรรมด้านโภชนาการและการ		
รับประทานอาหาร	.049	.554
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	.261**	.001
พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ	.295**	.000
พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ	.255**	.002
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ	.037	.650

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 16 แสดงว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 11 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการเพศสภาวะที่เป็นโทษ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร สรุปได้ดังนี้

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

จุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรลักษณะชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ทั้งโดยรวม และรายด้าน
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรลักษณะชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ทั้งโดยรวม และรายด้าน
2. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งโดยรวม และรายด้าน
3. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า ทั้งโดยรวม และรายด้าน
4. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยก ทั้งโดยรวม และรายด้าน
5. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยาย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ทั้งโดยรวม และรายด้าน

6. ผู้สูงอายุเพศหญิง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าเพศชาย
7. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
8. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า
9. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยก
10. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยาย มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว
11. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งมีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมตามบัญชีรายชื่อ จำนวน 400 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ได้มาจากการเลือกแบบสะดวก (Convenience Sampling) จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นมาเอง โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเองของ วิริยา สุขวงศ์ และนพรัตน์ หนูบ้านยาง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วยคำถามที่ประเมินใน 5 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ
3. พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 8 ข้อ
4. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 7 ข้อ
5. พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสหายที่เป็นโทษ จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยดัดแปลงจากแบบวัด โดยวัดได้จากแบบวัดของเนตรนภา คู่พันธ์วิ ซึ่งแปลและเรียบเรียงมาจาก General Health Perception Battery ของบรูคและคณะ (Brook, et. al. 1979) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยคำถามที่ประเมินเกี่ยวกับ

1. การรับรู้ต่อสุขภาพในอดีต จำนวน 3 ข้อ
2. การรับรู้ต่อสุขภาพในปัจจุบัน จำนวน 4 ข้อ
3. การรับรู้ต่อสุขภาพในอนาคต จำนวน 4 ข้อ
4. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ
5. ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อโรค จำนวน 3 ข้อ
6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 3 ข้อ

ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับดังนี้ จริงทั้งหมด จริงส่วนมาก ไม่แน่ใจ ไม่จริงส่วนมาก ไม่จริงเลย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้จัดทำและวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistic Package for Social Science for Window) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับจากกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกเฉพาะที่สมบูรณ์ไว้สำหรับนำมาวิเคราะห์ต่อไป
2. นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยทางลักษณะชีวสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์แจกแจงความถี่ค่าร้อยละ
3. นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตามตัวแปรเพศ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 4 และ 5

5.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามตัวแปรเพศ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6, 9 และ 10

6.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตามตัวแปร ระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 และ 3

7.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามตัวแปรระดับ การศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7 และ 8

8.เมื่อการทดสอบตามข้อ 6 และ 7 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงทำ การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ (Scheffe')

9.หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 11

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลลักษณะชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 58.0 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 42.0

1.2 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับอุดมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาคิดเป็น ร้อยละ 37.3 และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา-ระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 43.3 ตามลำดับ

1.3 รายได้ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 13,000 บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมา มีรายได้ 8,001-13,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 25.3 และจำนวนน้อยที่สุดมีรายได้ ต่ำกว่า 5,000-8,000 บาทต่อเดือนคิด เป็นร้อยละ 18.7 ตามลำดับ

1.4 สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 61.3 และมีสถานภาพโสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยกคิดเป็นร้อยละ 38.7

1.5 ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 78.0 เป็นลักษณะครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 22.0

2. ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อตอบจุดมุ่งหมาย ข้อที่ 1 ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับดี ($X = 2.77$, $S = 0.13$) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแต่ละด้าน พบว่า

2.2.1 พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับดี ($X = 2.72$, $S = 0.24$)

2.2.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี ($X = 2.79$, $S = 0.26$)

2.2.3 พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ อยู่ในระดับดี ($X = 2.74$, $S = 0.14$)

2.2.4 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับดี ($X = 2.74$, $S = 0.22$)

2.2.5 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ อยู่ในระดับดี ($X = 2.83$, $S = 0.16$)

2.2 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($X = 3.77$, $S = 0.45$)

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะชีวิตสังคม เพื่อตอบจุดมุ่งหมาย ข้อที่ 2 ดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 1 แต่ มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

3.2 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับตั้งแต่ประถมศึกษาลงมา แต่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ไม่แตกต่างกัน

3.3 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 3

3.4 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 4 แต่มีพฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ไม่แตกต่างกัน

3.5 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว และลักษณะครอบครัวขยาย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ไม่แตกต่างกัน ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 5

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะชีวิตสังคม เพื่อตอบจุดมุ่งหมาย ข้อที่ 3 ดังนี้

4.1 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพศหญิง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกับเพศชาย ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 6

4.2 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 7

4.3 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 8

4.4 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกับสถานภาพสมรสโสด หรือม้าย หรือหย่า หรือแยก ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 9

4.5 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะครอบครัวขยาย มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกับครอบครัวเดี่ยว ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 10

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพื่อตอบจุดมุ่งหมาย ข้อที่ 4 ดังนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 11 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และการรับประทาน อาหาร และพฤติกรรมการเสพยาที่เป็นโทษ

อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร สามารถแยกอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. **ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ** ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับดี ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเสพยาที่เป็นโทษ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นผู้มีความรู้ในระดับอุดมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 43.3 สามารถแสวงหาความรู้ ข่าวสารต่างๆ แหล่งประโยชน์ ตลอดจนแหล่งนันทนาการต่างๆ สามารถพิจารณาเข้าใจการกระทำต่างๆ ได้ดี สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้มากกว่า ถ้าที่จะซักถามปัญหาที่เข้าใจหรือไม่ เข้าใจ และสนใจในสุขภาพ ตลอดจนมีการเข้าร่วมในกิจกรรมของชมรมอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ต่างๆ มากมาย เช่น ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การนันทนาการ ตลอดจนการตรวจสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี ประกอบกับผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ที่ถูกต้อง และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุมีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี เป็นการสนับสนุนแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537: 23; อ้างอิงมาจาก Orem. 1991: unpagged) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคล ดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด นอกจากนี้สมาชิกในชมรมยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือกันและกันในด้านสุขภาพอนามัยทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น การแนะนำให้สมาชิกตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี การจัดทัศนศึกษา หรือไปทำบุญที่วัดต่างๆ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินผ่อนคลายความตึงเครียด ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขในชีวิต (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542: 82-83) ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชติทิติคุณ (2534: 42) พบว่าผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 40) พบว่าผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 106) ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ พบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรียา พ่วงแก้ว (2540: 82-87) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพฯ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อวรณ์ (2540: 95-96) พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 83) พบว่าผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรนุช ไตรรัตน์ภาส (2545: 78) พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538: 39) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534: 113) พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

2. **ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ** ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ต่อสุขภาพในอดีต การรับรู้ต่อสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ต่อสุขภาพในอนาคต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อโรค และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อยู่ในระดับค่อนข้างดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีการศึกษาและฐานะดี ซึ่งจะส่งผลถึงความสามารถในการรับรู้ได้ดี และการรวมตัวกันในชมรม ซึ่งเป็นจุดรวมของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต พัฒนาตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ รวมกลุ่มเพื่อพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี และรับรู้ภาวะสุขภาพได้ดีตามมาด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534: 86) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมันต์ วงศ์บุญชร (2537; อ้างอิงจาก วรณีย์ ชัชวาลทิพากรและคณะ. 2543: 29) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐฐิญา จำราช (2547: 102) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร พบว่า นักศึกษามีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.40 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการให้บริการทางด้านการแพทย์และอนามัยที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และนับตั้งแต่เป้าหมายของการรักษาพยาบาลมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ประเด็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจึงได้รับความสนใจมาก ดังเช่นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ทางชมรมจะจัดให้มีการตรวจสุขภาพโดยตลอด โดยคณะแพทย์ และพยาบาลของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีการให้การรักษาดูตามผลการรักษาและภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกวิธี และอยู่ในระดับค่อนข้างดี แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538: 39) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพพอใช้ คือ ร้อยละ 46.0 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรวงพล ผุดผาด (2541: 101) ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลวรรณ ธงศิริ (2548: 110) พบว่า ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการ

ตรวจด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า แผนกเอกซเรย์วินิจฉัย กอรั้งสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาดา เรื่องรัตนอัมพร (2542: บทคัดย่อ) ศึกษาการรับรู้ภาวะ สุขภาพ และความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มา รับการตรวจวินิจฉัยการทำงานของหัวใจ พบว่าก่อนการตรวจผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพพอใช้

3. เพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงแสงสสารที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 1 แต่ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่ แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วอลสตัน, วอลสตัน และเมดส์ (Wallston, Wallston and Maides. 1976: 1193) พบว่า เพศหญิงจะชวนชวนหาความรู้มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทเนอร์ และคัทเนอร์ (Kutner and Kutner. 1979: 62-66) พบว่า เพศ หญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชายโดยเฉพาะยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำ กิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง เพราะโดยทั่วไป ระบบสังคมและวัฒนธรรมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ ลูเบน ไวลเลอร์ และชาย (Lubben, Weiler and Chi. 1989: 725 – 731) ศึกษาการปฏิบัติในด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุจำนวน 1,021 ราย พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า เพศชาย แต่มีการเข้าร่วมกิจกรรม สังสรรค์กับเพื่อนฝูง และสังคมมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับ การศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540: 97-98) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชายแดนภายใต้ของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีการสูบบุหรี่ มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการป้องกันอุบัติเหตุได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และยัง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยา สุขวงศ์ (2545: 68) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย ในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า เพศหญิงเป็นเพศที่ละเอียดอ่อน พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะไม่ โลดโผนและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ อันตรายมากเท่าเพศชาย นอกจากนี้ระบบสังคม วัฒนธรรม กำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัวในเรื่องของความสะอาดสบาย ปลอดภัย ภายในบ้าน ตลอดจนการป้องกันอุบัติเหตุเล็กๆน้อยๆ เช่น ดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อย ความ สะอาดภายในห้องน้ำ และสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว แต่ผลการศึกษาไม่ สอดคล้องกับ จินตนา รอดนำพา (2535 :ง) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน

กรุงเทพ มหานคร พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชายกับผู้สูงอายุหญิง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 107) ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540: 96) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อารณ (2540: 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกัร พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษาเรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทั้งเพศหญิงและเพศชายนั้น เข้าใจถึงการร่วมกิจกรรมในชมรม ได้ร่วมทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจและสนใจในสุขภาพของตนเอง ก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวารินทร์ หันกิติคุณ (2539: 143) พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย

4. ระดับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาลงมา ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 2 แต่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 43.3 ซึ่งส่วนใหญ่จะเคยประกอบอาชีพมาก่อน หรือเป็นข้าราชการเกษียณ หรือมีคูชีวิตเป็นข้าราชการเกษียณ และลูกหลานก็จะเติบโต หรือมีงานทำกันแล้ว

ไม่ต้องพึ่งพาพ่อแม่มาก ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องมีเรื่องที่เครียดมาก ส่งผลให้สามารถมีพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า ส่วนการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534: 46) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ คอคเกอร์แฮม (จักรวรา จังพา-นิช. 2541: 43; อ้างอิงมาจาก Cockerham. 1982: 90) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529: 98) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาจะมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้รับการศึกษา ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี ต้นประยูร (2532:19) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ระหว่างเขตเมือง และเขตชนบทของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีระดับการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่การศึกษาต่ำ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ หอมนาน (2539: 62) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 110) ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สำรวมจิตร สุนทราภิรมย์สุข (2540: 97-98) ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อวรณ์ (2540: 97) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทาง

ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวรวิหารพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนใหญ่พบว่ามีรายได้มากกว่า 13,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.0 จึงไม่น่าจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ประกอบกับในชมรมผู้สูงอายุได้จัดกิจกรรมบริการทุกด้านเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย เช่น การรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี การโภชนาการ การออกกำลังกาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แก่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจอีกทางหนึ่ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจที่จะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวอล์กเกอร์ และคนอื่น ๆ (Walker and others. 1988: 76–90) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับเด็กและวัยกลางคน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 47-48) ได้ศึกษาทัศนคติทัศนความสามารถในการ ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติ และความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539: 147) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 109) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อารวรรณ์ (2540: 98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันและพบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ เหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่มีรายได้สูงกว่าสามารถจัดเตรียมอุปกรณ์รักษาความปลอดภัย เลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม มีมาตรฐาน ปลอดภัยและมีความพร้อมใช้งาน ไม่ว่าจะเป็นสำหรับอุปกรณ์ที่ใช้ภายในบ้าน และที่ต้องใช้ในชีวิตประจำวัน ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยา สุขวงศ์ (2545: 69)

ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

6. **สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ** ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 4 แต่มีพฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่จะมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.3 ซึ่งคู่ครอง และลูกๆจะเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุเชื่อถือไว้วางใจ ให้ความรัก ความอบอุ่น ผู้สูงอายุจึงให้ความสำคัญและเชื่อฟังปฏิบัติตามคำแนะนำของคู่ชีวิต และลูกๆเกี่ยวกับสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัย สอดคล้องกับคอห์น และดีโลจีส์ (สุวิมล พนาวัฒน์กุล, 2534: 42; อ้างอิงมาจาก Coyne and Deloges, 1986: 455) ที่ได้กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากคนใกล้ชิดอย่างเพียงพอ จะทำให้ได้รับความรัก ความห่วงใย และเอาใจใส่ ทำให้มีกำลังใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงสิ่งต่างๆ และนำความรู้ที่มีอยู่ไปปฏิบัติ เพื่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (กรรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา, 2542: 91) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาถ วิทย์โชคกิตติคุณ (2534: 38) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่า และแยก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 42) ได้ศึกษาทัศนคติทัศนความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 115) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่า แยก สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535: 158) ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ปวยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ส่วนผลการศึกษาที่พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่มาร่วมกิจกรรมในชมรมได้พบปะสังสรรค์กับสมาชิกซึ่งเป็นเพื่อนๆวัยใกล้เคียงกัน สามารถช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาหารือ แนะนำในเรื่องต่างๆได้ โดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์มากกว่าก็จะเป็นผู้แนะนำในสิ่งที่มีประโยชน์ให้กับเพื่อนสมาชิก ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ และแรงจูงใจ เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542: 91) และเนื่องจากวัฒนธรรมไทยยังมีลักษณะความใกล้ชิดระหว่างเครือญาติมาก ถึงแม้ผู้สูงอายุจะไม่ใช้สถานภาพสมรสคู่ แต่สมาชิกในครอบครัวที่มีอยู่ก็ยังให้ความรักใคร่ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อีกทั้งสื่อต่างๆสามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรับข่าวสารด้านสุขภาพ และเกิดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพสมรสใดก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ สรรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540: 97) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อารวรรณ์ (2540: 97) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างสัมพันธภาพใน ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 109) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้าน สุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

7. ลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว และลักษณะครอบครัวขยาย มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ไม่แตกต่างกัน ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 5 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโครงสร้างของสังคมไทยนั้นยังคงให้ความรัก ความอบอุ่น

เคารพนับถือผู้สูงอายุ และขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาต่างๆ มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน เพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า ถึงแม้ว่าสภาพสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 78.0 เพราะลูกหลานแยกย้ายไปตั้งครอบครัวใหม่ หรือต้องไปประกอบอาชีพตามที่ต่างๆ บางครอบครัวผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรส แต่ลูกหลานก็ยังไปมาหาสู่ผู้สูงอายุอยู่เสมอ เพราะสังคมไทยยังคงให้ความสำคัญและไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542: 92) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2536: 212) พบว่าคนหนุ่มสาวมากกว่าร้อยละ 98 ยังคงให้การเลี้ยงดูพ่อแม่ที่สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และจะดูแลต่อไปจนกว่าผู้สูงอายุและตนเองจะเสียชีวิต หรือจนกว่าตนเองจะแต่งงานหรือแยกย้ายไปพักอาศัยที่อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกันทั้งโดยรวม และรายด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ มนต์รี ต้นประยูร (2532: 58) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ระหว่างเขตเมือง และเขตชนบทของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อยู่กับคู่ครอง และบุตรหลาน ร้อยละ 63.86 เป็นลักษณะของครอบครัวที่สมบูรณ์ ผู้สูงอายุ ยังมีชีวิตที่เป็นเพื่อนร่วมคิดปรึกษาหารือปฏิบัติกิจกรรมประจำวันร่วมกัน มีกำลังใจในการที่จะมีชีวิตอยู่ เพื่อเป็นร่วมโพธิ์ของลูกหลานต่อไป จึงทำให้การดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ได้ศึกษา เรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นริศรา ลีลามานิตย์. (2534: 119) ได้ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้านโป่ง จังหวัดเชียงใหม่ ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง พบว่า ผู้ที่อยู่คนเดียวและอาศัยในครอบครัวเดี่ยว มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองไม่แตกต่างจากผู้ที่อยู่อาศัยในครอบครัวขยาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 82) ศึกษาเรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ พนิดา คุณาธรรม (2538: 131) ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวรินทร์ หันกิตติคุณ (2539: 145) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสบุตรหลาน และญาติ

8. เพศกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพศหญิง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกับเพศชาย ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 6 สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐกร อ่วมบำรุง (2534: 84) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพฯ พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เพศชายและเพศหญิง มีการรับรู้เกี่ยวกับ สุขภาพไม่แตกต่างกัน กล่าวได้ว่า การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะให้ความสนใจต่อข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติตนทางสุขภาพในที่สุด นับได้ว่าเป็นการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้อย่างดีเยี่ยม หรือกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า การมีสุขภาพดีเป็นเรื่องของเอกัตบุคคล (Individual) ในอันที่จะขวนขวายการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ คือการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการที่จะพึ่งพาทางด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งการเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรมก็ทำให้ได้พัฒนาในด้านการรับรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ และถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจและสนใจสุขภาพของตนเอง และก่อให้เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่แตกต่างกันทั้งผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชาย แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ บีและมิเชล (Bee & Mitchell, 1980: 207) ได้ศึกษาพัฒนาการของบุคคลพบว่า เพศหญิงจะมีความวิตกกังวลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ไม่สอดคล้องกับ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 133) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าเพศหญิง และไม่สอดคล้องกับ กมลวรรณ ธงศิริ (2548: 111) พบว่า ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า แผนกเอกซเรย์วินิจฉัย กองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพศหญิงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าเพศชาย

9. ระดับการศึกษากับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 7 สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณ ศรีสุจริต (2548: 76) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีการให้บริการทางด้านบริการทางการแพทย์

และอนามัย ตลอดจนให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ การเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การโภชนาการ และการออกกำลังกาย แก่ผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องโดยทั่วกัน สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529: 108) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้รับการศึกษา ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐกร อ่วมบำรุง (2534: 84) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ ชวนพิศ มีสวัสดิ์ (2539: บทคัดย่อ; อ้างอิงจาก กมลวรรณ ธงศิริ. 2548: 59) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาพลักษณ์ ความวิตกกังวล กับการดูแลตนเองของหญิงวัยรุ่นครุฑแรก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ไม่สอดคล้องกับ ฤดี ปุ่งบางกระดี (2540: 85) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลวรรณ ธงศิริ (2548: 112) พบว่า ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการตรวจด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า แผนกเอกซเรย์วินิจฉัยกองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน

10. รายได้กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 8 ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ ญัฐกร อ่วมบำรุง (2534: 84) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540: 82-87) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้กับการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลวรรณ ธงศิริ (2548: 112) พบว่า ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการตรวจด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า แผนกเอกซเรย์วินิจฉัย

กองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สามารถเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำ 3 เดือน 6 เดือน หรือรายปี ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สามารถใช้สวัสดิการในการรักษาได้ และเมื่อใกล้ถึงวันนัดทางเจ้าหน้าที่พยาบาลของคลินิกชมรมผู้สูงอายุก็อำนวยความสะดวกโทรเตือน หรือส่งจดหมายเตือนไปยังสมาชิก เพื่อให้มารับการตรวจสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจและติดตามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองโดยตลอด ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้ถูกต้อง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน จึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน

11. สถานภาพสมรสกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกับสถานภาพสมรสโสด หรือม้าย หรือหย่า หรือแยก ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 9 สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534: 85) ได้ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันจะมีการเตรียมตัวเพื่อรองรับสภาพความชรา ตลอดจนการต้องอยู่คนเดียวโดยปราศจากคู่สมรส เพราะการสูญเสียฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไปตามอายุขัย จึงทำให้ต้องมีการตั้งเป้าหมายชีวิตของตนเอง ต้องการให้ตนเองมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง ทำให้ผู้สูงอายุจึงสนใจในข่าวสารข้อมูลทางด้านสุขภาพ การมาเข้ารับการตรวจสุขภาพ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจากการสนใจ ศึกษา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างเพื่อนสมาชิก และบุคลากรทางสุขภาพ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ สปีค (Speak. 1987: 25-30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ คะแนนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

12. ลักษณะครอบครัวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะครอบครัวขยาย มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกับครอบครัวเดี่ยว ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 10 ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณ ศรีสุจริต (2548: 76) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็น

เพราะว่า สังคมไทยยังคงให้ความสำคัญและไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ ถึงแม้ลูกหลานจำเป็นจะต้องแยกครอบครัวหรือออกไปตั้งครอบครัวใหม่ แต่ก็ยังคงติดต่อ ดูแล เอาใจใส่ มีความผูกพัน มีความรัก ความอบอุ่น และเลี้ยงดูผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ และการเข้าชมรมก็ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อนสมาชิก ได้รับข่าวสารต่างๆเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และได้รับการตรวจสุขภาพ ก่อให้เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และถูกต้องต่อไป จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน

13. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม และรายด้าน คือ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตรงตามสมมติฐานข้อที่ 11 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการเสพสารที่เป็นโทษ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender, 1987: 67) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อมีการรับรู้ภาวะสุขภาพเกิดขึ้น บุคคลก็จะมีผลให้ความหมาย มีการตกลงเกิดขึ้นในใจ เกิดทัศนคติและให้คุณค่าตามการรับรู้ของตน ซึ่งจะมีผลบังคับให้เกิดการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกไป และส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง และมีแนวโน้มว่าจะมีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย และการที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งใดเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพนั้น บุคคลต้องมีการรับรู้ ว่า พฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 398 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับดี และมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา วิไลเลิศ และคณะ (2538: 57) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ในกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร พริ้งเพริศ (2538: 78-82) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบว่า ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางที่ดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539: 134-153) ได้ศึกษา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิเชฐ เจริญเกษ (2540: ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก พบว่า การรับรู้สถานะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540: 82-87) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 200 ราย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชลี ศรีเมือง (2543: บทคัดย่อ; อ้างอิงจาก นงลักษณ์ ศรีสุจวิต. 2548: 42) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัวแปร ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่หมดประจำเดือน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิมมอน (กฤติกา จันทรหอม. 2542: 52; อ้างอิงจาก Simmons. 1993. *Military Medicine*. 158(9). p.594-598; อ้างอิงจาก ญัฐฐิญา จำราช. 2547: 54) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทหารเรือ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการออกกำลังกาย ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538: 35) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับประทานอาหาร ไม่สอดคล้องกับ สุธิดา นิรพิพนธ์ (2543: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิมมอน (กฤติกา จันทรหอม. 2542: 52; อ้างอิงจาก Simmons. 1993. *Military Medicine*. 158(9). p.594-598; อ้างอิงจาก ญัฐฐิญา จำราช. 2547: 54) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทหารเรือ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า

จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่า และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพบางด้านดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้ที่มีวุฒิการศึกษาสูง และผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ที่มีความรู้ ความเข้าใจในด้านสุขภาพดี เป็นแกนนำของกลุ่ม เพื่อจะได้ช่วยกระตุ้น ถ่ายทอดความรู้ และแลกเปลี่ยนความรู้ให้กับสมาชิกคนอื่นๆ ที่ไม่รู้ ไม่เข้าใจ ได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

2. ควรสนับสนุนและส่งเสริมบทบาทของผู้ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งแนวคิด และแนวทางในการดูแลสุขภาพ คือมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปแก่ผู้สูงอายุโดยตรง และครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้แหล่งประโยชน์ที่รัฐและเอกชนได้จัดให้ และในการให้ความรู้ ควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เช่น เพศ ระดับการศึกษารายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสม

3. ควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในหน่วยงานทุกหน่วยงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมกลุ่ม และกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีโอกาสได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน และยังเป็นชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นในหน่วยงานบริการทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุจะได้รับบริการทางด้านสุขภาพควบคู่ไปด้วย ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพ และรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสพการณ์เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ทำให้เกิดความอบอุ่น มั่นใจ มีความหวังในชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการมีชีวิตในวัยตอนนี้ยังมีคุณค่า มีความสุขในบั้นปลายของชีวิต

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย เป็นที่ซึ่งมีสภาพสังคม เศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตประจำวันของคนใน

เมืองมีความแตกต่างกับคนในชนบท และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับอุดมศึกษา และมีฐานะทางเศรษฐกิจดี ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และลักษณะชีวิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันอย่างไรบ้าง เพื่อจะได้วางแผนให้ความรู้ จัดการบริการ และส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องในโอกาสต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

3. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ตามตัวแปรลักษณะชีวิตสังคมที่นำมาศึกษา ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ซึ่งในความเป็นจริงอาจไม่เป็นเช่นนั้น เพราะการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทั่วไปไม่เจาะลึก ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้ข้อมูลในระดับลึกและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ความวิตกกังวล อัมมโนทัศน์ ศาสนา คุณค่าในตน ภูมิลำเนา แบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นต้น

5. ในการศึกษาครั้งนี้ในการสอบถามข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องให้ผู้ทำวิจัยอธิบาย และอ่านแบบสอบถามให้โดยละเอียดเกือบทุกคน โดยอ้างว่าสายตาไม่ค่อยดี เสียเวลาถ้าต้องอ่านเอง กลัวอ่านแล้วไม่เข้าใจ มีปัญหาการได้ยิน และเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุในการให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ จึงทำให้ต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละราย และผู้สูงอายุบางคนจะกังวลเพราะกำลังรอตรวจสุขภาพ กลัวจะไม่ได้ยินชื่อเรียกตรวจ ทำให้ความสนใจในการตอบแบบสอบถามมีไม่เต็มที่ อาจทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกับความจริงทั้งหมด ดังนั้นอาจจะใช้การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลทั้งหมด

6. ในการตอบแบบสอบถามที่มีจำนวนข้อมาก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวนข้อทั้งหมด 58 ข้อ ซึ่งอาจจะมากเกินไปสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งกล่าวว่า “เยอะเกินไป” จึงต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนาน ทำให้ผู้สูงอายุบางคนขาดความตั้งใจ หรือไม่มีสมาธิในการตอบแบบสอบถาม เพราะสมาธิเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของความจำ ดังนั้นจึงควรปรับจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามที่จะใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับความสามารถ และสมาธิของคนกลุ่มนี้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมประชาสัมพันธ์. (2525). รายงานการประเมินผลโครงการสงเคราะห์คนชรา. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์.
- กรมประชาสัมพันธ์. (2536). ให้ความรัก พิทักษ์อนามัยผู้สูงอายุ. *คู่มือพิเศษ ฉบับพิเศษ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.
- กรรณิการ์ กันธรักษา. (2527). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. *ปริญญานิพนธ์ สส.ม. (สุศึกษา)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กมลพรรณ หอมน่าน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเรียนรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กมลวรรณ ธงศิริ. (2548). ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการตรวจด้วยเครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า. *สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *กินดีมีสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กิริยา ลาภเจริญวงศ์. (2543). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู: กรณีศึกษาในเขตเมืองและชนบท จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สาขาวิชาประชากรศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- กุลวดี ไรจน์ไพศาลกิจ. (2544). การพัฒนาเครื่องมือการรับรู้ภาวะสุขภาพของคนไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ด. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2525). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล.

- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อรุณการพิมพ์.
- กันยา สุวรรณแสง. (2532). *จิตวิทยาทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บำรุงสาสน์.
- ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (บริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- เขมิกา ยามะรัต. (2527). *ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์*. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2525-2544). *แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544*. กรุงเทพฯ: กองวิชาการ กรมการแพทย์.
- จกกล หินโน. (2540). *การรับรู้เรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (เอกสุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จรวพร ธรณินทร์. (2538). *การเสริมสร้างสุขภาพคนยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: ต้นอ่อนแถมมี.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. (2536). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2526). *ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในเขตมวกะสัน*. ใน *รายงานการวิจัยภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา รอดนำพา. (2535). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (พลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ชัยพร วิชชาวุธ. (2523). *การวิจัยเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- ชีนจิตต์ เพชรชาติ. (2545). *การศึกษาการดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ฝ่ายอบรมอนามัยในบ้าน ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภาวิชาชีพไทย.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2531). *การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คู่ตวนิชการพิมพ์.

- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2537). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณัฐกร อ่วมบำรุง. (2534). *การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณัฐริกา จำราช. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร*. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ด้อย ชุมสาย. (2514). *ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- ทรงพล ผุดผาด. (2541). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทิพวัลย์ ขาวลำอ่างค์. (2534). *แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรค ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบดี*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นงลักษณ์ ศรีสุจริต. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร*. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

นภาพร ชัยวรรณ และคนอื่น ๆ . (2530). ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศึกษาแห่งชาติ*. โรงแรมอิมพีเรียล กรุงเทพฯ.

นภาพร ชัยวรรณ. (2542, 26-27 สิงหาคม). ภาพลักษณ์ประชากรผู้สูงอายุไทยอีก 10 ปี และภาวะสวัสดิการและบริการที่พึงปรารถนา. ใน *เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการ ณ.โรงแรมกรุงศรีวิเวอร์ไฮด์ จ.พระนครศรีอยุธยา*. สืบค้นเมื่อ 16 ตุลาคม 2547, จาก <http://intra.chiangmai.ac.th/~sri/thai/document/database/oldpeople.html>.

นริศรา ลีลามานิตย์. (2534). การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้านสันป่าต๋อง ตำบลบ้านลาด กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ *ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

นริศรา ลีลามานิตย์. (2535). *ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

นิตา ชูโต. (2525). *คนชราไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นรินาถ วิทยโชคกิตติคุณ. (2534). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

เนตรนภา คู่พันธ์วี. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 12*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

บรรลุ ศิริพานิช. (2526). *ระบอบวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2525*. กรุงเทพฯ: ชนະการพิมพ์ .

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ. (2535). *รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง*. กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์.

บริบูรณ์ พรพิบูรณ์. (2535). *โลกยามชราและแนวคิดในการเตรียมตัวเพื่อความสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2534). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พินดา คุณาธรรม. (2538). *ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พิเชฐ เจริญเกษ. (2540). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีพระทุม. ถ่ายเอกสาร.
- ฟอง เกิดแก้ว. (2525). *อนามัยส่วนบุคคลและชุมชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช .
- มณฑนา เจริญกุล. (2534). *แรงบันดาลใจทางสังคมความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มนตรี ต้นประยูร. (2532). *ปัจจัยมีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (ประชากรและสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บัณฑิตวิทยาลัย. (2547). *คู่มือการจัดทำปฏิญานิพนธ์และสารนิพนธ์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มัลลิกา มัติโก. (2534). *คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรพร ไพเราะ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร.
- ฤดี ปุ่งบางกระดี. (2540). *การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น*. วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- รวิภา บุราณเศรษฐ. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2 เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ละออง สุวิทยาภรณ์. (2536). ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท : กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอควนขนุนจังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. (2536). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วรรณนิมล เบญจกุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณ ชัชวาลทิพากร และคณะ. (2543). การประเมินพฤติกรรมทางส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ และการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและภาคเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ฝ่ายอบรมอนามัยในบ้าน สำนักงานกลางสภาอากาศไทย.
- วนิดา คล้ายอ่วม. (2543). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและบริบทของพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วิจิตร บุญยะโหดระ. (2533). คู่มือเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- วิริยา สุขวงศ์. (2545). รายงานการวิจัยเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วีรณัฐ ไตรรัตน์ภาส. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีจิตรา บุณนาค. (2535). ปัญหาผู้สูงอายุในทศวรรษหน้า และการเตรียมรับสถานการณ์. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2530). *ตัวแปรทางสังคม จิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ*. ไทย. กรุงเทพฯ: สมาวิจัยแห่งชาติ.
- ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาค ตะวันตกของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริวรรณ สิ้นไชย. (2532). *ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา*. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (บริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). *ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ. (2539). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หจก. วี เจ พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: หจก. วี เจ พรินติ้ง.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2542). *ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สินทร์ ศาสตราวุธ. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชา จันทรเฒ. (2544). *จิตวิทยาทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาดา เรืองรัตนอัมพร. (2540). *ความวิตกกังวลและการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มารับการตรวจวินิจฉัยการทำงานของหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สุดา วิไลเลิศ. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุพร พริ้งเพริศ. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุพรรณ ว่องรักษัสต์. (2540). *ค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. วิทยานิพนธ์. สส.ม. (สาขารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรเกียรติ อาชานุกาพ. (2533 , พฤษภาคม-สิงหาคม). “นานาชาติสะท้อนต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง” *วิจัยพฤติกรรมสุขภาพ*. 2(2): 5 .
- สุจินต์ ปริษามารถ. (2535). *สุขภาพจิตเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุจินต์ ผลการกุล. (2532, 21-22 มีนาคม). “โครงการวิจัยขององค์การอนามัยโลกในเรื่องผู้สูงอายุ การประชุมกลุ่มของผู้สนใจ ณ เมืองเจนีวา” *วารสารกรมการแพทย์*. (14): 385 – 394.
- สุธิดา นิรพิพนธ์. (2543). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุพัทธา สุภาพ. (2531). *สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวิมล พนาวัฒนกุล. (2534). *อัตมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาล). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุลี ทองวิเชียร และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2534). *การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข. (2540). *การเปรียบเทียบความหวังและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุงและในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- อรพรรณ อิศราภรณ์. (2536). *พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัด พิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (พยาบาลศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อมรรัตน์ เจริญชัย. (2535, มกราคม). *โภชนาการบุคคลวัยผู้ใหญ่*. 34(1): 13-62.
- อัฉรา จักรพานิช. (2540). *แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล*. ปรินิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัฉรียา พวงแก้ว. (2540). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบใน กรุงเทพมหานคร*. ปรินิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อัศรา อารณ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและ ปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. ปรินิพนธ์. กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Anderson, C.L. (1978). *Community Health*. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 84: 191-210.
- Becker, MH.et al. (1977, December). "The Health Beliefs Model and Prediction of dietary Compliance: A field Experiment" *Journal of Health and Social Behavior*. 18: 348-366.
- Bee H.L., Mitchell s.k. (1980). *The Developing Person; A Life-Span Approach*. San Fancisco: Harper & Row, Publishers.
- Birren, J.E. and K.W. Schaire. (1981). *Handbook of Psychology of Aging*. New York: Van Nustrand Reinhold Company.
- Bloom, B.S. (1975). *Toxonomy of Education Objection Handbook Cogitive Domain*. New York: David Mackay Company Inc.
- Brook, R.H,et all. (1979). "Overview of Adulth Health Status Measures Field," *Medical care*. 17: 7.
- Cronbach, Lee Joseph. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. 3 rd ed. New York: Harper and Row.

- Cunningham, G.D. (1989). *Health Promotion Self Core Behavior in the Community Older Adult*. Health Science Oxford: Hospital Management Texas Woman's University.
- Gochman, D.S. (1988). *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*. New York: Plenum Press.
- Gulick, E.E. (1986). "The Self Assessment of Health Among the Chronically Ill," *Topic in Clinical Nursing*. 8: 74-82.
- King, I.M. (1984). *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*. New York: John Wiley & Sons.
- Kutner, N.G. and M.H. Kutner. (1979). "Race and Sex as Variables Affecting Reactions to Disability." *Archives of Physical Medical and Rehabilitation*. 60: 62-66.
- Lubben, J.M. Weiler, P.G. and Chi, I. (1989, December). "Gender and Ethnic Differences in the Health Practice of the Elderly Poor" *, Journal of Clinical Epidemiology*. 12: 725-733.
- Orem, D. and S. Taylor. (1986). "Orem's: General Theory of Nursing in P. Winstead-Fry (Ed), " *Case Studies in Nursing Theory. National League for Nursing* . p. 37-71.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing: Concept of Practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Pender, N.J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. New York: Appleton Century Crofts.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. New York: Appleton Century Crofts.
- Rosenstock, I.M. (1974). "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior" *Health Education Monographs*. 2(4) winter: 354-385.
- Shortridge, L.M. and E.J. Lee. (1980). *Introduction to Nursing Practice*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Sonja, M and others. (1981, March). "The Nottingham Health Profile: Subjective Health Status and Medical Consultation", *Social Science Medicine*. 154: 221 – 229.
- Speak, D.L., M.E. (1987, November-December). "Health Promotion Activity in the Well Elderly," *Health*. values: 25-30.

- Speak, D.L., ME Cowart and L. Pellet. (1989, 12 September). "Health Perception and Life Style of the Elderly" *Research in Nursing and Health*. p. 93-100.
- Walker, S.N. and others. (1988, October). "Health-Promoting Lifestyles of Older Adults: Comparisons with Young and Middleaged Adults, Correlates Patterns" *Advances in Nursing Science*. p. 76-90.
- Wallston , K.A., B.S. Wallston S Maides. (1976 , October). "Health Related Information Seeking as A Function of Health-Related Locus of Control and Health Value" *Journal of Research in Personality*. 20: 1193.
- Willits, F.K.and D.M. Crider. (1988, September). "Health Rating and Life Satisfaction in the Later Middle Years," *Journal of Gerontology*. 43: S172–1761.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย
และรายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร | อาจารย์พิเศษประจำภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. ผศ.วัฒนา ศรีสัตย์วาจา | อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. ผศ.ดร.นุจรี ไชยมงคล | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่องลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะชีวสังคม มีทั้งหมด 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

แบ่งเป็น 5 ด้าน มีทั้งหมด 38 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีทั้งหมด 20 ข้อ

คำชี้แจงในแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ให้ท่านอ่านคำชี้แจงในแต่ละตอนก่อนลงมือทำ ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริง และตอบทุกข้อ โดยข้อมูลที่ได้อ่านจะปกปิดไว้เป็นความลับ คำตอบของท่านมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อันจะเป็นข้อมูลเพื่อนำเสนอผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ มา ณ โอกาสนี้

นางสาววณิดา กองแก้ว

นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะชีวิตสังคม

คำชี้แจง ; โปรดทำเครื่องหมาย 3 ลงใน () ตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับตัวท่านในปัจจุบัน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ () ปี
3. ระดับการศึกษา () ต่ำกว่าประถมศึกษา-ระดับประถมศึกษา
() ระดับมัธยมศึกษา
() ระดับอุดมศึกษา
4. ฐานะทางเศรษฐกิจ () ต่ำกว่า 5,000–8,000 บาทต่อเดือน
() 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน
() มากกว่า 13,000 บาทขึ้นไป
5. สถานภาพสมรส () โสด
() คู่
() ม่าย
() หย่า
() แยก
6. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ () สามี/ภรรยา หรือ สามี/ภรรยาและบุตร
() สามี/ภรรยาและญาติ หรือ สามี/ภรรยา/บุตรและญาติ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง ; กรุณาเขียนเครื่องหมาย 3 ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

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

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
● ด้านการรับประทานอาหารและโภชนาการ 1.ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ			
2.ท่านควบคุมในการเลือกที่จะรับประทานอาหารประเภท แป้ง น้ำตาล และไขมัน			
3.ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว			
4.ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวโพด ถั่ว ผัก ผลไม้ต่างๆ			
5.ท่านรับประทานอาหารประเภทผักดอง เช่น ผักดอง ปรุงดอง ผลไม้ดอง หรือผลไม้แช่อิ่ม			
6.ท่านรับประทานอาหารรสจัดๆ เช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด			
7.ท่านรับประทานอาหารประเภทปลาแทนเนื้อสัตว์ เพราะย่อยง่าย			
8.ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น นมถั่วเหลือง/น้ำผัก/น้ำสมุนไพร			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
• <u>ด้านการออกกำลังกาย</u> 1.ก่อนออกกำลังกายท่านอบอุ่นร่างกายประมาณ 5 –10 นาที			
2.ท่านออกกำลังกายตอนเช้าหรือตอนเย็นวันละประมาณ 20 -30 นาที			
3.ท่านออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ รำไทเก๊ก เป็นต้น			
4.หลังการออกกำลังกายท่านมีการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายสู่ภาวะปกติก่อนหยุดออกกำลังกาย			
5.ท่านเลือกออกกำลังกายชนิดที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง			
6.ท่านสวมชุดที่ รัดกุม เหมาะสมในการออกกำลังกาย			
7.ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออก และหัวใจเต้นเร็ว			
• <u>ด้านการพักผ่อนนอนหลับ</u> 1.ก่อนนอนท่านสวดมนต์ ไหว้พระ หรือทำสมาธิ			
2.ท่านนอนในห้องนอนที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก			
3.ท่านนอนหลับตอนบ่ายวันละ 1-2 ชั่วโมง แทนการทำงานกิจกรรมอื่นๆ			
4.ท่านนอนบนที่นอนที่สะอาด และสุขสบาย			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
● <u>ด้านการพักผ่อนนอนหลับ (ต่อ)</u> 5.ท่านนอนหลับตอนกลางคืนวันละประมาณ 6-8 ชั่วโมง			
6.ก่อนเข้านอนท่านทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ หรือเช็ดตัว			
7.ท่านดื่ม ^{น้ำ} สะอาด นม หรือโอวัลตินก่อนนอน			
8.ท่านออกกำลังกายให้เหนื่อยเพื่อจะได้นอนหลับสบาย			
● <u>ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ</u> 1.ท่านตรวจอุปกรณ์ของใช้ภายในบ้านให้มีสภาพดีตามอายุการใช้งาน			
2.ท่านไม่สวมรองเท้าขณะเดินเล่นบนพื้นดิน หรือสนามหญ้า			
3.ท่านเปิดไฟ หรือหน้าต่างในห้องน้ำหรือห้องส้วมเมื่อรู้สึกว้าวุ่นแสงสว่างไม่เพียงพอหรืออากาศถ่ายเทไม่ดี			
4.ท่านขึ้นบันไดโดยการเกาะราวบันไดด้วยความระมัดระวัง			
5.ในห้องน้ำของท่านจะมีราวสำหรับยึดเกาะ หรือมีที่กั้นลื่น			
6.ท่านเก็บของมีคมไว้ในที่ที่ปลอดภัยและมีดขีด			
7.ท่านอ่านเอกสารกำกับยาหรือให้ผู้อื่นช่วยอ่านเอกสารกำกับยาก่อนหยิบยารับประทาน			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
● <u>ด้านการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ</u> 1. ท่านซื้อขายแก้ปวดรับประทานเอง เช่น ทัมใจ ปวดหาย ประสาทนอแรด			
2. ท่านเลือกทั้งยาที่มีสีเปลี่ยนไปจากเดิม หรือเสื่อมคุณภาพ			
3. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ ไวน์ เหล้า เป็นต้น			
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทั่งแดง ลิโพ เอ็มร้อย เป็นต้น			
5. ท่านระมัดระวังเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์ สารเคมีในบ้าน เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยา ทำความสะอาดห้องน้ำ			
6. ท่านเก็บยาสำหรับรับประทาน และยา ที่ใช้ภายนอกไว้รวมกัน			
7. ท่านสูบบุหรี่			
8. ท่านดื่มชา หรือกาแฟ			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง ; ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่บรรยายการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่าน ให้ท่านใส่เครื่องหมาย 3 ในช่องที่คิดว่าตรงกับท่านมากที่สุด โดยคำตอบที่ท่านเลือกไม่มีถูกและไม่มีผิด โดยผู้วิจัยกำหนดคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อไปนี้

- 5 หมายถึง จริงทั้งหมด คือ ผู้ตอบเห็นว่าตรงกับความรู้สึกของตนเองทุกประการ
- 4 หมายถึง จริงส่วนมาก คือ ผู้ตอบเห็นว่าตรงกับความรู้สึกของตนเองเป็นส่วนมาก
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ คือ ผู้ตอบเห็นว่าตนเองไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
- 2 หมายถึง ไม่จริงเป็นส่วนมาก คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของตนเองเพียงเล็กน้อย
- 1 หมายถึง ไม่จริงทั้งหมด คือ ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของตนเองเลย

ข้อ	ข้อความ	จริง ทั้งหมด	จริง ส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง ส่วนมาก	ไม่จริง เลย
1.	ตามความเห็นของแพทย์ในปัจจุบันท่านมีสุขภาพปกติดี					
2.	ท่านรู้สึกว่าคุณจะป่วยได้ง่ายกว่าคนอื่น					
3.	ท่านรู้สึกว่าสุขภาพท่านดีกว่าที่ผ่านมา					
4.	ในอนาคตท่านคิดว่าท่านจะเจ็บป่วยบ่อยขึ้น					
5.	ท่านไม่เคยกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง					
6.	ท่านไม่เคยเจ็บป่วยอย่างรุนแรง					
7.	ท่านอาจต้องมีความเจ็บป่วยบ้างถ้าท่านดูแลสุขภาพไม่ดี					

ข้อ	ข้อความ	จริง ทั้งหมด	จริง ส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง ส่วนมาก	ไม่จริง เลย
8.	ในอนาคตท่านคาดว่าจะมี สุขภาพดีกว่าคนอื่นที่ท่านรู้จัก					
9.	ก่อนหน้านี้ท่านรู้สึกว่าคุณภาพ ของท่านแย่มาก เจ็บป่วยบ่อย					
10.	ปัจจุบันท่านมีสุขภาพที่ไม่ดี แต่ ที่ผ่านมาท่านเคยมีแต่สุขภาพดี					
11.	ท่านกังวลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ของตัวท่านมากกว่าที่คนอื่น ๆ กังวล					
12.	ดูเหมือนว่าร่างกายของท่านมี ความต้านทานโรคดี					
13.	การเจ็บป่วยคือส่วนหนึ่งของ ชีวิตท่านที่ต้องเจอ					
14.	เมื่อคนรอบข้างเจ็บป่วยท่านมัก เจ็บป่วยด้วย					
15.	ท่านคิดว่าในอนาคตท่านจะมี สุขภาพที่แย่กว่าในปัจจุบัน					
16.	ท่านไม่เคยป่วยครั้งละนาน ๆ					
17.	คนอื่นกังวลเรื่องสุขภาพของเขา มากกว่าที่ท่านกังวลเรื่องสุขภาพ ของท่าน					
18.	ปัจจุบันสุขภาพของท่านดีมาก					
19.	ท่านหวังว่าท่านจะมีสุขภาพ สมบูรณ์แข็งแรงในชีวิต					
20.	ท่านยอมรับว่าบางเวลาท่านต้อง เจ็บป่วยบ้าง					

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาววณิดา กองแก้ว
วันเดือนปีเกิด	16 กุมภาพันธ์ 2515
สถานที่เกิด	จังหวัดกระบี่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	110/6 ถ.บางแสน-อ่างศิลา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลพระรามเก้า กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2530	มัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนธิดาแม่พระ จ.สุราษฎร์ธานี
พ.ศ. 2533	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี
พ.ศ. 2536	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา
พ.ศ. 2549	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ