

613.0458

๗๑๕๓

๕.3

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี

1 พ.ย. 2537

ปริญญาพนธ์

ของ

โสภณพรณ วิมลรัตน์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสาขาศึกษา

เมษายน 2537

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

191087

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน
(ผศ.ทวีสิทธิ์ สิทธิกร)
.....กรรมการ
(ดร.กาญจนา รุ่งตรานนท์)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน
(ผศ.ทวีสิทธิ์ สิทธิกร)
.....กรรมการ
(ดร.กาญจนา รุ่งตรานนท์)
.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผศ.ภาพร มัยมางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร.ศิริยา พูลสุวรรณ)
วันที่เดือนพ.ศ. 2537

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลง ได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ที่ช่วยศาสตราจารย์
ทวีสิทธิ์ ลิทธิกร อาจารย์ ดร.กาญจนา รุ่งศรานนท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายพร
มัยมางกูร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น ตลอดจนให้ความช่วยเหลือและแก้ไข
ข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการศึกษาค้นคว้าด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง
ในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ อาจารย์พิมพ์ศรี
โตคติเทพย์ นายแพทย์นิรันดร์ จันทรตระกูล อาจารย์กมลันจันทร์ เทียวเจริญ
และอาจารย์อัมพร ศิวลิย์ ที่ได้ให้ความกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษา
ค้นคว้า

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ที่ได้ช่วยเหลือและให้การสนับสนุนรวมทั้ง
ครอบครัวที่คอยให้กำลังใจ เสมอมาจนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ไศกาพรรณ วิลรัตน์

1	บทนำ	1
	คำนำ	1
	ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	8
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	8
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	8
	นิยามศัพท์เฉพาะ	9
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	12
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	12
	การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	52
	การวิจัยในต่างประเทศ	52
	การวิจัยในประเทศ	54
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	61
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	63
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	63
	ประชากร	63
	กลุ่มตัวอย่าง	63
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	66
	ลักษณะของเครื่องมือ	66
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	67
	เกณฑ์การให้คะแนน	68
	การหาคุณภาพของเครื่องมือ	68

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	69
วิธีจัดการกับข้อมูล	69
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	70
 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	 76
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	76
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	76
การวิเคราะห์ข้อมูล	76
ผลการศึกษาค้นคว้า	77
 5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	 257
บทย่อ	257
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	257
วิธีดำเนินการวิจัย	257
กลุ่มตัวอย่าง	257
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	257
การวิเคราะห์ข้อมูล	258
สรุปผลการค้นคว้า	259
อภิปรายผล	259
ข้อเสนอแนะ	269
ข้อเสนอแนะ ในการทาวิจัยครั้งต่อไป	270
 บรรณานุกรม	 271
 ภาคผนวก	 281
 ประวัติย่อของผู้วิจัย	 294

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2528 - 2568 จำแนกตามช่วงอายุ	2
2	จำนวนประชากรจังหวัดสมุทรสาครปีพ.ศ. 2535 จำแนกตามอายุ	6
3	การคาดประมาณจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร จำแนกตามกลุ่มอายุ	7
4	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอและชมรมผู้สูงอายุ	64
5	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้ และรายได้เฉลี่ย	77
6	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร	81
7	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนก ตามเพศ	83
8	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนก ตามอายุ	85
9	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตาม ศาสนา	88
10	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตาม ระดับการศึกษา	90
11	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตาม สถานภาพสมรส	93
12	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตาม สภาพการอยู่อาศัย	96

13	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามอาชีพ	99
14	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามแหล่งรายได้	102
15	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามรายได้เฉลี่ย	105
16	ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ	108
17	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน	110
18	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่	111
19	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน	112
20	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่	113
21	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน	114
22	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน	115
23	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่	116
24	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน	117
25	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน	118

26	ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน เป็นรายคู่	119
27	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน	120
28	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่	121
29	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน	122
30	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน	123
31	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่	124
32	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน	125
33	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่	126
34	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน	127
35	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่	128
36	ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามศาสนา	129
37	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	131
38	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่	132

39	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูง อายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	133
40	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับ การศึกษาต่างกันเป็นรายคู่	134
41	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	135
42	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับ การศึกษาต่างกันเป็นรายคู่	136
43	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	137
44	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่	138
45	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	139
46	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่	140
47	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	141
48	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่	142
49	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	143
50	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่	144
51	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	145

52	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน เป็นรายคู่	146
53	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม ของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	147
54	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน เป็นรายคู่	148
55	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม ของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	149
56	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน เป็นรายคู่	150
57	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน	151
58	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน เป็นรายคู่	152
59	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	153
60	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน เป็นรายคู่	154
61	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	155
62	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	156
63	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรสต่างกัน เป็นรายคู่	157
64	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	158

65	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่	159
66	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	160
67	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	161
68	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่	162
69	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	163
70	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่	164
71	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	165
72	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่	166
73	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	167
74	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่	168
75	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	169
76	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่	170
77	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	171

78	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่	172
79	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน	173
80	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่	174
81	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน	175
82	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่	176
83	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการรักษายาของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน	177
84	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการรักษายาของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่	178
85	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน	179
86	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่	180
87	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน	181
88	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่	182
89	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน	183
90	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่	184

91	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน	185
92	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่	186
93	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน	187
94	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่	188
95	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน	189
96	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่	190
97	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน	191
98	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่	192
99	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน	193
100	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่	194
101	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน	195
102	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่	196
103	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีอาชีพต่างกัน	197

104	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่	198
105	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการรับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน	199
106	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการรับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่	200
107	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน	201
108	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่	202
109	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน	203
110	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่	204
111	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน	205
112	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่	206
113	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน	207
114	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่	208
115	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน	209
116	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่	210

117	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม ของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน	211
118	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่	212
119	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน	213
120	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่	214
121	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน	215
122	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่	216
123	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน	217
124	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	218
125	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการเองภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน	219
126	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพเองผู้สูงอายุที่มี แหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	220
127	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน	221
128	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการพักผ่อนของภาวะสุขภาพเองผู้สูงอายุที่มี แหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	222
129	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน	223

130	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี แหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	224
131	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน	225
132	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	226
133	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน	227
134	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	228
135	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน	229
136	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	230
137	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว ของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน	231
138	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	232
139	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/ สังคมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน	233
140	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	234
141	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม ของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน	235
142	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	236

143	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน	237
144	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่	238
145	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน	239
146	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่	240
147	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน	241
148	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี รายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่	242
149	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน	243
150	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน	244
151	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี รายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่	245
152	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน	246
153	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่	247
154	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม ของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน	248
155	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่	249

156	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน	250
157	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่	251
158	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน	252
159	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน	253
160	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน	254
161	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน	255
162	ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่	256
163	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสัมภาษณ์	293

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ประชากรเป็นทรัพยากรสำคัญประการหนึ่งในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ สุขภาพของประชากรถือเป็นหลักใหญ่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อเป้าหมายหลักอีก 7 ปีข้างหน้า คือ "สุขภาพดีถ้วนหน้า ใน ปี พ.ศ. 2543" สุขภาพมีความสำคัญต่อมนุษย์ทุกรูปทุกนาม สุขภาพเป็นภาวะหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดจากความสมดุลย์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลทุกคนย่อมมุ่งหวังให้ตนเองมีความสุขทั้งทางกายและใจ มีโครงสร้างร่างกายที่สมบูรณ์ ทัศนคติของคนที่ได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมได้ตามศักยภาพของตน (เกษม ตันติผลชีวา และ กุลยา ตันติผลชีวา, 2528 : 21) ดังนั้นถ้าบุคคลใดมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น อาจกระทบกระเทือนเกี่ยวข้อง ไปยังบุคคลอื่นหรือชุมชนได้ และหากปัญหานั้นสำคัญอาจกลายเป็นปัญหาของชุมชน อันส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ จึงถือว่าปัญหาสุขภาพของประชาชนในชาติ เป็นปัญหาที่สำคัญยิ่ง (สุชาติ โสภประยูร, 2528 : 9)

ในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการวิวัฒนาการด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งความเจริญทางด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ และมนุษย์มีการกินดีขึ้นกว่าเดิม จึงทำให้อัตราการตายของประชากรลดลง ส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืนยาว (สุพัตรา สุภาพ, ม.ป.ป. ; อ้างอิงมาจาก บังอรรัตน์ ศุภตระกูล, 2532 : 1) ประกอบกับการส่งเสริมงานด้านการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราการเกิดลดลง ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร กล่าวคือ การที่ภาวะเจริญพันธุ์ในเกือบทุกสังคมลดลงอย่างต่อเนื่อง และการยอมรับแนวคิดที่ครอบครัวควรมีบุตรเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น จะทำให้สังคมในอนาคตมีจำนวนผู้ทำงานที่ เป็นผู้และผู้สูงอายุลดลงน้อยลง ไป ขณะเดียวกันประชากรผู้สูงอายุก็ทวีจำนวนขึ้นทุกขณะ (ภัสสร ลิมานนท์, 2535 : 17 - 18) ซึ่งในปัจจุบันกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย กำลังเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับกล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2533 มีจำนวนผู้สูงอายุ 3.4 ล้านคน คาดว่า จะเพิ่มขึ้นเป็น 12 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (บรรลุ ศิริพานิช, 2533 : 432) ดังนั้น ผลการคาดประมาณประชากรผู้สูงอายุไทยที่เพิ่มขึ้นตามตาราง 1

ตาราง 1 การคาดประมาณ จำนวนผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2528 - 2568 จำแนกตามช่วงอายุ
หน่วย : (พันคน)

พ.ศ.	2528	2533	2538	2543	2548	2553	2558	2563	2568
ช่วงอายุ									
60 - 64	1,028.5	1,285.3	1,508.3	1,765.0	1,894.6	2,303.2	2,999.6	3,670.1	4,263.1
65 - 69	758.0	892.9	1,122.7	1,324.9	1,559.1	1,682.0	2,056.0	2,688.8	3,301.0
70 - 74	542.6	607.3	720.4	912.1	1,084.8	1,286.0	1,396.1	1,715.9	2,255.0
75 ปีขึ้นไป	556.0	636.2	726.2	856.7	1,067.1	1,307.1	1,586.4	1,819.0	2,186.4
60 ปีขึ้นไป	2,885.1	3,421.7	4,077.6	4,858.7	5,605.2	6,578.7	8,038.1	9,893.7	12,005.5

แหล่งที่มา : คณะทำงานคาดประมาณจำนวนประชากรไทย พ.ศ. 2528 - 2568

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ เมษายน 2529.

แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบันและที่คาดการณ์ไว้ในอนาคตของประเทศไทย แม้ว่าขณะนี้ยังไม่เป็นปัญหาผู้สูงอายุที่รับค่าดูแลเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น ๆ ก็ตาม แต่การที่นโยบายพัฒนาประเทศที่มุ่งพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม ย่อมก่อให้เกิดความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้นในภาคอุตสาหกรรม มีการย้ายถิ่นจากเขตชนบทเข้าสู่เมืองของคนวัยหนุ่มสาวมากขึ้น มีผลทำให้มีการขยายตัวของเมือง (Urbanization) และการเติบโตของระบบอุตสาหกรรม ส่งผลทำให้โครงสร้างทางสังคม วิธีการดำเนินชีวิตตลอดจนประเพณี ค่านิยมต่าง ๆ เปลี่ยนไป สภาพครอบครัวไทยซึ่งแต่เดิมมีลักษณะเด่นเป็นครอบครัวขยาย (Extended Family) มีคนหลายรุ่นอยู่ร่วมกันกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ซึ่งมีเพียงพ่อ แม่ ลูก อาศัยอยู่ร่วมกันเท่านั้นเข้ามาแทนที่ (นันทนีย์ ไชยสุต. ม.ป.ป. ; อ้างอิงมาจาก รัตนา กฤษฎาธาร. 2535 : 2) รวมทั้งบทบาทของครอบครัวที่เคยเป็นผู้ให้บริการทางสังคมและดูแลผู้สูงอายุเริ่มลดลงไป ด้วยภาวะทาง

สังคมที่เพิ่มขึ้นของสมาชิกแต่ละคน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มักถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพัง ได้รับความยากลำบาก ประกอบกับวัยสูงอายุนี้เป็นวัยที่ต้องประสบปัญหาต่าง ๆ มากมาย ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการเสื่อมถอยทั้งสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้สมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง เป็นผลให้กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำลดน้อยลงไปด้วย ข้อเท็จจริงประการหนึ่งที่ไม่อาจปฏิเสธได้ คือ มนุษย์นั้นยิ่งอายุมากขึ้นเท่าใดโอกาสที่จะเจ็บป่วยก็มีมากขึ้นเป็นเงาตามตัว เกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายและหากเจ็บป่วยแล้วจะมีความรุนแรงหรือหายช้า สำหรับทางด้านจิตใจวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับการสูญเสียต่าง ๆ เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก ทั้งคู่สมรส ญาติพี่น้อง และเพื่อนด้วยการตายจาก การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน เป็นเหตุให้ขาดรายได้หรือมีรายได้ลดน้อยลง รวมทั้งโอกาสในการกระทำกิจกรรมในสังคมลดลงด้วย (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528 : 80) จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อกระเทือนอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก หากไม่สามารถปรับตัวได้หรือยอมรับต่อสภาพดังกล่าวได้ ก็ไม่สามารถรักษาสุขภาพของจิตใจและสิ่งแวดล้อมไว้ได้ ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจได้ง่าย เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ระวัง สับสน นอนไม่หลับ (ศรีธรรมธะภูมิ, ม.ป.ป. ; อ้างอิงมาจาก ประภาพร จันทสุยา, 2536 : 2) ดังนั้นปัญหาหลักสำคัญของผู้สูงอายุ ก็คือ ปัญหาสุขภาพนั่นเอง (นภาพร ภิโยธารณ และมาลี วงษ์สิทธิ์, 2532 : 2) ที่ทำให้ชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุถูกบั่นทอนความสุขลงไปอย่างมาก และย่อมเป็นข้อบ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี

รัฐบาลได้ตระหนักถึงสภาพการณ์และแนวโน้มของปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว จึงได้จัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2535 - 2554) กำหนดไว้ในนโยบายของรัฐบาลด้านสาธารณสุขที่แถลงต่อสภานิติบัญญัติ เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2535 ในข้อ 8.3.5 ว่า "ให้มีการส่งเสริมทั้งด้านการรักษาพยาบาลแก่ครอบครัวผู้สูงอายุ ได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิด - 12 ปี โดยให้ได้รับบัตรส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง" ดังนั้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) จึงให้ความสำคัญกำหนดเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ พัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

"การส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ ให้ผู้สูงอายุรู้จักการปรับตัว การดูแลสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค โภชนาการ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง การพักผ่อนหย่อนใจรวมทั้งจัดบริการพิเศษด้านนันทนาการ และส่งเสริมลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวแบบสังคมไทย

ตั้งเดิม ตลอดจนให้มีความนิยมในการเคารพ กตัญญูแก่ผู้สูงอายุ ฯลฯ" ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสนับสนุนให้โรงพยาบาลทั่วประเทศ เปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบบให้เปล่า โดยให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในด้านการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามที่จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ส่วนกรมการแพทย์ ในฐานะเป็นหน่วยงานสนับสนุนทางด้านวิชาการและรับผิดชอบโครงการผู้สูงอายุมีหน้าที่ประสานงาน การจัดการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพอนามัยดีและอายุยืน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2536 : 12 - 30)

เพื่อเป็นการสนองนโยบายของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการสาธารณสุข เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยเร่งดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย 12 จังหวัดภายใน ปีงบประมาณ 2536 - 2537 โดยใช้ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นเกณฑ์วัดเพื่อประเมินผลของโครงการ โดยโครงการดังกล่าวกำหนดว่า จังหวัดที่ประชาชนมีสุขภาพดีควรจะบรรลุเป้าหมาย ความจำเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขอย่างน้อย 24 ใน 37 ตัวชี้วัด ซึ่งจังหวัดสมุทรสาคร ได้ถูกคัดเลือกให้เป็นตัวแทนของจังหวัดในเขต 4 ที่เข้าร่วมโครงการนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. 2536 : 8 - 10)

จังหวัดสมุทรสาคร เป็นจังหวัดที่อยู่ในเขตปริมณฑลล้อมรอบกรุงเทพมหานคร โดยมีพื้นที่ประมาณ 525,000 ไร่ แบ่งเป็น 3 อำเภอ (อำเภอเมือง, อำเภอกระทุ่มแบน อำเภอบ้านแพ้ว) 4 ตำบล 295 หมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพการประมง อุตสาหกรรม และเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ย 69,036 บาทต่อคนต่อปีวิถีการดำเนินชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีลักษณะเป็นเมืองกึ่งเกษตรอุตสาหกรรม ย่อมทำให้เกิดความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้นโดยประชากรแรงงานที่มีอายุ 15 - 59 ปี มีจำนวน 247,781 คน หรือร้อยละ 66.5 ของประชากรทั้งจังหวัด ต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานทั้งในภาคเกษตรกรรม และภาคอุตสาหกรรม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. 2536 : 2 - 6) ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคตอาจจะมีลักษณะเช่นเดียวกับปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านมาแล้ว โดยเฉพาะกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 23,475 คน หรือร้อยละ 6.3 ของประชากรทั้งจังหวัด (สำนักงานทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2535) และคาดว่า เมื่อถึงปี 2543 จะมีผู้สูงอายุประมาณ

28,000 คน (คณะกรรมการคาดประมาณประชากรไทย. 2529 : 97) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากการสำรวจของสำนักงานทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2535 มีประชากรในจังหวัดสมุทรสาคร ดังปรากฏตามตาราง 2 และตาราง 3 ตามลำดับ

ตาราง 2 จำนวนประชากรจังหวัดสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2535 จำแนกตามอายุ

ช่วงอายุ ปี	ประชากร				รวม คน	ร้อยละ
	ชาย		หญิง			
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ		
0 - 4	16,463	4.42	17,065	4.58	33,534	9.0
5 - 9	16,469	4.42	15,948	4.28	32,417	8.7
10 - 14	17,959	4.82	17,439	4.68	35,398	9.5
15 - 19	17,586	4.72	17,439	4.68	35,025	9.4
20 - 24	19,076	5.12	18,928	5.08	38,005	10.2
25 - 29	18,331	4.92	18,929	5.08	37,260	10.0
30 - 34	16,841	4.52	17,439	4.68	34,280	9.2
35 - 39	13,860	3.72	14,458	3.88	28,318	7.6
40 - 44	11,624	3.12	11,477	3.08	23,101	6.2
45 - 49	9,389	2.52	9,614	2.58	19,003	5.1
50 - 54	8,644	2.32	8,868	2.38	17,512	4.7
55 - 59	7,526	2.02	7,751	2.08	15,277	4.1
60 - 64	5,290	1.42	5,516	1.48	10,806	2.9
65 - 69	1,974	0.53	1,752	0.47	3,726	1.0
70 - 74	2,720	0.73	2,497	0.67	5,217	1.4
มากกว่า 75	1,974	0.53	1,752	0.47	3,726	1.0
รวม	185,732	49.85	186,873	50.15	372,605	100.0

แหล่งที่มา : สำนักงานกลางทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31

ธันวาคม 2535.

ตาราง 3 การคาดประมาณจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร จำแนกตามกลุ่มอายุ

พ.ศ.	2534	2536	2538	2540	2543
ช่วงอายุ (ปี)	คน	คน	คน	คน	คน
60 - 64	7,000	8,000	8,000	9,000	11,000
65 - 69	5,000	6,000	6,000	7,000	7,000
70 - 74	4,000	4,000	4,000	5,000	5,000
75 ปีขึ้นไป	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
รวม 60 ปีขึ้นไป	21,000	23,000	23,000	26,000	28,000

แหล่งที่มา : คณะทำงานคาดประมาณจำนวนประชากรไทย พ.ศ. 2528 - 2568 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ เมษายน 2529.

ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญและปัญหาของผู้สูงอายุ เนื่องจากภาวะปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสภาพความเป็นอยู่ต่าง ๆ อันส่งผลต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อยู่แล้ว อาทิเช่น การบริการการตรวจสุขภาพ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ จึงควรเพิ่มการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ ที่จะกระทำได้ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรสาคร อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าของจังหวัด เพื่อจะได้นำข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ไปปรับปรุงและหาแนวทางพัฒนาที่ถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและจัดการบริการทางด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาครตามตัวแปร เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้และรายได้เฉลี่ย

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ผลของการวิจัยจะช่วยให้ทราบถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรสาคร อันจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับสภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ
2. ช่วยให้ประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงความสำคัญในสุขภาพของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น
3. เป็นเอกสารประกอบในการให้ข้อเสนอแนะ แก่หน่วยงานขององค์การของรัฐ และเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

การศึกษาวิจัยนี้ใช้ประชากรที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนทั้งสิ้น 3,215 คน แยกเป็นเพศชาย 1,948 คน และเพศหญิง 1,267 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชาย และหญิง ในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาคร พ.ศ. 2536 ซึ่งมีจำนวน 356 คน แยกเป็นเพศชาย 216 คน และเพศหญิง 140 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

ตัวแปรการศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ สภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร
จำแนกตามลักษณะดังนี้ คือ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส
สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้และรายได้เฉลี่ย

ตัวแปรตาม คือ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย
ด้านจิตใจและสังคม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ซึ่งเป็นสมาชิก
ในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาคร ปี พ.ศ. 2536
2. ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพของสุขภาพตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะ
สุขภาพของตนเองในที่นี้ภาวะสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ
 - 2.1 ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 5 หมวด ได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัย
โภชนาการ การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอน
 - 2.2 ด้านจิตใจ ได้แก่ การรักษาสุขภาพจิต
 - 2.3 ด้านสังคม ได้แก่ บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน/สังคม
3. ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มารวมตัวกัน โดยมีจุดมุ่งหมายตรงกัน
ที่จะพัฒนาผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะชมรมผู้สูงอายุ
ในจังหวัดสมุทรสาคร
4. อายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกได้ดังนี้ (สำนักงานกลาง
ทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. 2535)
 - 4.1 อายุ 60 - 64 ปี
 - 4.2 อายุ 65 - 69 ปี
 - 4.3 อายุ 70 - 74 ปี
 - 4.4 อายุ 75 ปีขึ้นไป

5. ศาสนา หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุในการยึดถือเพื่อดำเนินชีวิตซึ่งแบ่งเป็น

5.1 ศาสนาพุทธ

5.2 ศาสนาอื่น ๆ เช่น คริสต์ อิสลาม ฯลฯ

6. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการสำเร็จการศึกษของผู้สูงอายุ แบ่งได้

ดังนี้

6.1 ไม่ได้เรียน

6.2 ระดับประถมศึกษา หรือเทียบเท่า

6.3 ระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า

6.4 ระดับปริญญาตรี

6.5 สูงกว่าปริญญาตรี

7. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพการสมรสของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและ

เพศหญิง ซึ่งจำแนกได้ดังนี้

7.1 โสด

7.2 สมรส

7.3 หย่า/หย่า/แยก

8. สภาพการอยู่อาศัย หมายถึง การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น

8.1 อยู่คนเดียว

8.2 อยู่กับสามี/ภรรยา

8.3 อยู่กับญาติ

8.4 อยู่กับบุคคลอื่น ๆ (ไปตระเวน...)

9. อาชีพ หมายถึง การทำงานเพื่อให้มีรายได้ประจำสำหรับเลี้ยงตนเองของผู้สูงอายุ

ซึ่งแบ่งเป็น

9.1 ไม่มีอาชีพ

9.2 รับจ้าง

9.3 ค้าขาย

9.4 เกษตรกร

9.5 ข้าราชการบำนาญ

10. แหล่งรายได้ หมายถึง หน่วยงาน หรือบุคคลที่ให้เงินแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น

10.1 จากอาชีพอิสระ

10.2 จากรัฐบาล (บำนาญ)

10.3 จากญาติ

10.4 อื่น ๆ (ไปรตระบุ...)

11. รายได้เฉลี่ย หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับจากการประกอบอาชีพ จากญาติ จากเงินบำนาญ อื่น ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2535 : 48)

11.1 ไม่มีรายได้

11.2 ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน

11.3 2,500 - 7,000 บาทต่อเดือน

11.4 ตั้งแต่ 7,000 บาทต่อเดือน

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุใน จังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัย ได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเสนอเนื้อหาเป็นลำดับดังนี้ ความหมายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงและความต้องการของผู้สูงอายุ สุขภาพของผู้สูงอายุ และตัวแปรที่มีผลต่อ ภาวะสุขภาพ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าความหมายของผู้สูงอายุและหลักการวัดความสูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ คำว่าคนแก่ คนชรา ผู้ชรา ชราภาพ หรือคำอื่น ๆ ซึ่งเป็น คำล้อเลียนที่มีความหมายเช่นเดียวกันนี้ พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถานให้ความหมายของ คำว่าชรา ว่า "ความแก่ ความชราครุฑุทไทรุม" (จันทน์ ทองประเสริฐ. 2518 : 168) ดังนั้น ในวันที่ 1 ธันวาคม 2512 ซึ่งมีการประชุมคณะผู้อาวุโสครั้งแรก พล.ต.ต.หลวงอรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร จึง ได้เสนอคำว่า "ผู้สูงอายุ" ขึ้น อันเป็นที่ยอมรับกันทุกฝ่ายและใช้แพร่หลายตั้งแต่นั้น เป็นต้นมา (ประสพ รัตนกร. 2524 : 2)

การจะพิจารณาว่าบุคคลผู้ใดจะเข้าข่ายผู้สูงอายุหรือคนชรานั้น ยังมีเกณฑ์ในการพิจารณา ที่แตกต่างกันบ้างเล็กน้อย แต่โดยทั่วไปแล้วการกล่าวถึงผู้สูงอายุเพื่อคนชรา จะเป็นที่ใช้เข้าใจกันว่า หมายถึงผู้ที่มีอายุมาก ผมหาว หน้าตาเหี่ยวแห้ง มีริ้วรอยและเชื่องช้า อย่างไรก็ตามนักวิชาการ ได้พยายามที่จะกำหนดความหมายของผู้สูงอายุไว้แตกต่างกันดังนี้

ไบเรน และเรนเนอร์ (Birren and Renner. 1977 : 4 - 5) ให้ความ จากัดความของผู้สูงอายุไว้ว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิตที่มี วัฏฏะแล้วภายใต้สภาวะสิ่งแวดล้อม และจะเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุ ซึ่งชนิดของอายุ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ

1. ความสูงอายุทางร่างกาย (Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทาง ด้านร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลง เป็นผล จากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุซึ่งเป็นไปตามอายุขัย (Life Span) ของแต่ละบุคคล

2. ความสูงอายทางจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากยิ่งขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การเรียนรู้ การแก้ปัญหา เจตคติ ตลอดจนบุคลิกภาพ

3. ความสูงอายทางสังคม (Socialological Aging) หมายถึง บทบาทสถานะ ในครอบครัว การงาน และความคาดหวังทางสังคมต่อบุคคลซึ่งเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกทางคุณค่า และความต้องการทางสังคม

บาร์โรว์ และสมิธ (Barrow and Simth. 1979 : 17) ได้เสนอข้อคิดว่า เป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชรภาพ หรือสูงอาย เพราะเป็นการไม่ยุติธรรมที่จะไปตีตราว่า ผู้หนึ่งชราภาพ การจะพิจารณาั้นควรพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอาย โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ ออกจากงาน ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยกำหนดอายุ 60 ปี เป็นวันเกษียณอายุ ส่วนประเทศอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตาม เกณฑ์สรีรวิทยาทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอาย อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลง ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลบางคนอายุ 50 ปี พันอาจจะหลุดทั้งปาก แต่บางคนอายุถึง 80 ปี พันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดโดย ยึดตามเกณฑ์ของความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้าน จิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด chez ผู้สูงอาย คือ ความจำเริ่มเสื่อมขาดแรงจูงใจแต่ไม่ได้หมายความว่า บุคคลผู้สูงอายทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดตามแนว ความคิดที่ผู้สูงอายมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายมักจะเกิดความคิดว่า "ตนเองแก่อายุมาก แล้ว" และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึด ตามความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยได้แนวความคิดมาจากการเสื่อมถอยของสภาพทาง ร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอาย จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์ และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพทางร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุมักจะเผชิญกับสภาพโรคภัยไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลงนอกจากนี้ยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก

เมอร์รี และเซนต์เนอร์ (Murray and Zentner, 1980 : 97) กล่าวว่า วัยสูงอายุเป็นสภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้น อยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ซึ่งอาจจะมี ความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย

สำหรับในประเทศไทย ชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยกำหนดลักษณะของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2525 : 2) คือ ใช้เวลาตามปฏิทินเป็นเกณฑ์ในการกำหนดผู้สูงอายุ เพราะเป็นเกณฑ์ที่กำหนดได้โดยสะดวก

นวลศิริ เปาโรหิตย์ และคนอื่น ๆ (2520 : 310) ให้ความหมายทางจิตวิทยาพัฒนาการไว้ว่า "ถือว่าบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปให้อยู่ในขอบข่ายของบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ การกำหนดอายุบุคคลวัยชรา นั้น ถึงแม้จะ ไม่มีเกณฑ์ตายตัว แต่โดยทั่ว ๆ ไป นั้น มักนิยมแบ่งระดับอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งแต่เดิมมีผู้ใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี เป็นวัยชรา แต่ในปัจจุบันอาจเป็นเพราะสภาพการดำเนินชีวิต และความเจริญทางด้านทางการแพทย์ ทำให้บุคคลโดยเฉลี่ยมีอายุยืนขึ้นกว่าเดิม จึงได้ใช้อายุ 65 ปีแทน"

เสนีย์ เสาวพงศ์ (2525 : 4) ให้ความหมายของคนชราไว้ว่า "คำว่า คนชราหรือคนแก่จะฟังไม่ค่อยจะเพราะ สำหรับบุคคลที่ถูกจัดเข้าเป็นพลเมืองประเภทนี้ ดังนี้ จึงมีคำว่า "ผู้สูงอายุ" ขึ้นมาแทนโดยกำหนดเอาอายุตามปฏิทินเป็นเส้น พรหมแดนตราไว้ให้บุคคลที่ทำงานมาจนอายุครบ 60 ปีต้องถ่ายเทตนเองออกจากตำแหน่งหน้าที่"

อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2525 : 3 ; อ้างอิงมาจาก อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร, ม.ป.ป.) ได้บัญญัติคำว่า "ผู้สูงอายุ" ว่าต้องมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงข้อจำกัด
3. เป็นผู้สมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่ใครควรได้รับความช่วยเหลือ

สังคมชาโลกผู้สูงอายุได้มีมติที่นครเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 ว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง เป็นประชากรที่เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติเพราะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ให้แก่ลูกหลาน และเยาวชนรุ่นหลังอีกทั้งยังเป็นผู้นำพาประโยชน์ให้แก่สังคม หากมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นแรงขวัญของครอบครัว และเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้แก่รุ่นหลังได้เป็นอย่างดี

จากความคิดเห็นของนักวิชาการ ที่นำเสนอมาแล้วนี้จะเห็นว่า การกำหนดความหมายของผู้สูงอายุนั้น มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย จิตใจ และสภาพทางสังคมของแต่ละบุคคลและแต่ละประเทศ แต่มีลักษณะใกล้เคียงและคล้ายคลึงกัน คือ การกำหนดอายุที่พ้นจากวัยทำงาน เป็นเกณฑ์ในการตัดสิน ซึ่งในภาครัฐบาลของประเทศไทยก็ใช้เกณฑ์นี้เช่นเดียวกัน โดยกำหนดผู้อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี ดังกล่าว

หลักการวัดความสูงอายุ บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2535 : 110) กล่าวว่าความสูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้น ความสูงอายุ หรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นตามอายุ เช่น เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ความสามารถทางร่างกายจะลดลง ความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมต่าง ๆ จะลดลง

ดังนั้น ความสูงอายุ จึงมี 2 ลักษณะกล่าวคือ

1. ความมีอายุแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความสูงอายุที่จะต้องเกิดขึ้นกับทุก ๆ คนเป็นไปตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือ เมื่ออวัยวะต่างๆ เซลล์ต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ ถูกใช้งานมานานก็ย่อมจะเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุไขของการใช้งาน ซึ่งการเสื่อมโทรมลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายนี้ จะส่งผลให้เห็นเด่นชัดขึ้นทีละน้อย เช่น ผิวหนังเริ่มเหี่ยวย่น เริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาว สายตาขาว พละกำลังเริ่มถดถอยลง เหล่านี้เป็นต้น

2. ความสูงอายุแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) เป็นความสูงอายุที่มนุษย์เราสามารถหลีกเลี่ยงได้ ความชราภาพลักษณะนี้ มักจะเกิดจากปล่อยปละละเลย ไม่หวั่งกังวล หรือไม่รักษาสุขภาพของร่างกาย การใช้ร่างกายทำงานหนักจนเกินกำลัง การรับประทานอาหารมากเกินไป ดื่มเหล้าจัด สูบบุหรี่จัด พักผ่อนไม่เพียงพอไม่รู้จักรักษาออกกำลังกายหรือในบางกรณีเกิดจากการที่ร่างกายมีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียน เหล่านี้เป็นต้น ก่อให้เกิดความสูงอายุแบบทุติยภูมิได้

ฮอลล์ (Hall, 1976 : 3 - 4) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุและแบ่งความเป็นผู้สูงอายุออกเป็น 4 ประเภทคือ

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) ความเป็นผู้สูงอายุลักษณะนี้เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์ โดยดูตั้งแต่ปีที่เกิดตราบนั้นบุคคลที่มีอายุ 75 ปีย่อมจะต้องมีความเป็นผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลที่มีอายุ 45 ปี เหล่านี้ เป็นต้น การดูลักษณะของความเป็นผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวนี้ จึงดูที่จำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริง ๆ โดยไม่นำเอาเรื่องของสุขภาพความสามารถหรือความรู้ทางสติปัญญา บทบาททางสังคม ฯลฯ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเลย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological Aging) ความเป็นผู้สูงอายุลักษณะนี้ดูได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นตกร่อง ลายตายาว ศีรษะเริ่มล้าน ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนี้จะเพิ่มมากขึ้น ตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี

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

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม (Social Aging) รวมไปถึงด้านครอบครัว เพื่อนฝูง ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานและบทบาททางสังคมอื่น ๆ ด้วย

กล่าวโดยสรุป คือ บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้น (Chronologically) การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้น (Biologically) สติปัญญา ความจำ การเรียนรู้ สภาพทางจิตใจ จะเปลี่ยนแปลงไป (Psychologically) บทบาท ภาระหน้าที่ทางสังคม (Sociologically) หรือ (Social Roles) ก็เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เช่นกัน

ทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นพัฒนาการขั้นหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป แต่ละช่วงของการเปลี่ยนแปลงจะมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของ

ผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก และมีอิทธิพลต่อสภาพการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดที่จะสามารถอธิบายหรือให้คำตอบว่า "ทำไมจึงต้องเป็นผู้สูงอายุเพราะแต่ละทฤษฎีต่างก็จะอธิบายไปในลักษณะเฉพาะของแต่ละสาขาของตน ดังนั้นการที่จะใช้ทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวในการอธิบายการเป็นผู้สูงอายุจึงยังไม่ครอบคลุม เพราะฉะนั้นจึงควรพิจารณาหลาย ๆ ทฤษฎีร่วมกัน ซึ่งทฤษฎีผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 3 แนวทางคือ (Yurick and others, 1984 : 67 - 78)

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุด้านชีววิทยา

เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึง สาเหตุแห่งความสูงอายุของสังขารมีอยู่ 3 แนวคิดคือ

1.1 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmunity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุก่อเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อม ๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ได้ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็จะมีรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองขึ้นมาก เป็นผลร้ายต่อชีวิตโดยมันจะไปทำลายเซลล์ของร่างกายเอง ถ้าเซลล์นั้นเป็นเซลล์ชนิดที่เจริญแล้วไม่มีการแบ่งตัวใหม่ก็จะเป็นอันตรายอย่างยิ่งยวดต่อสังขาร เซลล์ที่มีคุณสมบัติเช่นนี้ได้แก่ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และเซลล์ของระบบสมองและประสาท ซึ่งเป็นอวัยวะและระบบที่สำคัญ ผู้ที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายโดยกลไกที่ว่ามันจะทำให้หัวใจวายโดยง่าย และผู้ที่เซลล์ของสมองและประสาทถูกทำลายก็จะมีอาการหลงลืมหรือมีอาการอื่น ๆ ตามสภาพของความเสื่อมโทรมนั้น ๆ

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

1.3 ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radicals Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย และในสิ่งขนาดเล็กก็มีเรดิคัลอิสระเกิดอยู่มากมายตลอดเวลา เรดิคัลเหล่านี้จะไปทำให้เกิดความผิดปกติและทำให้คอลลาเจนและอีลาสตินซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวมีรังค์ชราเกิดขึ้นมาก จนทำให้มันเสียความยืดหยุ่นไป

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านจิตวิทยา

เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้คนสูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป

มีอยู่ 2 แนวคิด คือ

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ ทฤษฎีกล่าวว่า "ผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น" ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคง อ่อนน้อม มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักผู้อื่น และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็นคนสูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่ค่อยมีความเคียดแค้นหรือร้อนใจ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครก็ไม่ใคร่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใดจิตใจคับแคบถือว่าตัวใครตัวมัน และมักรู้สึกว่าเขาเองทำคุณกับใคร ไม่ค่อยขึ้นกับใครก็จะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยน่าสงสาร

2.2 ทฤษฎีความปรารถนา ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยังปรารถนาเรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยยังเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ อยู่ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีเงินให้สอยโดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุด้านสังคมวิทยา

เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้คนสูงอายุต้องมีสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากครั้งที่ยังอยู่ในผู้ใหญ่ซึ่งยังมีการงานทำรวมทั้งเป็นทฤษฎีที่พยายามจะช่วยให้คนสูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

3.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะทางสังคมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้น ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถานะของผู้สูงอายุในสังคมนั้นก็จะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย

3.2 ทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุในสังคมนั้น ถ้าในสังคมมีจำนวนผู้สูงอายุน้อย สถานะของผู้สูงอายุมักจะดีกว่าในสังคมที่มีผู้สูงอายุมาก

3.3 ทฤษฎีเกียรตินิยม ทฤษฎีนี้เห็นว่าสถานะของผู้สูงอายุมักจะดี ถ้าผู้สูงอายุในสังคมนั้นเป็นผู้ที่มีคุณประโยชน์

3.4 ทฤษฎีการระดมทุน ทฤษฎีนี้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงคราวสูงอายุแล้ว ลูกหลานและชุมชนเขามักจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนั้นก็จะลดความรับผิดชอบ และลดความห่วงใยในลูกหลานลงบ้าง ส่วนกิจกรรมในสังคมก็อาจจะลดลง เช่นเดียวกัน

3.5 ทฤษฎีให้ทำกิจกรรม ทฤษฎีนี้มีความเห็นตรงกันข้ามกับทฤษฎีการระดมทุนคือ แม้จะรู้ว่า สังคมและลูกหลานจะให้ความสนใจน้อยลงเมื่อถึงคราวสูงอายุก็อย่าได้ใส่ใจ จงทำตัวให้เป็นตัวของตัวเอง ทำงานให้เพลิดเพลินตามกำลังและความสามารถ ทฤษฎีนี้ได้แนะนำต่อไปว่า ถ้าจะให้ชีวิตวัยสูงอายุมีความสุข ก็จงพอใจในชีวิต จงเป็นตัวของตัวเองและจงพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้จงดี

จากทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวมา : ทั้งทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสังคมวิทยา ล้วนแต่อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุทั้งนั้น

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ความสูงอายุ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปซึ่งมนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้ ในผู้สูงอายุอัตรา การเสื่อมโทรมมีมากกว่าการเจริญเติบโต จึงทำให้เกิดพยาธิภาวะต่าง ๆ ได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแยกเป็น 3 ด้านคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกายเกือบทุกระบบจะแตกต่างกันไปในระยะเวลาเร็วหรือช้าในแต่ละบุคคลซึ่ง ไม่เหมือนกัน ดังนี้ (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. 2528 : 5 - 8)

ผิวหนัง มีหน้าที่ปกป้องคลุมเนื้อเยื่อ ซึ่งมีต่อมไขมัน ต่อมเหงื่อ เพื่อให้ผิวหนัง อ่อนนุ่มและชุ่มชื้น เมื่อคนมีอายุมากขึ้น เนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ จะขาดความตึงตัวลงได้ ไขมันใต้ผิวหนังมีน้อย เลือดที่ไหลเวียนน้อยลงผิวหนังเริ่มเหี่ยวแห้งหยาบ การลดของจำนวนไขมันใต้ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังหย่อนยาน รอยย่นปรากฏชัดเจนขึ้น ผู้สูงอายุจะมีผิวหนังบางลง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงในเซลล์ของผิวหนังและชั้นของผิวหนัง มักมีจุดสีน้ำตาลเกิดขึ้นที่หลังมือ แขน และใบหน้า

ระบบสัมผัส มีการเสื่อมลงของอวัยวะต่าง ๆ คือ

ตา ความมัวอายุทำให้เลนส์ตาเสื่อมในการปรับระยะภาพสายตาจะเปลี่ยนไป สายตายาว การปรับสายตาต่อความมืดและความสว่างข้างเลนส์ที่แก่มาก ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นต้อกระจก

หู สาเหตุความเสื่อมของหูเกิดจากอวัยวะการรับเสียงเสื่อมพบมากในผู้สูงอายุเลย 70 ปีไปแล้ว ทำให้ความสามารถในการได้ยินลดลง หูจึงมีการเสื่อมของหูที่เกี่ยวกับระบบการทรงตัว ทำให้ผู้สูงอายุเดินโซเซได้

จมูก มีประสิทธิภาพกลิ่นเสื่อมลง

ลิ้น มีความสามารถในการรับรสได้น้อยลง

การรับสัมผัสบริเวณปลายมือ ปลายเท้าเสื่อมลง ทำให้มีความทนต่อความเจ็บปวดสูง ซึ่งอาจเป็นอันตรายได้ เช่น ผิวหนังพองจากความร้อน

ระบบกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อร่างกายของคนเราจะแข็งแรงและเจริญเต็มที่เมื่ออายุประมาณ 25 - 30 ปี หลังจากนั้นก็จะเสื่อมถอยกำลังลง แต่ผู้ที่ใช้กำลังกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ เช่น นักกีฬา ผู้ใช้แรงงาน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จะคงตัวได้นานถึงอายุ 60 ปี จากนั้นก็เสื่อมสภาพลงเช่นกัน แต่จะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับวิถีการดำรงชีวิตของคน ๆ นั้น ด้วยสัดส่วนของกล้ามเนื้อแขนขา ลำตัวที่ลดขนาดลงมักจะถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อไขมัน ทำให้เกิดการหย่อนยานและย่น เช่น ที่หน้าท้อง ต้นแขน และผนังหน้าท้องทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงและการประสานงานขาดประสิทธิภาพ

ระบบกระดูก วัยสูงอายุเป็นวัยที่กระดูกมีความเปราะและหักง่าย โดยเฉพาะผู้หญิงหลังหมดประจำเดือน จะสูญเสียแคลเซียม ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญของกระดูกทำให้เป็นโรคกระดูกพรุน ในผู้ชายจะพบโรคนี้ได้น้อยกว่า อันตรายที่พบมากจากโรคกระดูกพรุนคือการหกล้ม ซึ่งมักจะทำให้กระดูกส่วนข้อมือ หรือ หัวกระดูกต้นขาตรงข้อต่อที่สะโพกหัก นอกจากกระดูกพรุนแล้วในวัยสูงอายุอาจพบหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม ทำให้มีอาการปวดหลังคนที่อ่านมาก หรือต้องทำงานหนักต้องใช้แรงงานจะมีกระดูกข้อต่อเสื่อมได้มาก ความเสื่อมของกระดูกมีผลต่อโครงสร้างของร่างกายของผู้สูงอายุบางคน ทำให้มีลักษณะไหล่ค่อมและหลังโก่ง เมื่อแก่ตัว

ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความสามารถของหัวใจในการเต้นและความแรงในการบีบตัวลดลง หัวใจจะโตขึ้น โดยเฉพาะผนังหัวใจจะหนาขึ้นมีน้ำหนักรวมเพิ่มขึ้นแต่ไม่ได้มี

สมรรถภาพเพิ่มขึ้น ลิ้นของหัวใจมีความยืดหยุ่นน้อยลง และมีแคลเซียมหรือโคเลสเตอรอลมาเกาะที่ลิ้นหัวใจมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้พบในลิ้นหัวใจข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา นอกจากนี้พบที่มีความผิดปกติของหัวใจ เช่น การเต้นของหัวใจก่อนกำหนด และกล้ามเนื้อหัวใจต้นแบบสั้นพริ้ว ในหลอดเลือดหัวใจพบว่ามีแคลเซียมและไขมันมาเกาะผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลงและตีบขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลทำให้เกิดโรคของหลอดเลือด ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุพบได้บ่อยมาก มีผู้ทำการสำรวจผู้สูงอายุที่วัยเกิน 70 ปี ในสถานสงเคราะห์และพบว่า ร้อยละ 77.5 เป็นโรคหัวใจ และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (บังอรรัตน์ ศุขตระกูล, 2532 : 20)

ระบบทางเดินหายใจ พบว่า มีการเสื่อมของเซลล์ชนิด อีพิเธลิยม (Epithelium) ซึ่งปกคลุมผนังของทางผ่านอากาศหายใจ และมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อของระบบหายใจหลอดเลือด กล้ามเนื้อ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างผนังกล้ามเนื้อทรวงอก มีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น จึงทำให้กระดูกซี่โครงมีการเคลื่อนไหวช้าลง ความจุปอดน้อยลง ปริมาณอากาศค้างในปอดมากขึ้น ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลงหรือไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงมักพบว่า ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย คิดเชื่องช้าและรุนแรง จากกลไกการป้องกันการติดเชื้อของระบบนี้เสื่อมสภาพลง (บังอรรัตน์ ศุขตระกูล, 2532 : 21)

ระบบประสาท ในผู้สูงอายุขนาดของสมองจะเล็กลง และมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นจำนวนเซลล์ประสาทลดลง มีการคั่งของสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) มีผลทำให้การทำงานของระบบประสาทเลวลง เกิดสมองเสื่อมในวัยสูงอายุ ตัวยับความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกเจ็บปวด รวมทั้งรีเฟล็กซ์ การเคลื่อนไหว และการปรับตัวต่อการกระตุ้นจะช้าลงกว่าเดิม จึงมักพบว่าผู้สูงอายุได้รับอันตรายจาก น้ำร้อน น้ำเย็น หรือของมีคมอยู่เสมอ ๆ และจากการที่ผู้สูงอายุนอนพักอยู่บนเตียงนาน ๆ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการซึมผ่านของออกซิเจนในหลอดเลือดสมองจึงพบว่าภายหลังจากตื่นนอนใหม่ ๆ ผู้สูงอายุมักจะมีอาการสับสน (Confusion) และจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมอง อาจทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด หรือเนื้อสมองตายได้ ซึ่งโดยมากมักเป็นเพียงซีกเดียว นอกจากที่กล่าวแล้ว ผู้สูงอายุอาจมีความบกพร่องทางด้านความจำโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความจำในเหตุการณ์ปัจจุบันจะเสื่อมมากกว่าความจำในอดีต ทำให้มีอาการหลงลืมง่าย ย้ำคดีย้ำทำ พูดซ้ำซาก หรือมีอาการหมกมุ่นอยู่กับอดีตในด้านเขว่นปัญหาพบว่าความปราชัยเรื่องราวเขว่นปัญหาลดลง มีความคิดช้า พูดช้า ไม่ว่องไวเหมือนเดิม (นิรนาท วิทย์ไชยศิริคุณ, 2534 : 13 - 14)

ระบบทางเดินอาหาร ประสิทธิภาพของการดูดซึมอาหารลดลง ปัญหาของผู้สูงอายุ ในการรับประทานที่สำคัญคือ เรื่องของฟัน มีผู้สูงอายุหลายคนที่จะดำรงฟันแท้ของตนไว้ตลอดอายุขัย ส่วนใหญ่มักพบว่าต้องอาศัยฟันปลอม ทำให้การบดเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด กระบวนการย่อยในปาก ขาดคุณภาพ การทำงานของกระเพาะ และลำไส้เมื่ออายุมากขึ้นจะลดลงกระเพาะอาหารจะหลั่ง เอนไซม์ทรินซิน และเปปซิน (Trypsin and Pepsin Enzyme) ในปริมาณลดลงกว่า 20% ทำให้อาหารถูกย่อย ไม่สมบูรณ์ร่างกายดูดซึมได้น้อย นอกจากนั้นการดูดซึมอาหารบางประเภทของ ทางเดินอาหารลดลงด้วย เช่น น้ำตาลบางชนิด แคลเซียม และเหล็ก ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาส เป็นโรคขาดสารอาหารได้ง่าย

ระบบขับถ่าย ในวัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ คือ

ระบบขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนทิศทางขึ้น และอาจมีการยืดยืด

โกลเมอรูลัสฝ่อลีบ (Glomerulus Atrophy) ทูบูลเปลี่ยนแปลง (Tubule Change) ประกอบ กับหลอดเลือดแดงของไตเสื่อม และหนาตัว ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจก็ลดลง ทำให้ปริมาณ พลาสมาสู่ไตลดลงด้วย ดังนั้น การทำหน้าที่ของไตจะลดลง การทำให้ปัสสาวะเข้มข้นจะเสียไป ปัสสาวะมีความจางจืดเพราะค่า ในการขับยูเรีย (Urea) ที่เกินออกจากเลือดต้องใช้ปัสสาวะ ปริมาณมาก ผู้สูงอายุจึงถ่ายปัสสาวะมากและถ่ายบ่อยเวลากลางคืน นอกจากนั้นกล้ามเนื้อของ กระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวน้อยลง ทำให้ถ่ายปัสสาวะออกไม่หมด ปริมาณปัสสาวะเหลือค้าง ในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุเพศชายมักมีต่อมลูกหมากโตจึงกีดขวาง ทำให้ ถ่ายปัสสาวะได้ครั้งละน้อย และต้องถ่ายบ่อย ในเพศหญิงการควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่อยู่ เวลาไอ หรือจาม ปัสสาวะจะเล็ดออกมา ด้วยเหตุดังกล่าวผู้สูงอายุจึงมักบ่นว่าต้องปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะออกโดยไม่รู้ตัว และถ่ายปัสสาวะลำบาก

ระบบขับถ่ายอุจจาระ ผู้สูงอายุมักมีการถ่ายอุจจาระลำบากเนื่องจากระบบ การย่อยอาหาร ไม่ปกติ อาหารที่บริโภค ไม่ค่อยมีกาก การมีกิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการท้องผูก เวลาถ่ายอุจจาระต้องเบ่งมากระยะหลังอาจเป็นริดสีดวงทวาร ได้

ระบบต่อมไร้ท่อ วัยสูงอายุจะมีการลดการทำงานของระบบนี้ ซึ่งมีผลต่อร่างกายและ จิตใจอย่างมาก ทำให้ต่อมต่าง ๆ มีการเสื่อมตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังนี้

ต่อมไธสมอง โดยเฉพาะส่วนหน้าเมื่อมีการเสื่อมลงจะมีผลทำให้ฮอร์โมนที่ผลิต ในส่วนนี้ลดลงด้วย ซึ่งอาจจะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย รูปร่างผอมลง ขนบริเวณรักแร้ และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง

ต่อมธัยรอยด์ จะมีขนาดเล็กลงเมื่อมีอายุ 50 ปีขึ้นไปการผลิตฮอร์โมนลดลง ซึ่งมีผลทำให้เบื่ออาหาร ตาขุ่นมัวและฝ้าพาง

ตับอ่อน จะหลั่งอินซูลินน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นเบาหวานได้ง่าย เนื่องจากน้ำตาลในเลือดไม่สามารถนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ได้

ต่อมเพศ ในเพศหญิงอายุ 45 ปี รังไข่จะหยุดผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen Hormone) ทำให้มีการหย่อนของกล้ามเนื้อกระดูก ช่องคลอด และเต้านมจะแห้งหมดประจำเดือน ความรู้สึกทางเพศลดลง ส่วนในเพศชาย การหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง อันจะทำให้ยาเล็กลง แต่ยังคงสร้างเชื้ออสุจิได้เป็นปกติ ความรู้สึกทางเพศลดลง (บึงอรรัตน์ ศุภตระกูล. 2532 : 19)

ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบภูมิคุ้มกันสร้างขึ้นจากลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ซึ่งเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่คล้ายเป็นตำรวจของร่างกาย ทำหน้าที่ต่อต้านการรุกรานของแบคทีเรียและไวรัส ทำหน้าที่ขจัดออกไปรวมทั้งการทำลายพิษด้วย เมื่อเรามีอายุเพิ่มมากขึ้นระบบภูมิคุ้มกันเริ่มเสื่อมลง ทำให้ไม่สามารถขจัดสิ่งแปลกปลอมหรือทำลายพิษได้และในบางกรณีกลับมาทำอันตรายต่อร่างกายให้เกิดโรคขึ้นอีกด้วย ที่เรียกว่า Autoimmune Diseases (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532 : 10)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การมองรูปลักษณ์ของตนเอง และมีทัศนคติต่อตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติ เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง ที่ผู้สูงอายุจะปรับ และรับเข้าเป็นการแสดงออกของตนเอง (ศศิพัทธ์ ยอดเพชร. 2534 : 17)

เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528 : 11 - 12) ได้กล่าวว่า ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่พบ คือ

2.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเองการรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก เพราะความสามารถและประสิทธิภาพของอวัยวะรับความรู้สึกการสื่อสาร และการรับรู้เสื่อมสภาพลง ความสามารถในการจำลดน้อย ทำให้การทำความเข้าใจกับการสื่อสารด้วยภาษาการพูด กิริยาท่าทาง หรือสื่อในรูปแบบอื่น ๆ เป็นไปอย่างช้า ๆ และไม่สู้สมบูรณ์ การแปลความมีโอกาสผิดพลาดง่าย ต้องอาศัยเวลาผู้สูงอายุมักจะใช้ประสบการณ์ประกอบการตัดสินใจรับรู้

2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงสถานะภาพทางสังคมส่วนใหญ่จะเป็นความท้อแท้และน้อยใจ โดยรู้สึกว่าการสังคมให้ความสำคัญแก่ตนเองดั่งแต่ก่อน โดยสิ้นไปว่าตนได้ถึงวาระแห่งการเปลี่ยนแปลงแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง เสียใจง่าย หงุดหงิด หรือ โกรธได้ง่าย

2.3 การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้นก็คือ การเดินเข้าสู่ความตาย การยอมรับต่อสภาวะดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะแตกต่างกันไปตามเหตุผลและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล เช่น บางคนมุ่งสร้างความดี เข้าวัดถือศีล มุ่งชีวิตสงบ บางคนชอบเลี้ยงหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว ฯลฯ

2.4 ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อม เฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น งานแปลกใหม่อื่น ๆ จะไม่ชอบนอกจากนี้ในด้านอารมณ์พบว่าผู้สูงอายุ จะรู้สึกเหงาได้ง่ายกว่าคนอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีเวลาว่างมากขึ้นและพบกับการพลัดพรากจากบุคคลที่รักมากขึ้น เช่น การตายของคู่ครอง เพื่อนสนิท โดยเฉพาะการตายของคู่ครองนั้น ถือว่าเป็นการสูญเสียอย่างใหญ่หลวงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงาและว้าเหว่ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2530 : 254) ได้กล่าวถึงการปรับตัวต่อความเหงาของผู้สูงอายุว่าผู้ที่เป็คนโสดมาจนล่วงเข้าวัยสูงอายุค่อนข้างจะเหงาไ้มากกว่าบุคคลที่มีครอบครัว แล้วต้องอยู่คนเดียว เพราะผู้สูงอายุที่เป็นโสด จะเคยชินกับความเหงา และเรียนรู้ที่จะปรับตัวติดต่อกับบุคคลอื่นนอกครอบครัวของตนได้ดีกว่า

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

ในอดีตที่ผ่านมา ผู้สูงอายุในสังคมไทยมีสถานะภาพทางสังคมสูง ได้รับการยกย่องนับถือโดยทั่วไปในชนบท มักอาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดิมของตน มีบุตรอาศัยอยู่ด้วย เมื่อแต่งงานแล้วก็ตั้งครอบครัวอยู่ในบริเวณเดียวกัน อันเป็นลักษณะของครอบครัวขยายซึ่งมีสามี ภรรยา ปู่ ย่า ตา ยาย บุตรหลานอยู่ร่วมกัน ในปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวเริ่มเปลี่ยนไป กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยา บุตร เท่านั้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากอิทธิพลวัฒนธรรมตะวันตกอีกทั้งการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของประเทศ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสังคมเกษตรกรรมเข้าสู่สังคมอุตสาหกรรม มีการขยายตัวของเมืองเนื่องจากวัยหนุ่มสาวอพยพเข้ามาทำงานตามเมืองใหญ่ ทั้งให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในชนบทตามลำพังกับเด็ก ๆ ทำให้ขาดความอบอุ่นและประสพ

ความลำบาก ค่านิยมในสังคมแบบใหม่นี้ที่เห็นว่าผู้สูงอายุไม่มีคุณค่าในการทำงาน ทำให้กลุ่มสาวไม่ เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุเกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัยขยายกว้างขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับความเคารพยกย่อง สำหรับตัวผู้สูงอายุเองก็ยังประสบปัญหาในเรื่องการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็วนี้ด้วย โดยเฉพาะในสังคมเมืองซึ่งมีลักษณะงานแตกต่างจาก ชุมชนชนบทคือ มีการเกษียณอายุจากงานที่ทำสถานภาพทางสังคมหลังการเกษียณอายุก็เปลี่ยนไป หากไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ล่วงหน้า มักจะประสบปัญหากับการปรับตัว จะส่งผลกระทบต่อ จิตใจเป็นอันมาก (ศศิพันธ์ ยอดเพชร. 2534 : 20 - 22) อีกทั้ง ผู้สูงอายุมีการ เปลี่ยนแปลงทางร่างกายร่วมด้วยจึงมีข้อจำกัดในการทำงานบทบาท และการระหน้าที่ทางสังคม ของผู้สูงอายุก็จะลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุจึงรู้สึกสูญเสีย ความเป็นตัวของตัวเอง เนื่องจากเคยได้รับการยกย่องในสมัยที่ตนเคยทำงานเมื่อเกษียณจึงรู้สึกว่า ตนเองสูญเสียอำนาจ ความเคารพนับถือ และค่าในตนเอง (ศิริวรรณ สีนไชย. 2532 : 17) ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุจึงมักออกจากสังคม ด้วย 2 กรณีคือ (เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 8 - 10)

1. เป็นข้อกำหนดของสังคมให้ต้องออกจากบทบาท
2. ออกจากสังคมด้วยการยอมรับต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามวัยโดยละจาก บทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิกผู้อยู่อาศัยของครอบครัว

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจและทางสังคม ทำให้เกิด ภาวะวิกฤติ อันเป็นลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียสถานภาพทางสังคมการสูญเสีย บุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง ความเสื่อมโทรมทางร่างกาย การเผชิญกับความตายและสุดท้าย คือการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและกิจกรรมต่าง ๆ ภาวะการที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนี้เป็นการสะท้อน ให้เห็นถึงสภาพปัญหาทางสังคมที่เกิดกับผู้สูงอายุอย่างชัดเจน (Donald Brieland and others. 1980 : 349) การที่ผู้สูงอายุจะประสบกับปัญหามากน้อยประการใดนั้น ขึ้นอยู่กับอยู่กับ ความสามารถในการยอมรับและการปรับตัวให้เข้ากับภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น

ความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการ เป็นสภาวะของความรู้สึกขาด หรืออยากได้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือต้องการ กระทำในบางสิ่งบางอย่าง หรือเป็นสภาวะที่กำลังขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จำเป็นในชีวิตโดยเฉพาะ

การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เพราะต้องคำนึงถึงความแตกต่างในลักษณะสังคมและลักษณะเฉพาะของคนสูงอายุแต่ละคน

ณัฐไชย ดันติสุข (2524 : 3) กล่าวถึงความต้องการที่จำเป็นต่อชีวิตของผู้สูงอายุว่ามี 3 ประการด้วยกันคือ

1. ความต้องการทางกาย คือ ปัจจัย 4 อันได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค (การรักษาพยาบาล)
2. ความต้องการทางจิตใจ ได้แก่ ความรัก ความมั่นคงทางจิตใจ ความยอมรับว่าเป็นสมาชิกของครอบครัว หรือของกลุ่ม และความสำเร็จของการทำงานในบั้นปลายของชีวิต
3. ความต้องการทางสังคม ได้แก่ ความสำคัญ ความเป็นเจ้าของ ความยกย่องนับถือ และความมีโอกาส

สุพัศตรา สุภาพ (2526 : 35) ได้กล่าวว่า ความต้องการของผู้สูงอายุมี 2 ประการคือ

1. ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือ ความต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน เช่น ลูกหลาน หรือญาติ อาจจะทำให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่อัตภาพ แต่ถ้ามองในด้านความมั่นคงทางสังคม ที่ต้องเป็นหน้าที่ของรัฐ ที่จะต้องมีโครงการสวัสดิการแก่คนชรา เช่น การให้บำนาญคนชรา การสงเคราะห์คนชรา หรือ การประกันคนชรา เพื่อให้ทุกคนมีรายได้นิยามชราภาพ
2. ความต้องการในด้านที่อยู่อาศัยโดยให้คนชราที่มีที่พัก เช่น อาจจะมีอยู่ในบ้านของตนเองหรือลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชน

พันธ์ทิพย์ รามสูตร (2533 : 8 - 9) จำแนกความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความต้องการพื้นฐาน (Fundamental Needs) เป็นความต้องการสากลที่ผู้สูงอายุทุกคนในโลกต้องแสวงหาให้ได้มา เท่ากับเป็นเส้นเลือดใหญ่หล่อเลี้ยงชีวิตผู้สูงอายุไม่ว่าจะอยู่ในสังคมวัฒนธรรมใด ๆ ก็ตาม ได้แก่ ความต้องการที่เกี่ยวกับความมั่นคงในชีวิต ความสำเร็จในชีวิตและความพร้อมบริบูรณ์ในชีวิต
2. ความต้องการขั้นสูง (Instrumental Needs) เป็นความต้องการซึ่งมีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่าย สอดคล้องกับลักษณะสังคมวัฒนธรรมที่เขาอาศัยอยู่ และจะถูกปรุงแต่งโดย

วัฒนธรรมนั้น ๆ ด้วย เป็นลักษณะที่เข้ากับวิถีชีวิตของคนสูงอายุ เช่น ในสังคมตะวันตก ความต้องการขั้นสูงของผู้สูงอายุ คือ การมีงานทำที่เหมาะสมกับวัยมีรายได้เพียงพอใช้จ่าย มีบริการทางสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีบ้านพักอาศัย ฯลฯ ในขณะที่สังคมตะวันออก เช่น สังคมไทย ต้องการความเอาใจใส่ดูแลจากบุตรหลานและครอบครัวจะเห็นว่าความต้องการของผู้สูงอายุ ไม่ได้มีความแตกต่างไปจากความต้องการพื้นฐานของบุคคลโดยทั่วไปนัก ผู้สูงอายุต้องการปัจจัยจำเป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิต เช่นบุคคลทั่วไปและยังต้องการ การได้รับการยอมรับ การดูแล และความสุขทางใจเพิ่มขึ้นอีกด้วยโดยทั่วไปจะแบ่งความต้องการของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ คือ (ศศิพัทธ์ ยอดเพชร. 2534 : 24 - 26)

1. ความต้องการทางกาย (Physical Needs)

เป็นการต้องการด้านพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ เพราะเป็นสิ่งที่ธรรมชาติของร่างกายต้องการ เพื่อมาเสริมสร้างร่างกายให้ดำรงอยู่ได้ ความต้องการด้านนี้ ได้แก่ ความต้องการด้านปัจจัย 4 อันได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล ในเรื่องของอาหารนั้นผู้สูงอายุต้องการอาหาร และน้ำที่เหมาะสมกับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย อาหารของผู้สูงอายุควรเป็นอาหารที่สามารถชดเชยความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายได้ และง่ายต่อการบริโภค ซึ่งเช่นเดียวกับเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ซึ่งแต่ละปีพบว่า มีผู้สูงอายุต้องเสียชีวิตลง เนื่องจากการขาดแคลนเครื่องนุ่งห่มเป็นจำนวนไม่น้อย

ในด้านที่อยู่อาศัยนั้น ถึงแม้จะเป็นปัญหาที่ไม่รุนแรงนัก แต่ผู้สูงอายุมักจะมี ความรู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัว โดยเฉพาะเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ดังนั้น ความต้องการด้านที่อยู่ อาศัยที่ปลอดภัย จึงเป็นการสร้างความมั่นคงทางจิตใจได้อย่างหนึ่ง ในเรื่องการรักษาพยาบาลนั้น จากการศึกษานี้ของ ฟิริลิตี คานานเคลป์ (2525 : 10) พบว่า "เมื่อมองเฉพาะในด้านที่คนชรา คิดว่ารัฐน่าจะให้การช่วยเหลือได้นั้น คนชรา ร้อยละ 25 ต้องการให้รัฐจัดบริการทางด้าน การแพทย์ การพยาบาลหรือการรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ให้คนชราโดยเฉพาะโดยมิต้องเสีย ค่ารักษาหรือบริการอย่างใด

2. ความต้องการทางจิตใจ (Psychological Needs) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้น ภายหลังจากความต้องการประการแรก เพราะเป็นความต้องการที่เกิดจากการเรียน และประสบการณ์ของบุคคลเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น สัมผัสไม่ได้ แต่รู้สึกได้ความต้องการเหล่านี้ ได้แก่ ความต้องการ ความมั่นคง และปลอดภัย (Security Needs) ความต้องการได้รับการยอมรับ

นับถือ (Recognition Needs) ซึ่งเป็นความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของสังคม กลุ่ม และครอบครัว ความต้องการมีโอกาสดำเนินการ (Opportunity Needs) โดยเฉพาะในเรื่องความสำเร็จของการทำงานในป็นปลายชีวิต

★ จะเห็นว่าความต้องการทางกายและจิตใจที่สำคัญ คือ ความต้องการให้มีสุขภาพกายและจิตใจดี ผู้สูงอายุส่วนมากมักจะประสบปัญหาความเจ็บป่วย และความไม่สมบูรณ์ของสุขภาพกาย การศึกษา เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 40.9 ร้อยละ 31.2 และร้อยละ 3.6 ของผู้สูงอายุรายงานว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ดี และดีมาก ตามลำดับ การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุชี้แนะว่า กว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีหรือต้องการดูแลรักษา (Napaporn Chayovan and others. 1988 : 86)

3. ความต้องการทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social and Economical Needs) เป็นความต้องการที่เกี่ยวพันกับความต้องการด้านจิตใจเป็นอย่างมาก บางครั้งจะแยกออกจากกันไม่ได้ ลักษณะความต้องการทางสังคม ได้แก่ ความยกย่อง นับถือ (Sense of Recognition) ความสำคัญ (Sense of Importance) ความเป็นเจ้าของ (Sense of Belonging) ความมีโอกาสดำเนินการที่ที่ปรารถนา (Sense of Opportunity) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้ทัศนคติและค่านิยมที่มีต่อคนผู้สูงอายุ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ลดน้อยลง เช่น การเคารพนับถือ การดูแลและการยกย่องในด้านต่าง ๆ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ "เคยให้" ผู้อื่นมาตลอด ให้ความรักแก่บุตรหลาน ให้คำแนะนำปรึกษา ให้การเลี้ยงดู ซึ่งเป็นสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจ ดังนั้นจึงต้องการให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญและยกย่องตนเอง ดังเช่นที่เคยมีมา ความต้องการเหล่านี้หากได้รับการตอบสนองก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสดชื่น รู้สึกตนเองมีคุณค่า และส่งผลถึงความสุขทางด้านกายและจิตใจที่สุด

ส่วนลักษณะความต้องการทางเศรษฐกิจ ในสภาพของการดำรงชีพทางเศรษฐกิจ เช่น ในปัจจุบันประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถจะดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ผู้สูงอายุต้องการได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลานของตน เพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย "ผู้สูงอายุต้องการให้รัฐช่วยในการจัดหาอาชีพให้ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้" (พริสทิส คานวณศิลป์ และคนอื่น ๆ. 2525 : 11) ซึ่งความต้องการดังกล่าวนี้จะเห็นว่า นอกจาก

ผู้สูงอายุจะมีได้คิดที่จะเป็นเพียงผู้คอยรับความช่วยเหลือจากครอบครัว และผู้ดูแลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังคงการที่จะเป็นผู้มีบทบาททางเศรษฐกิจอีกด้วย นอกจากนี้จุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ ความต้องการที่จะช่วยตนเอง เพื่อให้พ้นจากสถานะความเปราะบางทางเศรษฐกิจดังที่กล่าวข้างต้น

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมนี้ไม่ได้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยเท่าเทียมกัน ผู้สูงอายุบางกลุ่มจะปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่า และง่ายกว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจำนวนหนึ่ง อาจจะปรับตัวได้ดีเพราะมีเงินทองใช้มีลูกหลานบริวารคอยเอาใจหรือ ถ้าประสบปัญหาช่องว่างระหว่างวัยก็มีเงินพอที่จะแก้ไขสถานการณ์ และเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะไม่ประสบปัญหาทั้งหมดยังมีอีกจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตบางประการ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดี มักจะประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ และจิตใจ กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นกลุ่มที่จะต้องให้ความสนใจและดูแลเป็นพิเศษ

สุขภาพของผู้สูงอายุ

ความมีอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นพร้อมกับชีวิต เป็นวัฏจักรของธรรมชาติมีเกิด มีแก่ และมีตาย จากการศึกษาพบว่าเซลล์ร่างกายสามารถแบ่งตัวและคงชีวิตได้นานกว่า 100 ปี แต่ส่วนใหญ่คนมักไม่ไปถึงโอกาสนั้นเนื่องจากการเป็นโรคและความเจ็บป่วยมาทำให้ชีวิตสิ้นสุดไปก่อนธรรมชาติกำหนด ฉะนั้นการดูแลสุขภาพจึงน่าจะเป็นแกนสำคัญของการมีอายุยืนและช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขโดยไม่ต้องพึ่งพาอาศัย หรือสร้างความลำบากให้แก่ครอบครัว หรือสังคมที่ตนอาศัยอยู่

องค์ประกอบของสุขภาพ

คำว่า "สุขภาพ" ในภาษาไทยตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2493 หมายถึง ความเป็นสุขหรือปราศจากโรค คำนี้แปลมาจากภาษาอังกฤษว่า "Health" มีรากศัพท์จากภาษาแองโกลแซกซอน ที่มีความหมาย "Hole" หรือ "Whole" หมายถึง สภาวะที่หน้าที่ร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์

สำหรับองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมาย "สุขภาพ" ว่าเป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี โดยคำว่าสุขภาพมิใช่

หมายถึงแต่เพียงการปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น (Newell,1987 : 14 ; citing WHO. n.d.)

สุขภาพเป็นภาวะหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดจากความสมดุลของร่างกาย จิตใจและสังคม การรักษาสมาถุจะเกิดขึ้นได้จากการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมให้เกิดความสมบูรณ์ปราศจากโรคและความพิการ ซึ่งลักษณะของความสมบูรณ์ที่กล่าว จะเป็นความสมบูรณ์เฉพาะที่มีลักษณะดังนี้

ความสมบูรณ์ของร่างกาย มาจากการมีพลานามัยสมบูรณ์ ไม่อ่อนเกินไป ไม่ยอมเกินไป แต่คงศักยภาพตามวัยได้โดย

มี ร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นโรค

มี หัวใจและปอดทำงานปกติ

มี กล้ามเนื้อและประสาทสัมผัสมีความคล่องตัวในการทำงานและคงความสามารถ

ความสมบูรณ์ของจิตใจ เกิดจากการมีอารมณ์ผ่องใส จิตใจไม่เคร่งเครียดเป็นกังวล มีเหตุผล มีความมั่นคงของจิตใจ และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิต

ความสมบูรณ์ทางสังคม เป็นผู้อยอมรับบทบาทที่ถูกต้องของตนเองในสังคม สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ใช้วิจารณญาณในการเรียนรู้สังคม และทำความเข้าใจสังคมในทางที่ดี

การสร้างความสมดุลขององค์ประกอบของสุขภาพ จะช่วยให้ชีวิตมีความสุข และสุขภาพดีตลอดอายุขัย

ผู้วิจัยได้แน่วแนความคิดดังกล่าวข้างต้น มาประยุกต์เป็นกรอบของการศึกษาในเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยในการศึกษาครั้งนี้ จะศึกษาถึงภาวะสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโภชนาการ การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการนอน
2. ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ ได้แก่ การรักษาสุขภาพจิต
3. ภาวะสุขภาพทางสังคม ได้แก่ บทบาทของผู้สูงอายุที่มีในครอบครัว และชุมชน/สังคม

ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเองต่อภาวะสุขภาพ ด้านร่างกายจิตใจและสังคมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยธรรมชาติผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพกายและจิตเสื่อมลง แต่การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน กล่าวคือ บุคคลบางคนจะรับรู้ความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต แต่บางคนจะรู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม เกิดความกลัว ท้อแท้ ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน (จาเรียง กระสุวรรณ และคนอื่น ๆ. 2532 : 18) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุได้รับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อมมีการแปลความหมายโดยใช้ประสบการณ์เดิม และปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ เช่น ความสนใจ ความเชื่อ ค่านิยมเล่า คำสอน ที่ได้รับต่อ ๆ กันมาแล้วจึงประเมินว่ามีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร (คงพร รัตนอมรชัย. 2535 : 47) ซึ่งในปัจจุบันจะครอบคลุมถึงการทบทวนชีวิตประจำวันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยนำไปสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ นิศา ชูโต (2525) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นผู้มีสุขภาพดีร้อยละ 32.7 ส่วนอีกร้อยละ 50.4 เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและร้อยละ 16 เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยต้องรับการรักษาอย่างจริงจัง อัตราร้อยละของปัญหาทางสุขภาพและความเจ็บป่วยนี้จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ ซึ่งมีสาเหตุดังนี้

การศึกษา การศึกษาทำให้คนพัฒนาในทุกด้าน สามารถเรียนรู้ในการที่จะทำให้ตนเองดีขึ้น ในแง่สุขภาพ ก็รู้จักที่จะรักษาและดูแลตนเองให้ดี ไม่เจ็บป่วยและเป็นโรค แต่ผู้มีการศึกษาน้อยมักจะ ไม่เข้าใจถึงการที่จะดูแลสุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้อง

เศรษฐกิจ ภาวะของเศรษฐกิจมีผลต่อสุขภาพโดยตรงทั้งผู้มีฐานะดีและยากจน คนมีฐานะดีแต่ขาดความรู้ความเข้าใจ การเอาใจใส่ต่อตนเองก็ไม่ถูกต้องจะเป็นในลักษณะเกินพอดีส่วนคนยากจนก็ขาดความพอดี มีความขัดสนที่จะใช้เงินเพื่อการรักษาสุขภาพของตนให้ดี ทำให้เกิดโรคได้ง่าย

ความรับผิดชอบ บ่อยครั้งที่พบว่าคนมีความรู้ดี ฐานะดี ป่วยด้วยโรคที่ขาดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เช่น โรคอ้วน ไบพัสในโลหิตสูง หรือเบาหวาน ทั้งนี้เพราะเขาเหล่านั้นเพิกเฉยต่อสุขภาพของตนเอง ขาดความระมัดระวัง ใช้ชีวิตตนเองไม่ถูกต้อง กินไม่เป็น อยู่ไม่เป็น ขาดความพอดี ขาดความระมัดระวังต่อสุขภาพ เช่น สารพิษ อุบัติเหตุ และที่สำคัญเมื่อยังไม่เจ็บป่วย มีชีวิตอยู่ดีตามปกติก็ไม่ใส่ใจที่จะบำรุงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ บ่อยไปตามธรรมชาติคิดว่าถ้ายังไม่เจ็บป่วยก็คงยังไม่เป็นไร ผลจากการขาดความรับผิดชอบต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเป็นโรคได้ง่ายตามมา

สิ่งแวดล้อม ปัจจุบันคนในเมืองใหญ่ต้องประสบกับปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ และภาวะแวดล้อมเครียด โดยเฉพาะคนที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ หรือเขตอุตสาหกรรม จะเสี่ยงต่ออันตรายทางสุขภาพมากกว่าคนที่อาศัยอยู่ในชนบทที่มีอากาศดีและความเครียดจากสิ่งแวดล้อมต่ำ สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ มีผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พบว่าผู้ที่มีอายุยืนมักจะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบ สะอาดและอากาศดี

กรรมพันธุ์ เป็นปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันได้ ถ้าได้รับความแนะนำปรึกษา โดยเฉพาะ (Genetic Counseling) ตั้งแต่ก่อนแต่งงานหรือมีบุตร โอกาสการเป็นโรคก็จะลดน้อยลง โรคทางกรรมพันธุ์เป็นการถ่ายทอดโรคทางโครโมโซมของร่างกายมนุษย์ ซึ่งครึ่งหนึ่งได้รับจากพ่อ อีกครึ่งหนึ่งได้รับจากแม่ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าท์ และโรคจิตบางอย่าง ในครอบครัวที่มีปัญหาโรคทางกรรมพันธุ์จะต้องให้ความสนใจต่อสุขภาพมากกว่าปกติ

สภาวะทางอารมณ์และจิตใจ พื้นฐานทางอารมณ์และจิตใจมีผลต่อสุขภาพอย่างมาก คนที่มีปัญหาทางอารมณ์ การไม่รู้จักรักษาป้องกันรักษาพื้นฐานจิตใจ ตั้งแต่วัยเด็กอาจนำไปสู่โรคทางจิตใจ เช่น โรคประสาท บุคลิกภาพแปรปรวน

การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาตามอายุ ทำให้ร่างกายมีความต้านทานโรคต่ำ เจ็บป่วยได้ง่าย ความอ่อนแอของร่างกายทำให้การเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน และโรคที่เป็นมักจะเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษา

การยอมรับความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมักจะปฏิเสธความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง กลัวการรักษา ในบางครั้งไม่เห็นความจำเป็นของการรักษา ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ส่งผลต่อการรักษา มาก นอกจากผู้ป่วยจะไม่ได้รับการรักษาโดยทันที่แล้ว ความมีอายุเองก็ทำให้เวลาการรักษานานกว่าปกติ

จากสาเหตุดังกล่าว ซึ่งเราสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพและทำให้เกิดความสมบูรณ์ของร่างกายได้ด้วยตนเอง ด้วยความรู้ ความเข้าใจ สำนึก ใส่ใจ สุขภาพของตัวเอง และมีประโยชน์ต่อตนเองเป็นอย่างมาก คือ (จำเรียง ธรรมะสุวรรณ และคนอื่น ๆ, 2532 : 15)

1. ช่วยระดับประคองกระบวนการดำรงชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปในภาวะปกติ
2. ค้ำจุนรักษาให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาชีวิตได้ตามปกติ
3. ป้องกัน ความคม หรือรักษาโรคตลอดจนการบาดเจ็บต่าง ๆ
4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่ขาดได้

แนวทางการปฏิบัติ เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความรับผิดชอบต่อตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีได้หลักสำคัญของการรักษาสุขภาพ คือ (เกษม ตันติลาชีวะ และกุลยา ตันติลาชีวะ, 2528 : 22)

กินเป็น ควรมีส่วนเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาหารประเภทไขมัน งดเว้นชา กาแฟ และสุรา

นอนเป็น การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอ จะทำให้กระปรี้กระเปร่า คุณภาพการนอนขึ้นกับจิตใจ สิ่งแวดล้อมและท่านอน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับขึ้นกับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคน แต่ผู้สูงอายุอาจจำเป็นต้องงีบหลับตอนกลางวัน ช่วยให้ร่างกายสดชื่นและมีความพร้อม

อยู่เป็น ไม่ใช่เพียงการรู้จักรักษาสุขภาพที่ดีเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการรู้จักการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรักษาสุขภาพให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักวิธีลดความเครียดทางจิตใจ การมีอารมณ์ดี จิตใจแจ่มใส มองโลกในแง่ดี มีการพักผ่อนที่เหมาะสม

สังคมเป็น คือ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคม การใช้เหตุผล ความเข้าใจและการยอมรับจะทำให้การปรับตัวดีขึ้นและอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังจากสังคมมากเกินไป ถ้าไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง จะทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวังในที่สุดต้องแยกตัวออกจากสังคม

สำหรับแนวทางในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สร้างสรรค์
 ความเป็นสุขภาพดี มีดังนี้ (เกษม ต้นคณลาชีวะ และกุลยา ต้นคณลาชีวะ, 2528 :
 30 - 100)

โภชนาการ

อาหารนับว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต การรับประทาน
 อาหารที่มีประโยชน์ จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ
 อย่างถูกต้องหลักโภชนาการก็คือ การรับประทานอาหารที่ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอกับ
 ความต้องการ สามารถรักษาน้ำหนักให้อยู่ได้ในเกณฑ์เฉลี่ย จำกัดแคลอรีจากอาหารให้น้อยลง
 เพราะผู้สูงอายุจะใช้พลังงานในการทำงานน้อยกว่าวัยอื่น ๆ

การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ควรมีเป้าหมายและถูกต้องตามหลักโภชนาการ
 คือ

1. รับประทานอาหารไปรติน เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายให้
 เซลล์สามารถดำเนินกระบวนการของชีวิตตามปกติ นอกจากนี้ยังให้วิตามินและเกลือแร่ที่สำคัญด้วย
2. รับประทานอาหารที่ให้แร่ธาตุต่าง ๆ เพื่อชดเชยความต้องการจำเป็นตามวัย
 ได้แก่

ธาตุแคลเซียม ช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุนในวัยสูงอายุ

ธาตุเหล็ก ต้องรับประทานมากขึ้น เพื่อชดเชยส่วนที่ขาดเนื่องจากการดูดซึม
 ของทางเดินอาหารบกพร่อง

วิตามิน วัยสูงอายุเป็นวัยที่พบว่าร่างกายขาดวิตามินซีได้ง่าย จึงสมควรให้
 วิตามินเพิ่ม เช่นเดียวกับวิตามินบี เนื่องจากการดูดซึมลดลง

3. เลือกรับประทานอาหารเฉพาะที่จำเป็น ลดอาหารที่ไม่จำเป็นเช่น อาหาร
 ไขมัน ได้แก่ ไขมันสัตว์ เนยและของทอดต่าง ๆ ควรลดจำนวนลง เพราะอาจก่อให้เกิดภาวะ
 ของหลอดเลือดแข็งตัวจากไขมัน ดังนั้นจำนวนอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต และไขมันควรลดลง
 ร้อยละ 10 - 30 เมื่ออายุมากขึ้น

4. กินเพื่อคงสภาพร่างกาย โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ช่วยในการ
 ขับถ่าย อาหารพวกผักผลไม้จะให้ประโยชน์มากในแง่วิตามินและแร่ธาตุ กากของอาหารเหล่านี้มี
 ประโยชน์ในการช่วยขับถ่ายให้คล่องตัวและเป็นปกติ

ประเภทของอาหารที่ร่างกายต้องการ เมื่ออายุมากขึ้น การกินอาหารนอกจากคำนึงถึงหลักโภชนาการดังกล่าวแล้ว ทั้งนี้เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารและนำไปใช้ประโยชน์แก่ร่างกายได้อย่างแท้จริง อาหารแต่ละประเภทต้องพิจารณาถึงคุณค่าและปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

โปรตีน

เป็นอาหารที่จำเป็นต่อการคงสภาพของเนื้อเยื่อร่างกายโดยเฉพาะวัยสูงอายุ จึงต้องการโปรตีนที่มีคุณภาพ แต่ปริมาณลดลง ได้แก่ เนื้อ นม ไข่ ปลา ตับ โปรตีนที่ควรได้รับ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรืออย่างน้อย 45 กรัม ต่อวันก็เพียงพอ

นม

เป็นอาหารโปรตีนที่ผู้สูงอายุควรสนใจเพราะให้คุณค่าทางอาหารได้มาก ช่วยให้สารแคลเซียม เนื่องจากอายุมากขึ้น ความสมดุลของแคลเซียมจะเสียได้ง่าย เป็นอันตรายต่อโครงสร้างของกระดูก ทำให้กระดูกเปราะ ดังนั้นควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว (240 ซีซี) ทุกวัน ในกรณีแพ้ส่วนผสมของนม อาจดื่มนมเปรี้ยวแทน

ไข่

ผู้สูงอายุควรรับประทานไม่เกินสัปดาห์ละ 2 - 3 ฟอง เพราะไข่แดงจะเป็นตัวเพิ่มไขมันในเลือด หากมากเกินไปจะเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ

ปัจจุบันมีผู้นิยมสนใจอาหารมังสวิรัตีกันมาก จึงควรพิจารณาถึงสวัสดิ์ที่เหมาะสมกับสุขภาพตนเองด้วย ซึ่งอาหารมังสวิรัตมี 7 ชนิด ดังนี้

1. อาหารมังสวิรัตแบบเข้มงวด จะงดอาหารประเภทนมและเนื้อเด็ดขาด
2. อาหารมังสวิรัตแบบไม่กินเนื้อสัตว์ทุกชนิด ยกเว้นนมสด และไข่ กินได้
3. อาหารมังสวิรัตแบบดื่มนมสดอย่างเดียว แหล่งโปรตีนจากสัตว์จะมาจากนมที่ดื่มเท่านั้น
4. อาหารมังสวิรัตแบบงดเนื้อทุกประเภท ยกเว้นกินไข่ได้อย่างเดียว
5. อาหารมังสวิรัตแบบกินเนื้อปลา ได้ แต่ห้ามกินเนื้อสัตว์อื่น ๆ
6. อาหารมังสวิรัตแบบกินเฉพาะผลไม้อย่างเดียวเท่านั้น โดยกินกล้วยต่าง ๆ

เป็นอาหารโปรตีน

7. อาหารมังสวิรัตแบบกินเนื้อปลา เนื้อไก่ ได้ แต่ไม่กินเนื้อสัตว์อื่นที่มีสีแดง คาร์โบไฮเดรต

การรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มีจุดประสงค์เพื่อ ใ้ร่างกาย
ทำลายของเนื้อเยื่อโปรตีน รักษาสมดุลของระดับน้ำตาลในกระแสโลหิตสำหรับประสาทส่วนกลาง
เพิ่มแคลอรีให้แก่ร่างกายและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย

ข้าว

เป็นอาหารคาร์โบไฮเดรตที่คนไทยกินเป็นประจำ และเป็นแหล่งให้พลังงานแก่
ร่างกายที่สำคัญ ปริมาณการรับประทานที่พอเหมาะก็คือ ข้าวกล้อง 1 ถ้วย แต่ถ้าเป็นขนมปัง
กล้อง 1 - 2 แผ่น ก็เป็นปริมาณที่เพียงพอ อาหารพวกแป้ง น้ำตาล หรืออาหารให้
คาร์โบไฮเดรต เป็นอาหารที่ควรระมัดระวังสำหรับผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับไขมัน เพราะวัยสูงอายุ
ทำให้ความสามารถในการเผาผลาญลดลง การรับประทานเป็นจำนวนมากเป็นสาเหตุทำให้เกิด

1. น้ำตาลในเลือดสูง
2. โคเลสเตอรอล ในเลือดสูง

ไขมัน

ไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย และยังช่วยในการดูดซึมวิตามินเอ,
ดี, อี และเค ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 แคลอรี คนสูงอายุมีความต้องการแคลอรีจากอาหาร
โดยประมาณวันละ 2,100 แคลอรี แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับงานและกิจกรรมที่ทำด้วย อย่าลืมว่าการกิน
อาหารประเภทไขมันมากนอกจากทำให้อ้วนและเส้นโลหิตแข็งแล้ว ยังทำให้มีอาการท้องอืด
หลังอาหาร หรือท้องเสียได้ง่าย เพราะวัยสูงอายุเป็นวัยที่การย่อยอาหารไขมันมีน้อย เนื่องจาก
ขาดกรดลิโนอิกในการช่วยย่อยไขมัน

วิตามินและแร่ธาตุ

ผักและผลไม้เป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ วิตามินเป็นสารอาหารที่ช่วย
ในกระบวนการเผาผลาญของร่างกาย ปกติในแต่ละวัน อาหารที่ได้รับจะให้วิตามินเป็นการ
เพียงพอแล้ว ผู้สูงอายุบางคนอาจรับประทานวิตามินในรูปของยาเพิ่ม ถ้ามากเกินไปจะทำให้เกิด
โรควิตามินสูงเช่น วิตามินเอสูง ทำให้หน้าบวม และผิวแห้งแตกเป็นสะเก็ด

ผักที่รับประทานควรเป็นทั้งชนิดดิบและสุก ใบเขียวและใบเหลือง โดยเฉพาะผักที่
ให้วิตามินเอและซี จะต้องกินมากขึ้น สำหรับวิตามินซีควรรับประทานจากผักสด เพราะการต้ม
เปื่อยทำให้สูญเสียวิตามินไป นอกจากนี้ก็ยังให้แร่ธาตุพวกเหล็ก แคลเซียมและอื่น ๆ ด้วย

น้ำ

น้ำเป็นส่วนประกอบของร่างกายกว่าร้อยละ 66 หรือประมาณ 2 ใน 3 ของน้ำหนักตัวทำหน้าที่ควบคุมสภาพปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และเป็นตัวจักรสำคัญในการขับถ่ายของเสียออกมากน้ำที่ดื่มแต่ละวันจึงควรมากพอ อย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว หรือประมาณ 1500 - 2500 ซีซี ภาวะการขาดน้ำของผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นในเวลากลางคืน ทำให้รู้สึกกระหายน้ำ และต้องตื่นขึ้นมาดื่มน้ำ ซึ่งขัดจังหวะการนอน ทางที่ดี เพื่อแก้ปัญหานี้ ควรดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มก่อนจะช่วยให้ได้มาก

การขับถ่าย

การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุที่จะต้องทำความเข้าใจ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และแก้ปัญหาได้ถูกต้อง

การขับถ่ายปัสสาวะ

ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน บางคนอาจต้องตื่นมาถ่าย 2 - 3 ครั้ง และอาจถึง 4 ครั้งในบางคืน การถ่ายปัสสาวะบ่อยนี้พบได้มากในผู้หญิงถึงร้อยละ 70 ส่วนผู้ชายร้อยละ 50 สาเหตุของการถ่ายปัสสาวะบ่อย คือ

1. ขนาดบรรจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงจากเดิมประมาณครึ่งหนึ่งของวัยหนุ่มสาว ซึ่งปกติจะเก็บได้ถึง 500 ซีซี แต่เมื่อมีอายุการจุเก็บจะ ได้เพียง 250 ซีซี กระเพาะปัสสาวะจึงเต็มง่าย ทำให้รู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะเร็วกว่าปกติ
2. ความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ เพื่อขับปัสสาวะกับแรงต้านของท่อปัสสาวะไม่สมดุลกัน ทำให้การบีบขับปัสสาวะออกไม่สมบูรณ์ คงมีปัสสาวะค้างในกระเพาะมาก ปัสสาวะจึงเต็มเร็วซึ่งกระตุ้นให้ถ่ายบ่อย ช่วงของการปัสสาวะถึขึ้น
3. การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะมีความไวขึ้นทำให้ถ่ายบ่อย
4. อัตราการกรอง และจำนวนน้ำที่ขับออกของไตมีปริมาณลดลง เพราะการไหลเวียนของโลหิตไปยังไตลดลงด้วย แต่ในเวลากลางคืน การนอนทำให้การไหลเวียนของโลหิตที่ไตมีมากขึ้น การกรองมีมาก ปัสสาวะเต็มเร็ว ทำให้ถ่ายบ่อย
5. ในผู้ชายอาจมีต่อมลูกหมากโต ทำให้การถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งออกไม่สะดวก และไม่หมด มีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมาก ปัสสาวะจึงเต็มเร็ว

การถ่ายปัสสาวะบ่อยของผู้สูงอายุ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามปกติของวัย ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของร่างกาย ปัญหาจะอยู่ที่รบกวนการนอน เพราะทำให้ตื่นบ่อยการถ่ายปัสสาวะก่อนเข้านอนและการลดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ จะทำให้ถ่ายน้อยลงและนอนหลับได้มากขึ้น

การขับถ่ายอุจจาระ

การขับถ่ายอุจจาระเป็นปัญหาที่สร้างความวิตกกังวลให้กับผู้สูงอายุมาก ปัญหาสำคัญของการขับถ่ายอุจจาระคือ ท้องผูก ซึ่งพบได้ง่ายในผู้สูงอายุ และเกือบถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา แต่ถ้าขาดความสนใจโดยเฉพาะผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 - 80 ปีขึ้นไป ถ้าท้องผูกนานกว่า 3 วันขึ้นไป จะมีอาการอึดอัด และไม่สบายแน่นท้อง มีไข้สูง และเพื่อได้

ดังนั้นการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการขับถ่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้คงสภาวะของร่างกายให้เป็นปกติ สิ่งที่ต้องดูแลเพื่อส่งเสริมการขับถ่ายคือ

1. อาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีกากมากขึ้น และเป็นประจำทุกวันได้แก่ ผักและผลไม้ เช่นยอดแค ชะอม มะละกอ ถั่วฝักยาว ส้ม มะเขือเทศ
2. น้ำ เป็นส่วนประกอบสำคัญของร่างกาย ช่วยในการขับถ่ายของเสียการดื่มน้ำที่มากพอในแต่ละวันจะคงสภาพการทำงานในด้านการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ
3. ส้วม ควรได้รับความสะอาดสบาย และปลอดภัยในการก้าวส้วมแต่ละครั้งควรมีราวยึดเกาะ เพื่อการพยุงตัว และส้วมนี้จะช่วยผู้สูงอายุในแง่การลุกนั่งได้มาก
4. การฝึกหัดออกกำลังกาย เพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพของอวัยวะที่ช่วยในการขับถ่ายให้แข็งแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหน้าท้องและพื้นเชิงกราน สิ่งที่ต้องฝึกเป็นประจำก็คือ การฝึกกล้ามเนื้อหน้าท้องเพื่อให้การดึงตัวและหดรัดตัวได้ดีด้วยการฝึกเกร็งหน้าท้อง ถ้ากล้ามเนื้อส่วนนี้แข็งแรงจะช่วยให้การเบ่งถ่ายได้มาก จากนั้นให้ฝึกเกร็งกล้ามเนื้อสะโพก และขมิ้นบริเวณฝีเย็บเพื่อสร้างความตึงตัวของกล้ามเนื้อทำให้มีกำลังในการถ่าย

การออกกำลังกาย

จุดประสงค์ของการออกกำลังกาย เพื่อ

1. กระตุ้นให้กล้ามเนื้อแข็งแรง คงสภาพและมีความตึงตัง
2. กระตุ้นการทำงานของหัวใจ ซึ่งเป็นแกนสำคัญของระบบไหลเวียนของโลหิตให้แข็งแรงและสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. สร้างเสริมประสิทธิภาพของการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

ดังนั้น การออกกกำลังกาย เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้เพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุเป็นการดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพเป็นการสร้างภาวะร่างกายสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึงภาวะที่ร่างกายสามารถใช้ออกซิเจนได้อย่างเต็มที่ มีความสมดุลของน้ำหนักกับส่วนสูงตามระดับอายุการออกกกำลังกายจะเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยสร้างเสริมให้ร่างกายสมบูรณ์สำหรับผู้สูงอายุกิจกรรมการออกกกำลังกายจะแตกต่างกันไปตามความเหมาะสม และความสามารถของแต่ละบุคคล ความเข้มข้นและชนิดหรือวิธีการออกกกำลังกายจะต้องอยู่ในขอบข่ายความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้ วิธีการออกกกำลังกายควรจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อร่างกายและจิตใจ อย่างน้อยต้องทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงขึ้นในตัวผู้สูงอายุ

หลักการออกกกำลังกายที่ถูกต้อง

ตามปกติความสนใจในการออกกกำลังกายจะลดลงอย่างมากเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดของร่างกาย กล้ามเนื้อและหัวใจ การออกกออกกำลังกายเป็นกิจกรรมการรักษาสุขภาพที่มีความจำเป็นมากเมื่ออายุเกิน 35 ปี วิธีการออกกออกกำลังกายต้องเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของตนเองซึ่งควรเป็นการออกกออกกำลังกายอย่างธรรมดาที่สุดไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์มากมายจนกลายเป็นปัญหาในการจัดเตรียม การออกกออกกำลังกายมิใช่เพียงแต่จะใช้วิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น อาจเลือกตามกิจขอปในแต่วันสลับกัน กระโดดเชือก วิ่งเหยาะ ๆ หรือเดินเร็วก็ได้ ไม่จำเป็นต้องทำซ้ำ ๆ กันจะรู้สึกเบื่อหน่าย ความสำคัญอยู่ที่เวลาการออกกกำลังกายควรจะนานครั้งละ 15 - 60 นาที และจะต้องไม่หักโหม ไม่จำเป็นต้องออกกออกกำลังกายทุกวัน เป็นวันเว้นวันหรือสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง การออกกออกกำลังกายเป็นจังหวะและพอดีกับสมรรถภาพของร่างกาย จะเป็นการคงความสมบูรณ์ของร่างกายได้ดีที่สุด

ขั้นตอนของการออกกกำลังกาย (จินตนา รอดน้าพา. 2535 : 12 - 13)

1. การอุ่นเครื่อง (Warm up) ก่อนการออกกกำลังกายแต่ละครั้งจะต้องเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนประมาณ 5 - 10 นาที
2. การหยุดกิจกรรม เมื่อออกกกำลังกายเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรนอนอาบแดดหรือดื่มน้ำเย็นทันที ควรนั่งพักก่อนเพื่อให้ร่างกายได้ปรับอุณหภูมิ การหายใจ และความตึงเครียดของร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติ

3. การตรวจสอบความทนของร่างกายในการออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรม (Exercise Tolerance หรือ Activity Tolerance) เพื่อให้ทราบความสามารถในการใช้พลังงานของแต่ละบุคคล โดยปราศจากอันตรายต่อร่างกาย โดยวิธีการประเมินของผู้ออกกำลังกายเอง

3.1 การประเมินความทนของร่างกายจากการหายใจ โดยสังเกตลักษณะ และอัตราการหายใจ ปกติคนเราหายใจนาทีละ 18 - 24 ครั้ง ถ้าอัตราการหายใจเร็ว ขึ้น และหายใจด้วยท้อง แสดงว่า ออกกำลังกายมากเกินไป ควรหยุดเล่น

3.2 การประเมินความทนของร่างกายจากชีพจร ชีพจรหรืออัตราการเต้นของหัวใจคือ สัญญาณบอกการทำงานของหัวใจที่สามารถตรวจสอบได้ง่ายที่สุด ร่างกายปกติ ในระยะพักชีพจรจะเต้น 70 - 80 ครั้งต่อนาที การออกกำลังกายที่เหมาะสมในแต่ละครั้งควร จะเพิ่มความสามารถในการทำงานของหัวใจประมาณ 60 - 80% แต่ถ้ามีโรคประจำตัวควร ออกกำลังกายที่เพิ่มการทำงานของหัวใจเพียง 25%

อัตราชีพจรในการออกกำลังกายโดยเฉลี่ยสำหรับผู้สูงอายุ ควรอยู่ระหว่าง 100 - 120 ครั้งต่อนาที ถ้ามากกว่า 130 ครั้งต่อนาที หัวใจจะเครียดมากเกินไปจะเป็นอันตรายได้

การจับชีพจรควรกระทำทุกครั้งที่ออกกำลังกาย โดยเฉพาะหลังจากหยุดออกกำลังกายทันที การตายเนื่องจากการออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง หรือวิ่งเหยาะ ๆ (Jogging) เกิดจากผู้ออกกำลังกายขาดการประเมินสุขภาพตนเอง ไม่มีการอุ่นเครื่อง หักโหม

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย (กรมการแพทย์, 2536 : 62)

1. ทำให้มีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจ
 2. ทำให้มีสมรรถภาพทางกายด้านต่าง ๆ สูง ทำงานต่าง ๆ ได้มากขึ้น
ความเหนื่อยมีน้อยลง แรงกล้ามเนื้อมากขึ้น และมีความอดทนมากขึ้น
 3. ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและทรงตัว
 4. ป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อมต่าง ๆ
 5. ช่วยฟื้นฟูสภาพในผู้ที่มีโรคจากความเสื่อมดังกล่าวในข้อ 4
- การพักผ่อนและการนอน (สุจินต์ ปรีชามาตร, 2535 : 278 - 280)

การพักผ่อนหรือการหยุดพัก (Rest) หมายถึง "การหยุดพักในช่วงเวลาระหว่างการทำงานหรือเล่นเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และความอ่อนเพลียเรื้อรัง ซึ่งรวมทั้งการปรับปรุงรวบรวมกำลังทางร่างกายและจิตใจให้สดชื่นมีกำลังขึ้นมาใหม่เพื่อจะได้ทำงานหรือเล่นต่อไปให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น"

การหยุดพักในระยะเวลาทำงาน ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ หรือระหว่างเล่นนั้น อาจทำได้หลายวิธี ทั้งนี้สุดแล้วแต่ลักษณะของงาน หรือกิจกรรมประเภทใดเป็นสำคัญ เช่นขณะที่ทำงานอยู่กับโต๊ะ ใช้ความคิด หรืออ่านเขียนหนังสือ เมื่อนั่งนาน ๆ ก็จะลุกขึ้นเดิน หรือเปลี่ยนอิริยาบถต่าง ๆ เช่น การบิดตัว หรือดัดตนสัก 2 - 3 ท่า หรือนั่งหลับตาปล่อยจิตใจให้สบายสัก 3 - 5 นาที หรืออาจจะร้องเพลงสักตอนหนึ่งหรือตลอดเพลง (ถ้าหากอยู่ที่บ้านหรือห้องทำงานที่เสียงออกข้างนอกไม่ได้) แล้วก็ทำงานต่อไป ส่วนการพักผ่อนในระหว่างการเล่นก็ทำอย่างเต็มที่ที่จะหยุดพักโดยเดินไปรอบ ๆ หรือวิ่งเหยาะ ๆ พร้อมทั้งสูดลมหายใจยาว ๆ และยกมือทั้งสองขึ้นลงเข้ากับจังหวะหายใจ ก็จะทำให้ร่างกายสดชื่นขึ้น ในการเรียนนักเรียนควรมีการหยุดพักระหว่างชั่วโมงเพื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น มีการพักครึ่งเวลา หรือพักน้อย 10 - 15 นาที ทำให้การเรียนมีผลต่อนักเรียนได้มาก ฉะนั้นการรู้จักหยุดพักที่ถูกต้องจะช่วยให้อุณหภูมิของร่างกายมีความอดทนสมบูรณ์ และทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน หรือในการประกอบกิจกรรมประจำวันด้วย

การนอนเป็นการพักผ่อนร่างกายที่ดีที่สุด คนทุกคนต้องการนอนหลับ เพื่อเป็นการพักผ่อนและเตรียมความพร้อมของร่างกาย การหลับมีผลต่อสุขภาพโดยทั่วไปของคนที่ทางด้านอารมณ์ พฤติกรรมและความสามารถในการแสดงออก ขณะหลับการทำงานของร่างกายจะลดระดับลง เข้าสู่ระยะพัก ช่วยลดความเมื่อยล้า และความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ ในขณะเดียวกันก็เป็นการฟื้นฟู สะสมและผสมผสานพลังกำลังของร่างกายให้ พร้อมทั้งจะใช้ในกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อตื่นขึ้นทำงานในแต่ละวัน

แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไป คือ ระยะชั่วโมงการนอนสั้น ตื่นง่าย หลับยาก และชอบงีบตอนกลางวัน ตามจริงแล้วผู้สูงอายุไม่ต้องการนอนมากนักเพราะใช้กำลังน้อย สาเหตุหนึ่งของการนอนหลับไม่สมบูรณ์ หรือหลับไม่เต็มที่ของผู้สูงอายุมักเกิดจากความวิตกกังวลเรื่องการหลับแล้วตายไม่รู้ตัว จึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนมาใช้เวลากลางวันชดเชย

การงีบ คือ การหลับในช่วงสั้น แต่อาจหลับไม่สนิท ส่วนใหญ่มักใช้ช่วงเวลา กลางวัน ความต้องการการงีบจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ ซึ่งให้ประโยชน์มากแก่ร่างกายเพราะ ร่างกายได้พักผ่อนและคลายความเครียด สำหรับผู้สูงอายุยังใช้ชดเชยการนอนไม่หลับในเวลา กลางคืน การงีบแต่ละครั้งอาจใช้เวลาประมาณ 15 - 60 นาที ถ้างีบนานแสดงว่าผิดปกติ อาจเนื่องจากเบื่อหน่ายชีวิตหรือรับประทานยานอนหลับ ปัญหาการนอนหลับที่ผิดปกติ มักเป็นการ นอนไม่หลับและมีสาเหตุสำคัญจากปัญหาทางจิตใจ

สำหรับการหลับแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ การหลับธรรมดา และการหลับที่มีการ เคลื่อนไหวของตาอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นวงจรที่ต่อเนื่องกัน บางครั้งจะมีการผันกลับด้วยการผัน ในทางจิตวิทยา ถือว่าเป็นกลไกของการดำรงเสถียรภาพทางจิตใจของคนตามธรรมชาติเป็น การทำงานของจิตใจส่วนที่เป็นจิตใต้สำนึก ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด และความวิตกกังวล ต่าง ๆ ในผู้สูงอายุย่อมต้องการเวลาหลับ 9 - 10 ชั่วโมง จึงจะถือว่าได้นอนหลับอย่างเต็มที่

โคเฮน (เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุสยา ต้นติผลาชีวะ. 2528 : 44 ; อ้างอิงมาจาก Cohen. n.d.) ได้กล่าวถึง ความผันขึ้นอยู่กับการนอนก่อนเข้านอน ถ้าเข้านอน มีความกังวลสูง ความผันจะออกมาในทางฝันร้าย ถ้าสดชื่นจะฝันดี

การส่งเสริมการนอนหลับเพื่อให้หลับสบายและหลับได้ดีในผู้สูงอายุ มีหลายวิธี คือ

1. อาบน้ำอุ่นก่อนเข้านอน
 2. ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนเข้านอน เช่น นมสดหรือน้ำผลไม้ ควรดื่มน้ำกาแฟ เครื่องดื่ม น้ำอัดลม จะทำให้หลับยาก
 3. ฝึกออกกำลังกายที่ผ่อนคลายความเครียด
 4. ไม่ควรกินยานอนหลับหรือยาระงับประสาทโดยไม่จำเป็น
 5. รับประทานอาหารที่ให้แคลอรีเพียงพอกับร่างกาย จะช่วยให้หลับได้นาน
- อาหารโปรตีน เช่น นม เนื้อสัตว์ มีส่วนช่วยทำให้หลับสบาย
6. ทำจิตใจให้สบายก่อนเข้านอนด้วยการสวดมนต์ หรือทำสมาธิ จิตใจที่สงบ ปราศจากความกังวล จะทำให้หลับสบาย ไม่ฝันร้ายและนอนได้เต็มที่

การดูแลสุขภาพสุขภาพอนามัย (ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. 2535 : 34 - 35)

1. ผิวหนัง ผิวหนังของผู้สูงอายุจะบาง ไวต่อการกดทับและบาดเจ็บต่าง ๆ ใบบนใต้ผิวหนังจะน้อย ต่อมเหงื่อเหี่ยวแห้งผลิตเหงื่อได้น้อย ผิวจึงแห้งกระด้าง การอาบน้ำที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผิวหนังสะอาด ชุ่มชื้น กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตใต้ผิวหนัง การอาบน้ำที่บ่อย ๆ จึงไม่ช่วยให้สภาพของผิวหนังดีขึ้น ดังนั้น จึงควรอาบน้ำวันละครั้งในวันที่อากาศร้อนและอาจลด เป็น 2 วันต่อครั้งในระยะเวลาที่มีอากาศหนาว

2. มือ เท้า เล็บ ต้องดูแลให้สะอาด เล็บตัดสั้น ทำต้องดูแลเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันอันตรายและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการนวดนิ้ว ผ่าเท้าและส้นเท้า จะช่วยกระตุ้น การไหลเวียนของโลหิตได้ดี แช่เท้าด้วยน้ำอุ่นจัดประมาณ 10 - 15 นาที จะช่วยให้เล็บอ่อนนุ่ม และช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากนั้นตัดเล็บให้สั้น เรียบ เลือกล้างเท้าที่พอเหมาะแก่ ถ้าสามใส่ สบายน

3. ผม ควรสระสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นอย่างมาก เพราะเป็นวัยที่หนังศีรษะแห้ง และเปลี่ยนสี

4. ปาก เหงือกและฟัน เป็นอวัยวะที่สำคัญและจำเป็นในการดำรงชีวิต ฟันทำ หน้าที่บดเคี้ยวอาหาร กัด ฉีก แต่อาหารจะละเอียดได้ฟันต้องมีสภาพแข็งแรง ในผู้สูงอายุมักจะมี การเสื่อมสภาพของโครงสร้างฟัน เป็นผลทำให้ เหงือกและโยต่าง ๆ ที่ยึดรากฟันถูกทำลาย ฟันหลวมหลุดง่าย และเมื่อใส่ฟันปลอมที่ไม่พอเหมาะ การถอดเข้าออกบ่อย ๆ หรือไม่ใส่ฟันปลอม ทำให้เกิดแผลที่เหงือกได้ การรักษาความสะอาดของปากและฟันด้วยการล้าง เหงือกและฟันหรือใช้ แปรงนุ่ม ๆ แปรงขึ้นลงที่ขอบเหงือกตามไรฟันนาน ประมาณ 3 - 5 นาทีทุกครั้ง ใช้น้ำอุ่นหรือน้ำ เกลือจะช่วยรักษาเหงือกและความสะอาดในช่องปาก ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมควรถอดล้างทุกครั้ง หลังอาหารและแช่ด้วยน้ำสะอาดในเวลากลางคืน และควรดื่มน้ำมาก ๆ

5. เสื้อผ้า ควรเป็นผ้านุ่ม สวมใส่สบายและสบาย ชักทำความสะอาดง่าย เสื้อผ้า ควรเหมาะสมกับลักษณะของอากาศ

6. อวัยวะสืบพันธุ์ ในผู้หญิงมักมีการขับสารบางอย่างออกทางช่องคลอดมากขึ้น ในระยะหลังหมดประจำเดือน ภายหลังการขับถ่ายทุกครั้ง จำเป็นต้องทำความสะอาดด้วยน้ำและ สบู่ แล้วซับให้แห้ง

การรักษาสุขภาพจิต

สุขภาพจิตมีความสำคัญต่อชีวิตของมนุษย์เป็นอย่างมากและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของคนทุกคน ยิ่งในปัจจุบันมนุษย์ต้องพบกับความตึงเครียดมากมายจากภาวะเศรษฐกิจที่ฝืดเคืองความรับผิดชอบที่ต้องมีต่อครอบครัวและสังคม ความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินจากโจรผู้ร้าย ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมโทรมขึ้น ดังนั้น การปรับตัวเพื่อการรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจ โดยการพัฒนากาลังจิต จะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้

ผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมจะช่วยให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชดพลอยมีความสุข คือมีสุขภาพจิตดีไปด้วย การมีหน้าตายิ้มแย้ม จิตใจชื่นบาน ย่อมมีแต่มิตร ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด บุตร ภรรยา สามีย่อมมีความสุขไปด้วย ด้วยเหตุนี้เอง ทุกคนจึงควรหันมาสนใจสุขภาพจิตของตน เพื่อการดำรงชีวิตที่เต็มไปด้วยประโยชน์สูง ทั้งตนเอง และส่วนรวม สามารถแก้ปัญหาของตนเอง ได้และอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข (สุรางค์ จันทน์เอม, 2524 : 6 - 7)

ความเครียดทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากที่ต้องตอบสนองกับสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา เช่น การสูญเสียที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ที่ต้องยอมรับและปรับตัวให้ได้ ความเครียดทางจิตใจนี้ต้องใช้กำลังใจอย่างมากในการปรับตัว ด้วยวิธีการดังนี้

1. รับรู้ และทำความเข้าใจเหตุการณ์ในทางที่ถูกต้องตามข้อเท็จจริง ยอมรับความจริงแล้วปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์นั้น ๆ เมื่อเห็นว่าไม่ขัดกับความรู้สึกของตน และสังคมส่วนใหญ่อ ยอมรับ ซึ่งเป็นการลดความเครียดของจิตใจ การไม่ยอมรับ จะสร้างความคับข้องใจ ทำให้เครียดมากขึ้น จนเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิต
2. ใช้กลไกการปรับตัวโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อลดความตึงเครียด และ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น
3. หาที่พึ่ง และความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเครียดที่มีอยู่ เช่นการระบายออกด้วยการพูดสนทนา หรือขอคำแนะนำปรึกษาแล้วแต่ว่าปัญหาความเครียดนั้น มีลักษณะเป็นอย่างไร

นอกจากนี้การพัฒนากาลังจิต จะช่วยผ่อนคลายความเครียดของร่างกายจิตใจ และปรับสภาพสมดุลของจิตใจให้มีความสุข การพัฒนากาลังจิตมี 2 ลักษณะ คือ

1. การเตรียมความพร้อมของจิตใจ ใช้เวลา 5 นาทีก่อนเข้ากิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในชีวิต สถานที่ควรจะทำให้ความสบายและไม่สิ่งรบกวน จึงจะทำให้จิตสงบ วิธีปฏิบัติง่าย ๆ โดยใช้สมาธิ คือการทำจิตว่าง หรือสงบ ด้วยการสังเกตลมหายใจเข้า - ออกช้า ๆ และการผ่อนคลายร่างกาย จิตใจด้วยการนั่งในท่าสบาย วางมือประสานกันที่ตัก หลับตา รวมจิตนิ่งที่ลมหายใจและอภิวินัยด้วยการนวดตนเอง (Self Massage)

2. การลดความเครียดทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสดชื่นและมีความสุขกับชีวิต โดยใช้วิธีการควบคุมการเคลื่อนไหว เช่น การเท้าน้ำออกจากแก้วช้า ๆ ขณะทำจิตนิ่งที่กิจกรรมจะทำให้จิตว่างคลายกังวล วิธีการผ่อนคลายความเครียดโดยการนั่งหรือนอน แล้วปล่อยแขนขาให้อิสระ หลับตาลง ผ่อนคลายความเครียดของกล้ามเนื้อหน้าขา ๆ อาจทำตอนเข้านอนจะช่วยให้หลับสนิท และวิธีการฝังตัว เป็นเทคนิคของการทำให้กล้ามเนื้อได้เคลื่อนไหวและฝังตัวเต็มที่

การดำรงรักษาสุขภาพจิต

คนเราสามารถป้องกันตนเองจากความเจ็บป่วยทางจิตใจได้ ยกเว้นจากกรรมพันธุ์และความเสื่อมของสมองที่ป้องกันได้ยาก การศึกษาธรรมชาติของชีวิต การยอมรับความจริง การเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตอย่างเข้าใจ แล้วนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง เป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดของการทะนุบำรุงจิตใจ และสร้างสุขภาพจิตที่ดี

การรักษาและส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นงานที่ต้องอาศัยตนเองเป็นหลักต้องกระทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย ผู้สูงอายุที่มีจิตใจร่าเริง มีสุขภาพดีเป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปสู่ความสุขในบั้นปลายชีวิต ดังนั้นจึงต้องพยายามกระตุ้นจิตใจของผู้สูงอายุด้วยสิ่งต่อไปนี้

1. พยายามคงการติดต่อกับคนหนุ่มกว่าและแก่กว่าท่านไว้ เขาจะเป็นแหล่งกระตุ้นและสนับสนุนจิตใจของท่าน อย่าหลีกเลี่ยง หรือแยกตัวออกมาอยู่โดดเดี่ยว
2. พยายามทำกิจกรรมสร้างสรรค์ ซึ่งท่านได้ร่วมทำกับคนอื่น เช่น การทำอาหาร การเย็บปักถักร้อย การวาดภาพ ทำสวน ฯลฯ
3. พยายามคงกิจกรรมทางปัญญาความคิด เช่น การอ่าน การทำอักษรไขว้ การแก้ปริศนา เล่นเกมต่าง ๆ ที่ใช้กำลังความคิด เช่น ไพ่ หมากรุก ฯลฯ พยายามเข้าเรียนหรืออบรมความรู้ใหม่ ๆ สิ่งใหม่ ๆ
4. เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น งานอาสาสมัคร สังคมท้องถิ่น การเมืองท้องถิ่น กลุ่มอภิปรายต่าง ๆ และชมรมผู้สูงอายุประจำชุมชน

5. เป็นคนใจกว้าง อาย้ายถิ่นในสิ่งใดจนเกินเหตุ หากแต่ทบทวนที่สมัคร
วิถีชีวิตอยู่เรื่อย ๆ เสมอ ๆ และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมันให้เข้ากับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่สมควร

6. ต้องพยายามคงความสนใจในเหตุการณ์ ข่าวสารบ้านเมืองต่าง ๆ ไว้เสมอ
(เกษม ต้นตมลาชีวะ และกุลยา ต้นตมลาชีวะ, 2528 : 92 - 103)

บทบาทของผู้สูงอายุที่มีในครอบครัวและชุมชน/สังคม

ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นสังคมกลุ่มแรกที่เรจะต้องเผชิญ
ตั้งแต่เกิด เติบโตในครอบครัว หน้าที่ของครอบครัวมีหลายประการ เช่น สร้างสมาชิกใหม่เลี้ยงดู
ผู้เยาว์ให้เจริญเติบโตในสังคม ฯลฯ ที่สำคัญครอบครัวเป็นแหล่งให้กำลังใจและปลุกปลอบใจ
ให้ความรัก ความคุ้มครอง ความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิก ประเทศไทยได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่
ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากครอบครัวมากที่สุดในโลกประเทศหนึ่ง แต่การเปลี่ยนแปลงของสังคม
ไทยในอนาคต กำลังส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้สูงอายุเป็นลำดับ การยอมรับและให้กำลังใจ เป็นการ
สนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความพร้อมและภูมิใจในตนเอง เป็นวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี
การสนับสนุนของครอบครัวที่ควรกระทำคือ

1. การดูแลเรื่องการเงิน การกินอยู่หลับนอน เสื้อผ้า และที่พักอาศัยตาม
ความต้องการจำเป็น ทั้งเร่งด่วน และต่อเนื่อง

2. ให้การคำจุนทางจิตใจ เพื่อให้มีอารมณ์ดี ภาควิไมจและมีความสุขด้วยการ

2.1 ยอมรับสภาพความมีอายุ ให้ความสนใจ เห็นใจ การสนทนาใช้คำพูด
สั้น ๆ เข้าใจง่าย ไม่รีบร้อน และคอยให้กำลังใจ

2.2 ให้เกียรติ ผู้สูงอายุเปรียบเสมือนบุษนิญเคลลของครอบครัว ที่จะต้อง
ให้เกียรติให้ความเคารพนับถือ เพราะอย่างน้อยท่านก็ให้หลายสิ่งหลายอย่างแก่คนชั้นลูกหลาน
มาพอสมควรการให้เกียรติจะต้องใช้วาจาที่ไพเราะ มารยาทที่ดีไม่เร่งเร้า และให้ความนับถือ
ไปพร้อม ๆ กัน การกระทำที่ควรเป็นไปอย่างเสมอต้นเสมอปลาย เพื่อสร้างความมั่นใจและ
ความภูมิใจในตัวผู้สูงอายุ

2.3 การดูแลเอาใจใส่ และดูแลทุกข์สุขเป็นความรับผิดชอบของบุตร
การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง มีกิจกรรมอิสระ และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์
เป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติยิ่งกว่าการประคบประหงมผู้สูงอายุเหมือนเด็ก จนกลายเป็นคนช่วยเหลือตัวเอง
ไม่ได้ ฉะนั้นถ้าต้องการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง ซึ่งนอกจาก
ผู้สูงอายุจะสุขภาพดีแล้วยังภูมิใจในตัวเองว่าสามารถอยู่อย่างอิสระด้วย

3. ให้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย หรือพิการทั้งจะเป็นชั่วคราว หรือต่อเนื่อง ไม่ทอดทิ้ง ให้เป็นภาระของบุคคลใดบุคคลหนึ่งของครอบครัว หรือทั้งให้เป็นภาระของโรงพยาบาล

การที่ผู้สูงอายุจะอยู่ในครอบครัวอย่างมีความสุข จำเป็นที่ผู้สูงอายุจะต้องปรับปรุง เปลี่ยนแปลงตัวเองและผู้เป็นบุตรก็ต้องสนองบุญคุณบิดามารดาสมส่วนกัน สิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้อง ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตัวเอง ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุจะต้องเข้าใจตัวเองว่า บัดนี้ ตัวเองเป็น ผู้สูงอายุแล้ว มิใช่ทำหน้าที่ครอบครัวอย่างแต่ก่อน แต่เป็นผู้อาศัยเขาอยู่ที่มีศักดิ์ศรี ดังนั้น การใด ๆ จะเอาแต่ใจตนเป็นที่ตั้งย่อมไม่ได้ จะจุกจิกจู้จี้มากคงไม่ได้ แต่ควรพยายามช่วยตนเองให้มากที่สุด ที่จะทำได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยยังพอใจที่จะอยู่กับลูกหลาน และมีความสุขที่เห็น ความเจริญก้าวหน้าของลูกหลาน ดังนั้น เป็นการสมควรอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องอยู่กับลูกหลาน วัฒนธรรมไทยเราแต่ไหนแต่ไรมา ลูกก็ต้องดูแลบิดามารดา เป็นการกตัญญูทดแทนที่บิดามารดา เลี้ยงดูเรามา เมื่อท่านแก่เฒ่าลูกหลานก็ต้องเลี้ยงดูท่าน วัฒนธรรมเช่นนี้เป็นของดีที่ควรจะต้อง ยึดถือกันให้มั่นคงไว้

สำหรับบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุได้สูญเสียภาวะการเป็นผู้นำ การขาดจาก ตำแหน่งหน้าที่การงาน ทำให้รายได้ลดลง ต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ ซึ่งต้องใช้เวลาใน การเตรียมตัวและปรับตัว ลักษณะทางสังคมที่เด่นชัด และนิยมปฏิบัติในกลุ่มผู้สูงอายุ ก็คือ การใช้ ชีวิตอย่างสงบในบั้นปลาย เช่น การยึดมั่นในศาสนา สนใจในคำสอนของศาสนาต่าง ๆ หรือ หลักปฏิบัติทางศาสนาต่าง ๆ นี้ เป็นต้น ผู้สูงอายุในบางชุมชนจะเป็นสัญลักษณ์ในการปฏิบัติศาสนกิจ เผยแพร่คำสั่งสอนรวมทั้งอนุรักษ์สั่งเสริมศิลปวัฒนธรรม ในตนเองเดียวกันจะมีผู้สูงอายุจำนวนมาก ที่ได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับการบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่น โดยเขาสามารถสร้างและพัฒนาทักษะใน การให้ความช่วยเหลือสังคมขึ้นมาเป็นอย่างดีและใช้ประโยชน์ให้เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ในช่วงสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม (ศศิพันธ์ ยอดเพชร. 2534 : 22)

ลักษณะส่วนบุคคล (ตัวแปรอิสระ) ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

ลักษณะส่วนบุคคลที่เลือกศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้ รายได้เฉลี่ย

เพศ

โดยทั่วไปเพศหญิงและเพศชาย มีความแตกต่างกันในภาวะสุขภาพทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของเพศหญิง มีความสลับซับซ้อนมากกว่าเพศชาย ซึ่ง Ruth (1973 : 24 - 25) ให้ทัศนะว่าเพศอาจเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของการเจ็บป่วย เนื่องจากเพศชายมีความแข็งแกร่ง ความเป็นชายชาติ ทำให้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยง่าย ๆ และมองว่าการเจ็บป่วยเป็นสัญลักษณ์ของความอ่อนแอ และความเป็นหญิง และเพศหญิงมักจะรายงานว่าตนอยู่ในภาวะเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย และถึงแม้ว่าเพศหญิงจะมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวกว่าเพศชาย แต่เมื่อพูดถึงการเจ็บป่วยแล้ว เพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่า (Riley and Foner, 1968 : 211) แบบแผนดังกล่าวยังพบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุชายโดยทั่วไปมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง (จารุวรรณ เหมะธรร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2526 : 44 ; ภาพร ชัยวรรณ, 2528 : 26) จึงอาจกล่าวได้ว่า เพศชายน่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าเพศหญิง

อายุ

อายุน่าจะมีผลต่อการเจ็บป่วยที่ต่างกัน เพราะในแต่ละช่วงอายุนั้นความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และความเจริญของร่างกายจะแตกต่างกัน เช่น ในวัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่ไม่เจริญแล้ว จึงมีสุขภาพทรุดโทรมเจ็บป่วยง่ายและเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บเกือบตลอดเวลา ดังนั้นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจะเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่ง เฟอราโร (Feraro, 1980 : 385) พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 75 ปี และมากกว่า มักรายงานปัญหาสุขภาพของตนว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การเคี้ยวอาหาร การได้ยินและป่วยเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น จารุวรรณ เหมะธรร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 66) ศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตนครบาลแก่งกะสัน กรุงเทพฯ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอายุต่ำจะมีสุขภาพกายดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คืออัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีสุขภาพไม่ดีมีสูงกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า (ภาพร ชัยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2532 : 25)

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีอายุที่ต่างกัน จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันโดยผู้ที่อายุมากน่าจะมีภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรม เจ็บป่วยและบาดเจ็บ ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ศาสนา

จากผลงานวิจัยของ ทิพวัลย์ ขาวสัววงศ์ (2535 : 160) ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารับดี พบว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จงรักษ์ ศุกกิจเจริญ (2527 : 108) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมเผชิญภาวะความเครียดในผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นคนไทยนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93 ซึ่งตามขนบธรรมเนียมประเพณีไทย เมื่อถึงเทศกาลหรือวันสำคัญทางศาสนา บิดามารดาจะนำบุตรหลานไปร่วมทำบุญและฟังคำสอนจากพระภิกษุสงฆ์ตามวัดต่าง ๆ ด้วย และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะเข้าวัดเพื่อศึกษาธรรมะตามค่านิยมของสังคมไทย การศาสนาเมื่อมีอิทธิพลต่อความเชื่อ ความคิด ทัศนคติ แรงจูงใจ

ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีศาสนาที่ต่างกัน จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา

การศึกษาของ รุท (Ruth. 1973 : 136 - 156) ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาคำนึงพบปัญหาที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และการดูแลสุขภาพ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุก็เช่นกัน ซึ่ง จารูวรรณ เหมะธรร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 37) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระดับภาวะสุขภาพกาย ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาคำนึงและระดับภาวะสุขภาพกายต่ำสุดในผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน น่าจะมีผลให้มีภาวะสุขภาพที่ต่างกัน

การศึกษาผู้สูงอายุในหลายประเทศในแถบเอเชีย แอฟริกา ลาตินอเมริกา และหมู่เกาะแคริบเบียน พบว่า การมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของการศึกษา โดยพบว่าความรู้หนังสือจะมีความสัมพันธ์กับอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด สูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ (Kinsella. 1988 : 21) สำหรับในประเทศไทย นิศา ชูโต (2525) พบว่า กลุ่มคนชราที่มีการศึกษาคำนึง มีอาชีพเกษตรกร และมีฐานะยากจน จะขาดความรู้ในการระมัดระวังดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้ในการใช้ชีวิตวัยชราอย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้เชื่อว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาคำนึง

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งจะพบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถทางหน้าที่ร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิตหรือไม่คู่ชีวิตจะมีผลอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด หาคู่เพื่อนซึ่งเข้าใจกันดีมาเป็นเวลานาน การสูญเสียนี้เป็นสาเหตุให้การทำงานของระบบต่าง ๆ อ่อนแอลง (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2526 : 67 - 68) และสเปคค์ (Speake. 1987 : 28) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 118 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่กับ โสด หม้าย หย่า แยก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน อารมณ์ วุฒิพฤษ และคนอื่น ๆ (2529 - 2530 : 39) ศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผู้สูงอายุชาวดัตช์ ในปี ค.ศ. 1974 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแบบอื่น ๆ (Mertens. 1987 : 337)

จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมักจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ และผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว (มยุรา นพพรพันธุ์. 2534 : 16)

สภาพการอยู่อาศัย

จากการศึกษาของ ทิพัลย์ ชาวสโลวาเกีย (2535 : 162) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เพราะเมื่อย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุ จะต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่น และจากการศึกษาของ มยุรา นพพรพันธุ์ (2534 : 94) พบว่า ผู้สูงอายุที่ตนเองหรือคู่สมรสเป็นเจ้าของบ้านเอง มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยบ้านของบุตรหลานหรือญาติ หรืออยู่บ้านเช่าหรือบ้านที่หน่วยงานจัดให้ ดังนั้นสภาพการเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย

อาชีพ

แต่ละอาชีพมีสภาพแวดล้อมไม่เหมือนกัน จากการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจโดย Koos ในปี ค.ศ. 1954 พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และชั้นทางสังคม มีความสัมพันธ์กับลักษณะการปฏิบัติ ด้านอนามัย ทำให้สภาพของบุคคลมีความแตกต่างกัน (วัน คูชิตา. 2529 : 18 ; อ้างอิงมาจาก Koos. 1954 : 32) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จาโลวิค และเพาวเวอร์ (Jalowice and Power. 1981 : 10 - 15) ที่ได้ศึกษาพบว่า อาชีพของการทำงานมีความสัมพันธ์กับคะแนนวิธีการเผชิญปัญหาเช่นกัน อาชีพบางอย่างมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ ทิพย์ภา บุรี (2529 : 69) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า อาชีพข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และเอกชน มีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วาสนา บุรณณวิวัฒน์ (2532 : 58) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ พบว่า กลุ่มที่มีอาชีพราชการ รัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชน จะมีคะแนนแบบแผนชีวิตสูงกว่า อาชีพทำไร่ ทำนา รับจ้างรายวัน และอาชีพอื่น ๆ

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อาชีพที่ต่างกันน่าจะมีภาวะสุขภาพอนามัยที่แตกต่างกัน แหล่งรายได้ และรายได้เฉลี่ย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นบุคคลที่เคยมีรายได้จากการทำงาน เมื่อไม่มีงานทำหรือเกษียณอายุแล้ว รายได้อาจลดน้อยลงได้ ซึ่ง สุพัศตรา สุภาพ (2526 : 49) กล่าวว่า ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจหรือความต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน เช่น ลูกหลาน หรือญาติ อาจจะทำให้การเลี้ยงดูความสมควรแก่สภาพ แต่ถ้ามองในแง่ความมั่นคงทางสังคมที่ต้องการเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การได้กินน้ำจืด บำนาญ การสงเคราะห์คนชรา การประกันคนชรา เพื่อให้ทุกคนมีรายได้ยามชราภาพ

รายได้น่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพอนามัย เพราะรายได้เป็นปัจจัยที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และในยามปกติรายได้ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีจากการได้รับประทานอาหารที่ดี มีคุณค่า การอยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ และการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย อาจทำให้ไม่สามารถมีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรงได้เท่าที่ควร คือ ขาดการบำรุงรักษาที่ดี ซึ่งจำเป็นต้องใช้เงินเป็นปัจจัยสำคัญ (มยุรา นพพรพันธุ์. 2534 : 17)

จากการศึกษาของ เขมิกา ยามะรัต (2527) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสุขภาพของคนชรา กล่าวคือ คนชราที่มีรายได้สูง จะมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดีด้วยซึ่งสอดคล้องกับ บรรลุ ศิริพานิช (2531) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงมีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีกว่ากลุ่มที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง

ดังนั้น จากการศึกษา แหล่งรายได้ และรายได้เฉลี่ยที่แตกต่างกันน่าจะมีภาวะสุขภาพที่ต่างกัน

ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุได้จัดตั้งเป็นครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อ 1 ธันวาคม 2506 โดยพระยาบริรักษ์เวชการ องคมนตรีและกรรมการมูลนิธิวิจัยประสาท ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นประธาน พร้อมด้วย ศจ.หลวงพิณพาทย์พิทยาเกท และ ศจ.นพ.ประสพ รัตนาร เป็นกรรมการเลขานุการ เป็นการริเริ่มของมูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งขณะนั้น พระวรวงศ์เธอ กรมหมื่นพิทยลาภพฤฒิยากร ประธานองคมนตรี ทรงเป็นองค์ประธาน

ชมรมผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์ จัดกิจกรรมร่วมกัน
2. เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน
3. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมกันพัฒนาสังคม บำเพ็ญประโยชน์ เช่น การเผยแพร่ สุขศึกษา การส่งเสริมวัฒนธรรม และกิจกรรมอื่น ๆ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถร่วมงานให้เป็นประโยชน์ได้

สำหรับชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ ในจังหวัดสมุทรสาคร จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2536 โดยดำเนินกิจกรรมงานหลัก อาทิเช่น การตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการออกกำลังกาย งานวิชาการสำหรับผู้สูงอายุ ทักษะกิจกรรมวันสูงอายุ ทุกวันที่ 13 เมษายน

ผลการดำเนินการดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุ

1. มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมของสังคม มีโอกาสพบปะสังสรรค์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันทำให้ไม่รู้สึกถูกละเลยทอดทิ้ง
2. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุสนใจต่อสุขภาพอนามัยของตนเองมากขึ้น
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น โรคต่าง ๆ การป้องกันตนเอง การออกกำลังกาย และธรรมะ
4. เป็นการกระตุ้นบุคลากรให้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ

ระเบียบการรับสมัครสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยจะรับสมัครสมาชิกผู้สูงอายุ ซึ่งมีภูมิลำเนาที่อยู่ในตำบลที่จัดตั้งชมรมฯ ขึ้น โดยต้องมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะไปสมัครด้วยตนเอง หรือให้ลูกหลานไปสมัครแทนก็ได้ ให้นำหลักฐาน บัตรประชาชน และคำรับรองของผู้ใหญ่บ้านในหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุอยู่ว่าท่านอยู่ในภูมิลำเนาดังกล่าวจริง

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในต่างประเทศ

ทิงเคอร์ (จินตนา รอดนภาพา. 2535 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Tinker. n.d.) ได้ศึกษาเรื่อง "ผู้สูงอายุในสภาพสังคมปัจจุบัน" (The Elderly In Modern Society) โดยศึกษากับผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่ง พบว่า ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ามีใครเชื่อมั่นในตัวเขา ซึ่งการไม่ได้รับความเชื่อมั่นจากผู้อื่นนั้นเป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพไม่ดี ปัญหาความว้าเหว่ และปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม

บีล (Beal. 1986 : 157) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ผลกระทบของการเต้นรำหรือโปรแกรมการเคลื่อนไหวต่อการปรับปรุง สำหรับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย" (The Effect of a Dance/Movement Activity Program on The Successful Adjustment to Aging in the Active/Independent Older Adult) เพื่อแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุช่วยส่งเสริมการทำงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายแบบเข้าจังหวะของกลุ่มกลัมนั้นช่วยให้ผู้สูงอายุ ปรากฏว่าช่วยลดความวิตกกังวลและความกดดันในปัจจุบันยัง ไม่มีรายงานที่จะอธิบาย ได้พอเพียงที่จะหาชนิดของโปรแกรมสำหรับลดความวิตกกังวลและความกดดันในผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีอายุระหว่าง 60 - 81 ปี จำนวน 25 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ไม่ช่วยลดแรงกดดัน และไม่เพิ่มความพอใจของชีวิต เนื่องจากมีตัวแปรอื่น ๆ จึงต้องนำมาพิจารณาแนวทางในการท้าววิจัยต่อไปในอนาคตซึ่งคาดการณ์ว่า การแสดงท่าทางเต้นรำจะถูกรวมเข้าเป็นเกณฑ์การเคลื่อนไหว

เพอร์รี (Perri. 1985 : 167 - 172) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ผลกระทบของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อสุขภาพจิตแปรตามผู้สูงอายุ" (The Effect of an Aerobic Exercise Program on Psychological Variables in Older

Adults) ในการศึกษาประเมินสุขภาพจิตจากผลกระทบของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโดยโปรแกรมแอโรบิคสำหรับผู้สูงอายุ ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 23 คน ในช่วงเวลา 14 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า แตกต่างกันในการคิดรวบยอดของตนเอง และแตกต่างกันมากในความรู้สึกของกลุ่มควบคุม แต่การปรับปรุงในความจำยังไม่ปรากฏ

สแตซี่ และคนอื่น ๆ (Stacey and others. 1985 : 67 - 74) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ความรู้ และเหตุการณ์เปลี่ยนพฤติกรรมจากการปรับปรุงสมรรถภาพทางกายของบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป" (Simple Cognitive and Behavioural Changes Resulting from Improved Physical Fitness in Persons over 50 Years of Age) การประเมินผลกระทบของการออกกำลังกายต่อการปฏิบัติด้านความรู้ และความสุขทางจิตใจ ในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างชุดของตัวแปร และสิ่งที่ได้มาจากโปรแกรมสมรรถภาพ จากการคาดคะเนว่าผลกระทบที่เป็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย อาจจะแผ่ขยายกว้างออกไปยังกระบวนการความรู้และบุคลิกภาพ

คันทิงแฮม (Cunningham. 1989 : 131) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "พฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนผู้สูงอายุ" (Health Promoting Self - Care Behavior in the Community Older Adult) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนของผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบตามทฤษฎีของ โอเรม โดยนำเสนอการผสมผสานระหว่างมิติทัศน์ของตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพ และสรุปตัวอย่างแบบมีจุดมุ่งหมายได้แก่ผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพ และสรุปตัวอย่างแบบมีจุดมุ่งหมายได้แก่ผู้สูงอายุที่มีอิสระต่อกันจำนวน 178 คน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อาจเรียกได้ว่า เป็นการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมยิ่งกว่านั้นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปร ยังแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ความรู้ทางสุขภาพ ความรับผิดชอบทางสุขภาพ และแรงจูงใจในเรื่องของสุขภาพทั้งหมดนี้ล้วนแต่มีส่วนในการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพด้วยทั้งนั้น

การวิจัยในประเทศไทย

สุวรรณี พลัฒาทอง (2522 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในกรุงเทพมหานคร พบว่า คนชราในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีความทันสมัยในด้านการรับข่าวสาร ความสนใจในเหตุการณ์ปัจจุบัน การยอมรับความคิดใหม่ เชื่อในความสามารถของบุคคล เป็นคนมีเหตุผล รู้จักวางแผนชีวิต ว่าง่วงหน้าและมีความสัมพันธ์กับลักษณะพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ ในเรื่องภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองนั้น คนชราส่วนใหญ่มองตนเองค่อนข้างมีคุณค่า และมีความคิดต่อตนเองไปในทางที่ดี

บุญยืน สุภาพ (2522 : 94) ได้ศึกษาเรื่อง "การศึกษาเปรียบเทียบปัญหาความต้องการและโลกทัศน์ของคนชราในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐบาลและเอกชน" โดยการสัมภาษณ์คนชราของสถานสงเคราะห์รัฐบาล จำนวน 100 คน และสถานสงเคราะห์เอกชนจำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาที่คนชราเข้ารับการสงเคราะห์คือ ปัญหาเรื่องสุขภาพ ได้แก่ ความเสื่อมโทรมทางสุขภาพ และคนชราในสถานสงเคราะห์ทั้งสองแห่งมีความพอใจที่ได้รับสนองความต้องการทางร่างกายเป็นอันดับแรกคือ ได้รับสนองความต้องการด้านอาหาร ที่พักอาศัย ความปลอดภัย และการพักผ่อนด้วยกิจกรรมนันทนาการ นอกจากนี้ ยังพบว่าคนชรามีความเชื่อ ในสิ่งศักดิ์สิทธิ์และบุญกรรมและมีความวิตกกังวลในเรื่องอันตรายจากสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อความตาย

เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์ (2523 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ" โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลประสาท พญาไท จำนวน 220 คน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ และศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการด้านความรับผิดชอบของครอบครัวและรัฐต่อผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ ในลักษณะรวมทุกด้าน และด้านสถานภาพทางสุขภาพกาย ด้านความสามารถทางร่างกาย ด้านสถานภาพทางสุขภาพจิต ด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยในกลุ่มอายุ และรายได้ไม่มี ความแตกต่างกัน หากแต่ว่าในเรื่องเพศแตกต่างกันเฉพาะด้านความสามารถทางร่างกาย ส่วนการศึกษาสถานภาพสมรสคู่ และรายได้แตกต่างกันเฉพาะด้านการเข้ารับบริการทางการแพทย์

พิธีทธี คำนวณศิลป์ และคนอื่น ๆ (2523 : 1 - 2) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา พบว่า คนชราไทยเป็นผู้ที่มีระดับความทันสมัยค่อนข้างสูงในเรื่องของ การอบรมเลี้ยงดูบุตร การยอมรับความคิดใหม่ ๆ การวางแผนล่วงหน้า ความสนใจในเหตุการณ์ปัจจุบัน และการรับข่าวสาร เพศชายมีความทันสมัยสูงกว่าเพศหญิง ในเรื่องของภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง ผู้สูงอายุพิจารณาว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อสังคม และมองว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อครอบครัวทั้งในด้านคุณค่าต่อบุตรหลาน เป็นที่พึ่งทางใจ ช่วยอบรมสั่งสอนบุตรหลาน ตลอดจนช่วยทำงานบ้านและดูแลบ้าน นอกจากนี้ยังมีคุณค่าต่อสังคมในด้านการให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษา ในการจัดทำพิธีกรรมต่าง ๆ และช่วยเหลือยามผู้อื่นเจ็บป่วยได้ ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าตนมีคุณค่าต่อครอบครัวมากกว่าต่อสังคม

นิตา ชูโต (2525 : บทคัดย่อ) ได้รายงานการศึกษาเรื่อง "คนชราไทย" โดยทำการสุ่มสำรวจจากคนชราไทย 1,000 คน จากจังหวัดอุบลราชธานี พระนครศรีอยุธยา เชียงใหม่ นครศรีธรรมราช และกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาลักษณะทางสังคมและโครงสร้างทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัว การดำเนินกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อนหย่อนใจ และการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ศึกษาความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง เกี่ยวกับความชราภาพและปัญหาของผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาสำคัญของคนชราคือ ปัญหาเศรษฐกิจ และสุขภาพร่างกายทรุดโทรม และการขาดเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน คนชราเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมค่อนข้างน้อย บริการทางสังคมที่คนชราได้รับเกือบไม่มีเลย หรือมีก็น้อยมาก

ทองอยู่ แก้วไทรชะ (2525 : 1 - 3) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "ผู้สูงอายุในสังคมไทย" เพื่อเปรียบเทียบสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ลักษณะส่วนตัว สภาพครอบครัว กิจกรรมและบทบาทของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ความสุข ความพอใจ และความคาดหวัง ของผู้สูงอายุในเขตกลุ่มวัฒนธรรมย่อย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป แยกเป็นช่วง ๆ ช่วงละ 5 ปี ร้อยละ 30 มีอายุระหว่าง 56 - 60 ปี ร้อยละ 70 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 580 คน และมีอัตราส่วนระหว่างเพศเท่าเทียมกัน หรือไม่แตกต่างกันมากนักโดยเก็บจากตัวแทนนครรวม 5 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร 9 เขต ผลการวิจัยพบว่า ในแง่ความวิตกกังวล ความสุข ความพอใจของผู้สูงอายุ พบว่า ในแง่ความวิตกกังวล ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้สูงอายุในส่วนภูมิภาค ผู้สูงอายุในส่วนภูมิภาคมีความวิตกกังวลในเรื่องรายได้ สุขภาพร่างกาย

สำหรับบทบาทและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 ต้องการมีบทบาทช่วยเหลือสังคม แต่มีปัญหาด้านการเงินและสุขภาพ

กวีวัฒน์ พงศ์พิพัฒน์ และคนอื่น ๆ (2526 : อัศสาเนา อ้างถึงในการประชุมวิชาการทางสุขภาพจิต ครั้งที่ 36 : 2526) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาแนวทางการดำรงชีวิตของข้าราชการไทยภายหลังเกษียณ โดยศึกษาจากข้าราชการที่เกษียณอายุในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 106 คน พบว่า ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 70 มีความผูกพันในครอบครัวอย่างอบอุ่น บุตรหลานเอาใจใส่ดูแลดี

ศุภลักษณ์ และเนาวรัตน์ พลายน้อย (2527 : 1) ได้ทำวิจัยเรื่อง ผลกระทบของการพัฒนาที่มีต่อปัญหาและความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนรวมมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย บทบาทในครอบครัวและชุมชนน้อย ส่วนในด้านความต้องการนั้น พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการมากในด้านการปรับตัว มีความต้องการปานกลางในด้านเศรษฐกิจ สุขภาพอนามัย และบทบาทในครอบครัวและชุมชน และมีความต้องการน้อยในด้านที่อยู่อาศัย

เชมิกา ยามะรัต (2527 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมทางสังคม รองลงมาตามลำดับ คือ ความสัมพันธ์กับครอบครัว สุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจและความสัมพันธ์กับญาติ นอกจากนี้ยังพบว่า คนชราไทยมีความสุขกับการได้มีกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคมมากกว่า การถอนตัวออกจากสังคม

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (2529 : 15 - 16) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง "คนไทยอายุยืน" โดยศึกษาปัจจัยที่ทำให้อายุยืน ได้แก่ สภาพที่อยู่อาศัย กิจกรรมประจำวัน สภาพของร่างกาย จิตใจของผู้มีอายุยืน และความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้มีอายุยืนเฉพาะกลุ่มผู้มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน พบว่า ผู้มีอายุยืนมีอยู่ในทุกภาคของประเทศพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด รองลงมาอยู่ในภาคใต้ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ลักษณะการทำงานในอดีต ผู้มีอายุยืนเป็นผู้ที่ทำงาน ทำสวน ทำไร่มากที่สุด การรับประทานอาหารจะรับประทานอาหารครบทุกประเภท แต่มีไขมันน้อย ส่วนใหญ่ไม่เสพสุราเลย ไม่สูบบุหรี่เลยมีประมาณ 2 ใน 3 ส่วน อีกส่วนสูบบุหรี่แต่ไม่เสพสุรา ผู้มีอายุยืนทุกคนมีสุขภาพจิตดี ชอบประกอบศาสนกิจ

บรรลุ ศรีพานิช และคนอื่น ๆ (2531 : 70 - 72) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง "พฤติกรรมและการดำรงเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง" โดยสุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุทั่วประเทศที่มีอายุ 70 - 74 ปี จำนวน 1,574 คน เป็นชาย 653 คน หญิง 921 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการปฏิบัติตนในอดีตทั้งในแง่การแพทย์และสาธารณสุข ศึกษาว่ามีความแข็งแรงเพียงใดโดยใช้การวัดความสมบูรณ์ทางกายของผู้สูงอายุ และศึกษาทัศนคติต่อบริการสังคมที่ผู้สูงอายุพึงได้รับจากรัฐ และสังคม การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 70 - 74 ปี มีความสมบูรณ์ทางกายเพียงร้อยละ 15.50 นิยงการกินอยู่ง่าย ไม่เลือกอาหารรสชาติอาหารเป็นแบบธรรมดา และมีพฤติกรรมการกินโดยทั่วไปวันละ 3 มื้อ ผู้สูงอายุกลุ่มที่สมบูรณ์แข็งแรงพบว่า มีอัตราการออกกำลังกายมากกว่า ส่วนใหญ่ของการออกกำลังกายเป็นเรื่องของการเดิน ผู้สูงอายุไม่ค่อยสนใจในเรื่องสุขภาพตนเอง ไม่เคยตรวจร่างกายถึงร้อยละ 80.1 ผู้สูงอายุทั้งหมดส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่กินหรือเคี้ยวมาก และไม่ดื่มชา กาแฟ การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ปรึกษาพยาบาลกับแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้สูงอายุทั้งหมดมีการขับถ่ายอุจจาระทุกวันปกติสม่ำเสมอ และการปฏิบัติศาสนกิจค่อนข้างสูง สำหรับการกิจประจำวันส่วนใหญ่มีกิจกรรมมากกว่า 4 อย่างขึ้นไปส่วนกิจกรรมในยามว่าง พบว่า ใช้เวลาว่างทำกิจกรรมมากกว่า 5 อย่างขึ้นไป ในเรื่องที่ทัศนคติต่อตนเองและปัญหาของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มองตนเองว่าแก่แล้ว และคิดว่าการทํางานจิตใจให้สงบโดยใช้ศาสนาเป็นหลัก การระมัดระวังสุขภาพ และการทํางานอยู่เสมอ เป็นสาเหตุที่ทำให้อายุยืนยาว ปัญหาของผู้สูงอายุพบมากที่สุด เป็นเรื่องสุขภาพ รองลงมาเป็นเรื่องการเงิน

สุลี ทองวิเชียร และ พิมพ์พรรณ ศิลป์สุวรรณ (2532 : ข) ได้ทำการวิจัยเรื่อง "การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร" การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตัวอย่างประชากรได้จากผู้สูงอายุจำนวน 1,077 คน ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 6 ศูนย์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลางค่อนข้างดี พัฒนาการทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย มีปัญหาเรื่องสายตา หู เหน็บและฟัน ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 48 มีโรคประจำตัว โรคที่มีบทบาทที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมั่นคง ในชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด

ยึดมั่นในหลักศาสนา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับอายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่ สถานที่พักอาศัย และอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

สุวิมล พนาวิธานกุล (2534 : 47 - 48) ได้ศึกษาเรื่อง "อัตมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ" โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย จำนวน 106 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ดี มีความสามารถในการดูแลตัวเอง และมีคุณภาพชีวิตดี และยังพบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต และในขณะเดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยพื้นฐานเรื่องสถานภาพสมรส รายได้ และจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยพื้นฐานเรื่องเพศ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เมื่อนำปัจจัยพื้นฐานประการ และอัตมโนทัศน์ ทำในสมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า สถานภาพสมรส รายได้ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ในโรงเรียนและอัตมโนทัศน์ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 44 และเมื่อนำปัจจัยพื้นฐานบางประการ อัตมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเอง เข้าในสมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายคุณภาพชีวิต พบว่า สถานภาพสมรส รายได้ และอัตมโนทัศน์สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญโดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 24

มณฑนา เจริญกุล (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ" โดยวิธีสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และมารับการบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ในขณะที่รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการศึกษา ไม่มี

ความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลและภาวะสุขภาพ แต่ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และเมื่อตัวแปรทั้งหมดเข้าวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น เพื่อทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายได้โดยตรง แต่แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้โดยอ้อมผ่านความสามารถในการดูแลตนเอง ในขณะที่ระยะเวลาในการศึกษาและรายได้ของครอบครัวไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 24.76

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 50 - 51) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ" โดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบวัดภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ในขณะที่เพศจำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และเพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพเมื่อนำปัจจัยพื้นฐานเข้าวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเท่านั้นที่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่เพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน และรายได้ ไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 30.1

รัตนา กฤษฎาธาร (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย" โดยใช้ข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับสวัสดิการอนามัยและการใช้ยาแผนโบราณ พ.ศ. 2529 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 6095 ราย จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่วัดด้วย การเจ็บป่วยและหรือขาดเจ็บในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ เจ็บปวดและหรือขาดเจ็บน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองอื่นและชนบท

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลซึ่งวัดด้วย แบบแผนการรักษาพยาบาลในระยะ

12 เดือนก่อนการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยในชนบทเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยในกรุงเทพฯ และเขตเมืองอื่น สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่วัดด้วยการใช้สมุนไพรร พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพฯ ใช้สมุนไพรมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองอื่นและชนบท

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตในจังหวัดอ่างทอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.1) มีวิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.2 มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.8 มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.2 และมีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.8 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลทุกปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุและเขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตนเอง การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น และการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจความบังเอิญ และพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ดีที่สุดเรียงตามลำดับคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น และการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจความบังเอิญ โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ร้อยละ 38.2

ทิพวัลย์ ขาวสาอางค์ (2535 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดี" โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบแผนชีวิต จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 206 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่แบบแผนชีวิตอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุที่มีอายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ ที่แตกต่างกันจะมีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน ส่วนเพศ แหล่งรายได้ และที่พักอาศัย ที่ต่างกันไม่ทำให้แบบแผนชีวิตแตกต่างกัน

ประภาพร จินันทยา (2536 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง โดยการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์องค์ประกอบและการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย พบว่า เกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่าร้อยละ 85 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำและปานกลาง มีเพียงร้อยละ 15 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า โรคประจำตัว ภาระหนี้สินและการทำประกัน เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุชายและหญิงมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับช่วงอายุต่ำกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับ

ช่วงอายุสูงกว่า

3. ผู้สูงอายุที่มีศาสนาต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา

ต่ำกว่า

5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกันมีภาวะสุขภาพต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
8. ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
9. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาค้นคว้า มีเนื้อหาดังต่อไปนี้ แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล วิธีจัดกระทำข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 39 ชมรม พ.ศ. 2536 จำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 3,215 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุเพศชาย 1,948 คน และผู้สูงอายุเพศหญิง 1,267 คน เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรสาคร พ.ศ. 2536 จำนวน 356 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุเพศชาย 216 คน และผู้สูงอายุเพศหญิง 140 คน ได้มาโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร ยามาเน่ (Yamane, 1967 : 581) โดยการกำหนดขนาดตัวอย่างให้มีค่าความคลาดเคลื่อน .05 ดังสูตร

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน กลุ่มประชากร
 e แทน ค่าความคลาดเคลื่อน

แล้วนำขนาดกลุ่มตัวอย่างมาคำนวณจำนวนเพศตามสัดส่วนประชากร (Proportional Sampling) จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 356 คน แยกเป็นเพศชาย 216 คน เพศหญิง 140 คน

2. จังหวัดสมุทรสาคร ประกอบด้วย 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอบ้านแพ้ว และอำเภอกระทุ่มแบน มีจำนวนชมรมผู้สูงอายุทั้งสิ้น 39 ชมรม เลือกโดยวิธีแบบการสุ่มเป็นกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยสุ่มมาอำเภอละ 1 ใน 5 ของจำนวนชมรมในอำเภอนั้น

3. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละชมรม (ที่สุ่มได้ในข้อ 2) ตามสัดส่วนประชากร (Proportional Sampling) แยกเป็นเพศชายและเพศหญิง ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอำเภอและชมรมผู้สูงอายุ

ลำดับ	อำเภอ/ชมรมผู้สูงอายุ	ประชากร		กลุ่มตัวอย่าง	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1.	อำเภอเมือง (16 ชมรม)				
	ชมรมผู้สูงอายุพัฒนาจังหวัดสมุทรสาคร	90	24	38	10
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าจีน	53	87	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลนาโคก	58	42	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางหญ้าแพรก	71	120	30	50
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลกาหลง	64	36	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางไทรตัด	45	55	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านบ่อ	96	88	40	37
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลชัยมงคล	95	110	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางกระเจ้า	58	42	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเกาะ	54	46	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าทราย	26	18	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลนาดี	47	53	-	-

ตาราง 4 (ต่อ)

ลำดับ	อำเภอ/ชมรมผู้สูงอายุ	ประชากร		กลุ่มตัวอย่าง	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลคอกกระบือ	39	61	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางน้ำจืด	51	49	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลโคกขาม	63	37	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลพันท้ายนรสิงห์	60	40	-	-
2.	อำเภอบ้านแพ้ว (12 ชมรม)				
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหลักสาม	21	3	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลยกกระบัตร	9	1	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลโรงเข้	7	3	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองสองห้อง	72	25	30	10
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัว	6	12	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหลักสอง	22	3	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเจ็ดริ้ว	16	1	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเกษตรพัฒนา	12	4	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลคลองตัน	8	7	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลก้านแพง	12	8	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลสวนส้ม	16	4	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว	13	2	5	1

ตาราง 4 (ต่อ)

ลำดับ	อำเภอ/ชมรมผู้สูงอายุ	ประชากร		กลุ่มตัวอย่าง	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
3.	อำเภอกระทุ่มแบน (11 ชมรม)				
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าเสา	69	31	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลตลาด	75	25	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลดอนไก่ดี	85	15	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลคลองมะเดื่อ	72	28	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลแคราย	65	35	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลสวนหลวง	80	20	34	8
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลอัมมน้อย	60	40	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าไม้	70	30	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางยาง	73	27	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองนกไข่	75	25	-	-
	ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน	40	10	17	4

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีโครงสร้างปลายปิดเป็นข้อมูลตามตัวแปรอิสระที่จะศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้ และรายได้เฉลี่ย

ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรตาม โดยเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย การปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการ การขยับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอน มีลักษณะคำถามเป็นเชิงนิเสธและเชิงนิมาน จำนวน 29 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรตาม โดยเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ และภาวะสุขภาพทางด้านสังคม

3.1 ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ เป็นข้อความที่แสดงถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ

3.2 ภาวะสุขภาพทางด้านสังคม ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงบทบาทของผู้สูงอายุ ในครอบครัวและ ในชุมชน/สังคม จำนวน 14 ข้อ

แบบสัมภาษณ์มีลักษณะคำถามเป็นเชิงนิเสธและเชิงนิมาน

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ รวมทั้งปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์
2. สร้างแบบสัมภาษณ์ตามแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า เพื่อให้ได้เนื้อหาเพียงพอและครอบคลุมสิ่งที่ต้องการวัด
3. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอต่อประธาน และกรรมการที่ปรึกษาปริญญาโท เพื่อพิจารณาแก้ไข จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity)
4. ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง เมื่อพบว่าข้อใดมีค่าดัชนีสอดคล้องตั้งแต่ .05 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้แล้ว และนำเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปทดลองใช้
5. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแล้ว จำนวน 80 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 100 คน ซึ่งไม่ใช่ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการให้คะแนน

แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 1 ไม่มีการให้คะแนน เนื่องจากเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ตามตัวแปรอิสระที่ต้องการจะศึกษาเท่านั้น

แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 2 และ 3 ตัวแปรตาม มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 2		ความหมายเชิงนิมิต	ความหมายเชิงนัย
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน	1	1
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	0	2

แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 3		ความหมายเชิงนิมิต	ความหมายเชิงนัย
ใช่หรือเห็นด้วย	ให้คะแนน	2	0
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	1	1
ไม่ใช่หรือไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	0	2

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. ค่าความตรง (Validity) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตลอดจนสำนวนภาษาที่ใช้ในแบบสัมภาษณ์ เพื่อหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

2. ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 100 คน แล้วนำคะแนนของแต่ละคนที่ได้มาเรียงลำดับจากคะแนนสูงสุดไปจนถึงคะแนนต่ำสุด ซึ่งการแบ่งกลุ่มคะแนนสูงและกลุ่มคะแนนต่ำนี้ ใช้เทคนิค 25% ของเอดเวิร์ด (Edward, 1975 : 152) และทดสอบนัยสำคัญของค่าที่ (t - test) ของค่าตามแต่ละข้อ ข้อใดมีค่า t เท่ากับ หรือมากกว่า 1.75 ขึ้นไป ถือว่ามีอำนาจจำแนกสูงพอที่จะนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้ ผลปรากฏว่า แบบสัมภาษณ์มีค่า t ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป ถึง 64 ข้อ ใช้ไม่ได้ 16 ข้อ แต่ผู้วิจัยคัดเลือกไว้ใช้จริงโดยให้ครบทุก ๆ ด้าน ๆ ละเท่า ๆ กัน ด้านละ 5 - 7 ข้อ รวม 50 ข้อ โดยมีค่า t อยู่ระหว่าง 2.00 - 4.92

3. นำแบบสัมภาษณ์ จำนวน 50 ข้อ (จากข้อ 2 ที่ได้คัดเลือกไว้) ไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่า (- Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach, 1970 : 161) ปรากฏว่าได้ค่าความเชื่อมั่นภาวะสุขภาพด้านต่าง ๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย 0.7683 ด้านจิตใจ 0.5894 ด้านสังคม 0.6560 และค่าความเชื่อมั่นภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งฉบับ 0.8753 แสดงว่า แบบสัมภาษณ์มีความเชื่อมั่นสูงพอที่จะนำไปศึกษาต่อไปได้

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 5 คน ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ และวิธีการสัมภาษณ์

การรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนสื่อความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เพื่อขออนุมัติ ทาการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากชมรมผู้สูงอายุในจังหวัด
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 5 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในชมรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้าง โดยใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ตั้งแต่วันที่ 17 มกราคม 2537 ถึงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2537 ได้จำนวนแบบสัมภาษณ์ ฉบับที่สมบูรณ์ 356 ฉบับ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้จากผู้สูงอายุเพศหญิง 140 คนและผู้สูงอายุเพศชาย 216 คน

วิธีจัดกระทำข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลแล้ว นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสัมภาษณ์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แจกแจงแบบสัมภาษณ์ออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา
3. แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คำนวณค่าร้อยละ

4. แบบสัมภาษณ์ตอนที่ 2, ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คำนวณค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) แล้วแปลผล โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1983 : 186 - 189) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
0 - 0.66	ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง
0.67 - 1.33	ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่พอใช้
1.34 - 2.00	ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี

5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สถิติ (t - test Independent) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1 และข้อ 3

6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบตัวประกอบเดียว (One - way Analysis of Variance) ถ้าแตกต่างกันจะเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

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

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
	N	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 คะแนนเฉลี่ย (Mean) คำนวณค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบ
สัมภาษณ์ของแต่ละข้อ โดยใช้สูตร (Ferguson. 1981 : 49)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Diviation) ใช้คำนวณสภาพ
การกระจายความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีต่อรายการแต่ละข้อของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สูตร
(Ferguson. 1981 : 68)

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

เมื่อ S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2531 : 124)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์เป็นรายข้อ โดยวิธีการแจกแจงที (t - distribution) เทคนิค 25% ของเอ็ดเวิร์ด โดยใช้สูตร (Edward, 1975 : 152)

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

เมื่อ t แทน ค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์

$\bar{X}_H, \bar{X}_L$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง, กลุ่มต่ำ

s_H^2, s_L^2 แทน ค่าความแปรปรวนของกลุ่มสูง, กลุ่มต่ำ

n_H, n_L แทน จำนวนคนที่เลือกในกลุ่มสูง, กลุ่มต่ำ

2.3 การวิเคราะห์ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์โดยใช้
สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (α -Coefficient) ของ ครอนบัค (Cronbach, 1970 : 161)

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

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์
 k แทน จำนวนข้อของแบบสัมภาษณ์
 s_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ
 $\sum s_i^2$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบ
 สัมภาษณ์เป็นรายข้อ

$$\text{สูตร หาค่า } s_t^2 = \frac{N \sum fx^2 - (\sum fx)^2}{N(N-1)}$$

เมื่อ N แทน จำนวนของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด

3. สถิติวิเคราะห์สมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ที่เป็น
อิสระจากกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และ 3 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2530 :
177)

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

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

เมื่อ t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
s_1^2, s_2^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
df	แทน	ขั้นแห่งความเป็นอิสระ .

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่าสองกลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบตัวประกอบเดียว (One - way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 2, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2530 : 182)

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

เมื่อ F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F - Distribution
MS_A	แทน	ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม
MS_W	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Within) ภายในกลุ่ม

3.3 เมื่อพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2530 : 267 - 268)

$$q \cdot \sqrt{\frac{MS_S}{n}}$$

เมื่อ q แทน q - statistic ที่ได้จากราย

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสอง (Mean Square)
ภายในกลุ่ม

$\tilde{n}$ แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากันและ

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

k = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

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

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล กระทำดังนี้คือ

1. วิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร โดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอเป็นตารางและแปลความหมายตามเกณฑ์ของเบสท์
2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาครตามตัวแปร เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้ และรายได้เฉลี่ย

ผลการศึกษาค้นคว้า

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ตาราง 5 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้ และรายได้เฉลี่ย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	216	60.70
หญิง	140	39.30
รวม	356	100.00
อายุ		
60 - 64 ปี	117	32.80
65 - 69 ปี	96	27.00
70 - 74 ปี	86	24.20
75 ปีขึ้นไป	57	16.00
รวม	356	100.00
ศาสนา		
พุทธ	345	96.90
อื่น ๆ	11	3.10
รวม	356	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	134	37.60
ระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	183	51.40
ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	31	8.70
ระดับปริญญาตรี	8	2.30
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-
รวม	356	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	24	6.80
สมรสและอยู่กับคู่สมรส	213	59.80
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน	119	33.40
รวม	356	100.00
สภาพที่อยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	17	4.80
อยู่กับคู่ครอง	209	58.70
อยู่กับญาติ	127	35.70
อยู่กับคนอื่น	3	0.80
รวม	356	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	140	39.30
รับจ้าง	91	25.60
ค้าขาย	47	13.20
เกษตรกร	59	16.60
ข้าราชการบำนาญ	19	5.30
รวม	356	100.00
แหล่งรายได้		
อาชีพอิสระ	198	55.60
รัฐบาล (บำนาญ)	20	5.60
ญาติ	128	36.00
อื่น ๆ	10	2.80
รวม	356	100.00
รายได้เฉลี่ย		
ไม่มีรายได้	79	22.20
ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน	155	43.50
2,500 - 7,000 บาทต่อเดือน	109	30.60
ตั้งแต่ 7,000 บาทต่อเดือน	13	3.70
รวม	356	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเพศชายมีจำนวนร้อยละ 60.70 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนร้อยละ 39.30 ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีจำนวนร้อยละ 32.80 อายุระหว่าง 65 - 69 ปี มีจำนวนร้อยละ 27.00 อายุระหว่าง 70 - 74 ปี มีจำนวนร้อยละ 24.20 และอายุ 75 ปี ขึ้นไปมีจำนวนร้อยละ 16.00 ด้านศาสนาที่นับถือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือจำนวนร้อยละ 96.90 นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ 3.10 นับถือศาสนาอื่น ๆ สำหรับระดับการศึกษาผู้สูงอายุไม่ได้เรียนมีจำนวน ร้อยละ 37.60 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า มีจำนวนร้อยละ 51.40 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มีจำนวนร้อยละ 8.70 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีจำนวนร้อยละ 2.30 ไม่มีผู้สูงอายุคนใดที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี ส่วนสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือร้อยละ 59.80 สมรสและยังอยู่กับคู่สมรสลงมาเป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันร้อยละ 33.40 เป็นโสดร้อยละ 6.80 สำหรับสภาพการอยู่อาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือจำนวนร้อยละ 58.70 ยังคงอยู่กับคนอื่น ร้อยละ 0.80 สำหรับอาชีพพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือร้อยละ 39.30 ไม่มีอาชีพ ลาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25.60 อาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 16.60 อาชีพค้าขายร้อยละ 13.20 และเป็นข้าราชการบำนาญร้อยละ 5.30 สำหรับแหล่งรายได้พบว่าไม่มีอาชีพอิสระร้อยละ 55.60 แหล่งรายได้จากญาติ ร้อยละ 36.00 จากบำนาญร้อยละ 5.60 และอื่น ๆ ร้อยละ 2.80 ส่วนรายได้เฉลี่ยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 22.20 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 43.50 มีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.60 มีรายได้ 2,500 - 7,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 3.70 มีรายได้มากกว่า 7,000 บาทต่อเดือน

1.2 ค่าสถิติพื้นฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้ และรายได้เฉลี่ย แปลความหมายตามเกณฑ์ของเบสท์ ปรากฏผลตามตาราง 6 ถึงตาราง 15 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร

กิจกรรม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (N = 356)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ
<u>ด้านร่างกาย</u>			
การดูแลสุขภาพอนามัย	1.14	.41	พอใช้
โภชนาการ	1.42	.26	ดี
การขับถ่าย	1.27	.25	พอใช้
การออกกำลังกาย	1.00	.48	พอใช้
การพักผ่อนและการนอน	1.29	.26	พอใช้
ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม	1.23	.21	พอใช้
<u>ด้านจิตใจ</u>			
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	1.39	.36	ดี
<u>ด้านสังคม</u>			
บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว	1.28	.36	พอใช้
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม	1.52	.28	ดี

ตาราง 6 (ต่อ)

กิจกรรม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (N = 356)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ
ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม	1.40	.25	ดี
ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	1.30	.19	พอใช้

จากตาราง 6 แสดงว่า ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจาก
 ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสาครมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาภาวะ
 สุขภาพในแต่ละด้านพบว่า ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับ
 พอใช้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวกับโภชนาการอยู่ในระดับดี สำหรับภาวะสุขภาพด้านจิตใจของ
 กลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับดี ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมและกิจกรรมที่เกี่ยวกับบทบาท
 ในชุมชน/สังคม ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับดี ส่วนกิจกรรมที่เกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุ
 ในครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน
ตามเพศ

กิจกรรม	เพศ					
	ชาย (N = 216)			หญิง (N = 140)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
<u>ด้านร่างกาย</u>						
การดูแลสุขภาพอนามัย	1.0949	.4134	พอใช้	1.2048	.3965	พอใช้
โภชนาการ	1.4352	.2717	ดี	1.3929	.2289	ดี
การขยับถ่าย	1.2832	.2484	พอใช้	1.2381	.2482	พอใช้
การออกกำลังกาย	1.0509	.4778	พอใช้	.9314	.4779	พอใช้
การพักผ่อนและการนอน	1.3279	.2564	พอใช้	1.2369	.2545	พอใช้
ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม	1.2449	.2092	พอใช้	1.2101	.2090	พอใช้
<u>ด้านจิตใจ</u>						
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	1.3869	.3708	ดี	1.3867	.3360	ดี
<u>ด้านสังคม</u>						
บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว	1.2679	.3704	พอใช้	1.2888	.3416	พอใช้
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม	1.5344	.2945	ดี	1.5061	.2684	ดี
ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม	1.4011	.2669	ดี	1.3974	.2348	ดี
ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	1.3085	.2012	พอใช้	1.2873	.1830	พอใช้

จากตาราง 7 แสดงว่าผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพแต่ละด้าน พบว่ากิจกรรมที่เกี่ยวกับโภชนาการ ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ กิจกรรมที่เกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม และภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับดี

ตาราง 8 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)											
กิจกรรม	60-64 ปี (N = 117)		65-69 ปี (N = 96)		70-74 ปี (N = 86)		75ปีขึ้นไป (N = 57)		ระดับ		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S			
ด้านร่างกาย											
การดูแลสุขภาพอนามัย	1.2222	.4158	พอใช้	1.2309	.3516	พอใช้	1.0640	.4124	พอใช้	.9211 .3910	พอใช้
โภชนาการ	1.4558	.2630	ดี	1.4323	.2060	ดี	1.4109	.2855	ดี	1.3304 .2568	พอใช้
การขับถ่าย	1.2863	.2579	พอใช้	1.3038	.2256	พอใช้	1.2326	.2429	พอใช้	1.2076 .2659	พอใช้
การออกกำลังกาย	1.1590	.4351	พอใช้	1.0729	.4671	พอใช้	.9163	.4493	พอใช้	.7018 .4827	พอใช้
การพักผ่อนและการนอน	1.2920	.2733	พอใช้	1.3125	.2539	พอใช้	1.2907	.2559	พอใช้	1.2602 .2460	พอใช้
ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม											
	1.2874	.1946	พอใช้	1.2773	.1893	พอใช้	1.1921	.2138	พอใช้	1.0974 .1995	พอใช้

ตาราง 8 (ต่อ)

อายุ (ปี)

กิจกรรม	60-64 ปี (N = 117)		65-69 ปี (N = 96)		70-74 ปี (N = 86)		75ปีขึ้นไป (N = 57)	
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S
<u>ด้านจิตใจ</u>								
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	1.3932	.3709	ดี	1.4628	.3149	ดี	1.3538	.3704
							1.2957	.3560
<u>ด้านสังคม</u>								
บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว	1.2845	.3759	พอใช้	1.3304	.3098	พอใช้	1.2508	.3705
							1.2055	.3770
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม	1.5385	.2778	ดี	1.5952	.2467	ดี	1.5150	.2713
							1.3835	.3297
ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม	1.4115	.2634	ดี	1.4628	.2179	ดี	1.3829	.2479
							1.2945	.2720
ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	1.3369	.1968	ดี	1.3552	.1652	ดี	1.2681	.1984
							1.1804	.1695

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี มีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพในแต่ละด้านพบว่า ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุในทุกกลุ่มอายุอยู่ในระดับพอใช้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวกับโภชนาการที่อยู่ในระดับดี สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 74 ปี มีภาวะสุขภาพด้านจิตใจและด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปอยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 9 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามศาสนา

กิจกรรม	ศาสนา					
	พุทธ (N = 345)			อื่น ๆ (N = 11)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
<u>ด้านร่างกาย</u>						
การดูแลสุขภาพอนามัย	1.1406	.4070	พอใช้	1.0606	.5070	พอใช้
โภชนาการ	1.4193	.2564	ดี	1.3939	.2611	ดี
การขยับถ่าย	1.2652	.2486	พอใช้	1.2727	.2715	พอใช้
การออกกำลังกาย	.9965	.4776	พอใช้	1.2364	.5427	พอใช้
การพักผ่อนและการนอน	1.2947	.2591	พอใช้	1.2121	.2592	พอใช้
ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม	1.2311	.2091	พอใช้	1.2351	.2433	พอใช้
<u>ด้านจิตใจ</u>						
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	1.3954	.3524	ดี	1.1169	.4131	พอใช้
<u>ด้านสังคม</u>						
บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว	1.2832	.3581	พอใช้	1.0519	.3275	พอใช้
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม	1.5288	.2816	ดี	1.3506	.3342	ดี
ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม	1.4060	.2518	ดี	1.2013	.2669	พอใช้
ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	1.3031	.1930	พอใช้	1.2091	.2208	พอใช้

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุในทุกกลุ่มศาสนามีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพแต่ละด้านพบว่า ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุในทุกกลุ่มศาสนาอยู่ในระดับพอใช้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวกับโภชนาการที่อยู่ในระดับดี สำหรับผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจและด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ อยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 10 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา									
กิจกรรม	ไม่ได้รับ (N = 134)		ประถมศึกษา (N = 183)		มัธยมศึกษา (N = 31)		ปริญญาตรี (N = 8)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
ด้านร่างกาย									
การดูแลสุขภาพอนามัย	.9726	.4089	พอใช้	1.1995	.3749	พอใช้	1.3925	.3457	ดี
โภชนาการ	1.3545	.2448	ดี	1.4390	.2416	ดี	1.5484	.3168	ดี
การขับถ่าย	1.2052	.2469	พอใช้	1.2851	.2290	พอใช้	1.3710	.2779	ดี
การออกกำลังกาย	.8537	.4543	พอใช้	1.0197	.4323	พอใช้	1.4903	.4728	ดี
การพักผ่อนและการนอน	1.2226	.2321	พอใช้	1.3215	.2490	พอใช้	1.4310	.3036	ดี
ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม	1.1310	.1854	พอใช้	1.2610	.1829	พอใช้	1.4449	.2111	ดี

ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน (N = 134) ประถมศึกษา (N = 183) มัธยมศึกษา (N = 31) ปริญญาตรี (N = 8)

	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
--	-----------	---	-------	-----------	---	-------	-----------	---	-------

ด้านจิตใจ

ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	1.2420	.3729	พอใช้	1.4715	.3029	ดี	1.4839	.3701	ดี	1.5000	.4518	ดี
---------------------	--------	-------	-------	--------	-------	----	--------	-------	----	--------	-------	----

ด้านสังคม

บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว	1.1738	.3421	พอใช้	1.3286	.3442	พอใช้	1.4240	.4148	ดี	1.2143	.3499	พอใช้
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม	1.4243	.2878	ดี	1.5933	.2510	ดี	1.5207	.3098	ดี	1.5893	.4000	ดี

ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม	1.2990	.2425	พอใช้	1.4610	.2316	ดี	1.4724	.2813	ดี	1.4018	.3414	ดี
---------------------------	--------	-------	-------	--------	-------	----	--------	-------	----	--------	-------	----

ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	1.1936	.1647	พอใช้	1.3464	.1666	ดี	1.4581	.2134	ดี	1.4150	.2874	ดี
-------------------------	--------	-------	-------	--------	-------	----	--------	-------	----	--------	-------	----

จากตาราง 10 แสดงว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรี มีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดีและเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพแต่ละด้านพบว่าภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอนามัย การขับถ่าย การพักผ่อนและการนอนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนและที่จบระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนผู้สูงอายุที่จบระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรีอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการของผู้สูงอายุทุกกลุ่มระดับการศึกษาอยู่ในระดับดี สำหรับภาวะสุขภาพด้านจิตใจพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรีมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี สำหรับภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของผู้สูงอายุเกือบทุกกลุ่มระดับการศึกษาอยู่ในระดับดี ยกเว้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอยู่ในระดับพอใจ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของทุกกลุ่มระดับการศึกษาที่อยู่ในระดับดี

ตาราง 11 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพการสมรส

สถานภาพการสมรส									
กิจกรรม	โสด (N = 24)		สมรสและอยู่กับคู่สมรส (N = 213)		หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน (N = 119)				
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
<u>ด้านร่างกาย</u>									
การดูแลสุขภาพอนามัย	1.0556	.4807	พอใช้	1.2113	.3648	พอใช้	1.0238	.4438	พอใช้
โภชนาการ	1.3472	.3144	ดี	1.4437	.2614	ดี	1.3880	.2287	ดี
การขยับถ่าย	1.1528	.2986	พอใช้	1.2926	.2490	พอใช้	1.2395	.2303	พอใช้
การออกกำลังกาย	1.0250	.5118	พอใช้	1.0939	.4725	พอใช้	.8387	.4482	พอใช้
การพักผ่อนและการนอน	1.2083	.2876	พอใช้	1.3169	.2603	พอใช้	1.2647	.2468	พอใช้
ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม	1.1624	.1727	พอใช้	1.2778	.2045	พอใช้	1.1617	.2045	พอใช้

ตาราง 11 (ต่อ)

สถานภาพการสมรส									
กิจกรรม	โสด (N = 24)			สมรสและอยู่คู่สมรส (N = 213)			หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน (N = 119)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
<u>ด้านจิตใจ</u>									
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	1.1667	.3591	พอใช้	1.4319	.3400	ดี	1.3505	.3686	ดี
<u>ด้านสังคม</u>									
บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว	.9167	.4253	พอใช้	1.3575	.2739	ดี	1.2029	.4173	พอใช้
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม	1.4107	.3047	ดี	1.5614	.2733	ดี	1.4778	.2896	ดี
ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม	1.1637	.2618	พอใช้	1.4594	.2141	ดี	1.3403	.2788	ดี
ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	1.1633	.1492	พอใช้	1.3502	.1820	ดี	1.2382	.1936	พอใช้

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นโสดและหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพแต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสถานภาพสมรสมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการที่อยู่ในระดับดี สำหรับภาวะสุขภาพด้านจิตใจและด้านสังคม โดยรวมพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสดมีภาวะสุขภาพอยู่ระดับพอใช้ ส่วนผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสและผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนและสังคมพบว่าผู้สูงอายุทุกสถานภาพสมรสมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี

ตาราง 12 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาพการอยู่อาศัย

สภาพการอยู่อาศัย									
กิจกรรม	อยู่คนเดียว (N = 17)			อยู่กับคู่ครอง (N = 209)			อยู่กับญาติ (N = 127)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
<u>ด้านร่างกาย</u>									
การดูแลสุขภาพอนามัย	.9902	.3840	พอใช้	1.2137	.3670	พอใช้	1.0512	.4447	พอใช้
โภชนาการ	1.2941	.2977	พอใช้	1.4418	.2593	ดี	1.4055	.2372	ดี
การขับถ่าย	1.1863	.2492	พอใช้	1.3038	.2420	พอใช้	1.2130	.2475	พอใช้
การออกกำลังกาย	.8941	.5297	พอใช้	1.0880	.4714	พอใช้	.8724	.4519	พอใช้
การพักผ่อนและการนอน	1.1471	.2421	พอใช้	1.3222	.2582	พอใช้	1.2625	.2568	พอใช้
ภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวม	1.1095	.2175	พอใช้	1.2803	.2013	พอใช้	1.1711	.1997	พอใช้

ตาราง 12 (ต่อ)

สภาพการอยู่อาศัย

กิจกรรม อยู่คนเดียว (N = 17) อยู่กับคู่ครอง (N = 209) อยู่กับญาติ (N = 127) อยู่กับคนอื่น (N = 3)

$\bar{X}$ S ระดับ $\bar{X}$ S ระดับ $\bar{X}$ S ระดับ $\bar{X}$ S ระดับ

ด้านจิตใจ

ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ 1.0420 .2513 พอใช้ 1.4388 .3379 ดี 1.3555 .3714 ดี 1.0476 .1650 พอใช้

ด้านสังคม

บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว .5210 .3811 ปรับปรุง 1.3595 .2727 ดี 1.2632 .3316 พอใช้ .2857 .2804 ปรับปรุง
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม 1.4454 .3531 ดี 1.5660 .2672 ดี 1.4634 .2939 ดี 1.5238 .1650 ดี

ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม .9832 .2151 พอใช้ 1.4627 .2094 ดี 1.3633 .2585 ดี .9048 .0825 พอใช้

ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน 1.0647 .1621 พอใช้ 1.3536 .1775 ดี 1.2507 .1847 พอใช้ 1.0037 .0945 พอใช้

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มอื่น ๆ อยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพแต่ละด้านพบว่าผู้สูงอายุทุกสภาพการอยู่อาศัยมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองและอยู่กับญาติมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี สำหรับภาวะสุขภาพด้านจิตใจและด้านสังคมโดยรวมพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองและอยู่กับญาติมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและอยู่กับคนอื่นมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมพบว่าผู้สูงอายุทุกสภาพการอยู่อาศัยมีภาวะสุขภาพด้านสังคมอยู่ในระดับดี ยกเว้นกิจกรรมที่ต้องปรับปรุงสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่กับคนอื่น ได้แก่ การดูแลรักษาสุขภาพอนามัยและบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว

ตาราง 13 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

กิจกรรม	อาชีพ											
	ไม่มีอาชีพ (N = 140)			รับจ้าง (N = 91)			ค้าขาย (N = 47)			เกษตรกร (N = 59)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
<u>ด้านร่างกาย</u>												
การดูแลสุขภาพอนามัย	1.0202	.3869	พอใช้	1.1667	.3928	พอใช้	1.2695	.3621	พอใช้	1.1469	.4475	พอใช้
โภชนาการ	1.3631	.2418	ดี	1.4158	.2489	ดี	1.5071	.2084	ดี	1.4266	.2957	ดี
การขับถ่าย	1.2167	.2303	พอใช้	1.2857	.2679	พอใช้	1.2801	.2460	พอใช้	1.2966	.2297	พอใช้
การออกกำลังกาย	.8514	.5017	พอใช้	1.0505	.3743	พอใช้	1.0468	.4849	พอใช้	1.0983	.4058	พอใช้
การพักผ่อนและการนอน	1.2702	.2344	พอใช้	1.2766	.2585	พอใช้	1.3227	.2467	พอใช้	1.2825	.2807	พอใช้
ภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวม	1.1544	.1964	พอใช้	1.2455	.1762	พอใช้	1.2935	.1730	พอใช้	1.2554	.2207	พอใช้
										1.4991	.2179	ดี

ตาราง 13 (ต่อ)

อาชีพ

กิจกรรม	ไม่มีอาชีพ (N = 140)			รับจ้าง (N = 91)			ค้าขาย (N = 47)			เกษตรกร (N = 59)			รับราชการ (N = 19)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
<u>ด้านจิตใจ</u>															
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	1.3429	.3569	ดี	1.4396	.3110	ดี	1.3678	.3812	ดี	1.3390	.3722	ดี	1.6541	.3411	พอใช้
<u>ด้านสังคม</u>															
บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว	1.2612	.3590	พอใช้	1.3265	.2991	พอใช้	1.1884	.3462	พอใช้	1.2179	.4087	พอใช้	1.5414	.3676	ดี
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม	1.4684	.2978	ดี	1.5965	.2339	ดี	1.5380	.2891	ดี	1.5036	.2970	ดี	1.6015	.2840	ดี
ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม	1.3648	.2605	ดี	1.4615	.2106	ดี	1.3632	.2349	ดี	1.3608	.2831	ดี	1.5714	.2508	ดี
ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	1.2397	.1749	พอใช้	1.3332	.1376	พอใช้	1.3234	.1680	พอใช้	1.2966	.2175	พอใช้	1.5411	.2151	ดี

จากตาราง 13 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ส่วนอาชีพอื่น ๆ อยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพในแต่ละด้านพบว่าผู้สูงอายุเกือบทุกอาชีพมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพสุขภาพอนามัย การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอน อยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้นผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีภาวะสุขภาพในระดับดี สำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการผู้สูงอายุในทุกอาชีพมีภาวะสุขภาพในระดับดี สำหรับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ด้านสังคมโดยรวมและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม พบว่า ผู้สูงอายุทุกอาชีพมีภาวะสุขภาพในระดับดี ส่วนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว กลุ่มข้าราชการบำนาญมีภาวะสุขภาพในระดับดี ส่วนกลุ่มอาชีพอื่น ๆ อยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 14 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามแหล่งรายได้

แหล่งรายได้									
กิจกรรม	อาชีพอิสระ (N = 198)			รัฐบาล (N = 20)			ญาติ (N = 128)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
<u>ด้านร่างกาย</u>									
การดูแลสุขภาพอนามัย	1.1726	.4049	พอใช้	1.5250	.3024	ดี	1.0443	.3650	พอใช้
โภชนาการ	1.4402	.2562	ดี	1.5917	.2447	ดี	1.3698	.2411	ดี
การขับถ่าย	1.2820	.2536	พอใช้	1.4000	.2882	ดี	1.2279	.2251	พอใช้
การออกกำลังกาย	1.0576	.4151	พอใช้	1.5000	.5252	ดี	.8563	.4814	พอใช้
การพักผ่อนและการนอน	1.2862	.2613	พอใช้	1.4750	.3257	ดี	1.2799	.2366	พอใช้
ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม	1.2543	.1926	พอใช้	1.4983	.2121	ดี	1.1659	.1935	พอใช้

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล(บำนาญ)มีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ ญาติ และอื่น ๆ มีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพแต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล(บำนาญ)มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนอยู่ในระดับดี ส่วนกลุ่มที่เหลืออยู่ในระดับพอใช้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวกับโภชนาการที่พบว่าผู้สูงอายุเกือบทุกกลุ่มแหล่งรายได้มีภาวะสุขภาพในระดับดี ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอื่น ๆ ที่อยู่ในระดับพอใช้ สำหรับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ด้านสังคมโดยรวมและกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม นั้นพบว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระจากรัฐบาลและจากญาติ มีภาวะสุขภาพในระดับดี ยกเว้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอื่น ๆ ที่อยู่ในระดับพอใช้

ตาราง 15 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้เฉลี่ย

รายได้เฉลี่ย									
กิจกรรม	ไม่มีรายได้			ต่ำกว่า 2500 บ./ด			2500-7000 บ./ด		
	(N = 79)			(N = 155)			(N = 109)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
<u>ด้านร่างกาย</u>									
การดูแลสุขภาพอนามัย	.9430	.3811	พอใช้	1.0860	.3926	พอใช้	1.3349	.3639	พอใช้
โภชนาการ	1.3418	.2355	ดี	1.3946	.2403	ดี	1.4939	.2749	ดี
การขับถ่าย	1.2300	.2346	พอใช้	1.2634	.2364	พอใช้	1.2875	.2614	พอใช้
การออกกำลังกาย	.7949	.5164	พอใช้	.6806	.4164	พอใช้	1.1615	.4534	พอใช้
การพักผ่อนและการนอน	1.2595	.2164	พอใช้	1.2720	.2604	พอใช้	1.3486	.2650	ดี
การสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม	1.1248	.2002	พอใช้	1.2069	.1818	พอใช้	1.3309	.2059	พอใช้

รายได้เฉลี่ย									
กิจกรรม	ไม่มีรายได้		ต่ำกว่า 2500 บ./ด		2500-7000 บ./ด		มากกว่า 7000 บ./ด		
	(N = 79)		(N = 155)		(N = 109)		(N = 10)		
	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ	$\bar{X}$	S	ระดับ
<u>ด้านจิตใจ</u>									
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	1.3761	.3387	ดี	1.3438	.3697	ดี	1.4666	.3297	ดี
<u>ด้านสังคม</u>									
บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว	1.2550	.3512	พอใช้	1.2507	.3717	พอใช้	1.3119	.3429	พอใช้
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม	1.5154	.2521	ดี	1.5152	.2910	ดี	1.5452	.2917	ดี
ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม	1.3852	.2538	ดี	1.3829	.2611	ดี	1.4286	.2407	ดี
ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	1.2329	.1693	พอใช้	1.2754	.1904	พอใช้	1.3772	.1849	ดี

จากตาราง 15 แสดงว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้และมีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาท ต่อเดือนมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 2,500 - 7,000 บาทต่อเดือนและมากกว่า 7,000 บาทต่อเดือนมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพแต่ละด้านพบว่า ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุทุกกลุ่มรายได้อยู่ในระดับพอใช้ โดยเฉพาะกิจกรรมเกี่ยวกับโภชนาการอยู่ในระดับดี สำหรับภาวะสุขภาพด้านจิตใจพบว่าผู้สูงอายุเกือบทุกกลุ่มรายได้อยู่ในระดับดี ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 7,000 บาทต่อเดือนอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม และกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมพบว่าผู้สูงอายุทุกกลุ่มรายได้อยู่ในระดับดี

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ตามตัวแปรเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้และรายได้เฉลี่ย ปรากฏผลตามตาราง 16 ถึงตาราง 162 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร จำแนกตามเพศ

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

กิจกรรม	เพศ				t
	ชาย (N = 216)		หญิง (N = 140)		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
ด้านร่างกาย					
การดูแลสุขภาพสุขภาพอนามัย	1.0949	.413	1.2048	.396	2.49*
โภชนาการ	1.4352	.272	1.3929	.229	1.58
การขยับถ่าย	1.2832	.248	1.2381	.248	1.67
การออกกำลังกาย	1.0509	.478	.9314	.478	2.30*
การพักผ่อนและการนอน	1.3279	.256	1.2369	.255	3.28**
ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม					
	1.2449	.210	1.2101	.209	1.53
ด้านจิตใจ					
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	1.3869	.371	1.3867	.336	.00

ตาราง 16 (ต่อ)

กิจกรรม	เพศ				t
	ชาย (N = 216)		หญิง (N = 140)		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
<u>ด้านสังคม</u>					
บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว	1.2679	.370	1.2888	.342	.54
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม	1.5344	.294	1.5061	.268	.92
ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม	1.4011	.267	1.3974	.235	.13
ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	1.3085	.201	1.2873	.183	1.01

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 1.96)

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 2.57)

จากตาราง 16 แสดงว่าผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร มีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้สูงอายุชายและหญิงมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะด้านร่างกายพบว่า เพศหญิงมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพพอนานมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศชายมีกิจกรรมการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพศชายมีกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 การทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดสมุทรสาครจำแนกตามระดับช่วงอายุ ปรากฏผลตามตาราง 17 ถึงตาราง 35
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	4.8128	1.6043	10.3022***
ภายในกลุ่ม	352	54.8135	.1557	
รวม	355	59.6263		

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 17 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพ
สุขภาพอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของ
นิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อายุ	75 ปีขึ้นไป	70 - 74 ปี	60 - 64 ปี	65 - 69 ปี	
		$\bar{x}$	.9211	1.0640	1.2222	1.2309
การดูแลสุขภาพ	75 ปีขึ้นไป	.9211	-	.1429*	.3011*	.3098*
สุขภาพอนามัย	70-74 ปี	1.0640	-	.1582*	.1669*	
	60-64 ปี	1.2222		-	.0087	
	65-69 ปี	1.2309			-	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่าง ๆ ซึ่งน้อยกว่า 75 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 65 - 69 ปี และ 60 - 64 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 70 - 74 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 60 - 64 ปี และช่วงอายุ 65 - 69 ปี มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัย ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.6287	.2096	3.2534*
ภายในกลุ่ม	352	22.6756	.0644	
รวม	355	23.3043		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3, 352} = 2.60$)

จากตาราง 19 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 20

ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อายุ	75 ปีขึ้นไป	70 - 74 ปี	65 - 69 ปี	60 - 64 ปี
	$\bar{X}$	1.3304	1.4109	1.4323	1.4558
โภชนาการ	75 ปีขึ้นไป	1.3304	-	.1019*	.1254*
	70-74 ปี	1.4109	-	.0121	.0449
	65-69 ปี	1.4323		-	.0235
	60-64 ปี	1.4558			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 60 - 64 ปี และ 65 - 69 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการโภชนาการสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการขบถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.4761	.1587	2.5956
ภายในกลุ่ม	352	21.5223	.0611	
รวม	355	21.9984		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,352} = 2.60$)

จากตาราง 21 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการขบถ่ายไม่แตกต่างกัน

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	9.1348	3.0449	14.7026***
ภายในกลุ่ม	352	72.8997	.2071	
รวม	355	82.0345		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 22 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 23

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับ
ช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อายุ	75 ปีขึ้นไป			
		$\bar{X}$	70 - 74 ปี	65 - 69 ปี	60 - 64 ปี
		.7018	.9163	1.0729	1.1590
การออก	75 ปีขึ้นไป	.7018	-	.2145*	.4572*
กำลังกาย	70-74 ปี	.9163	-	.1566*	.2427*
	65-69 ปี	1.0729		-	.0861
	60-64 ปี	1.1590			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่าง ๆ ที่ต่ำกว่า 75 ปีมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 60 - 64 ปี และ 65 - 69 ปีมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 70 - 74 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 60 - 64 ปี และ 65 - 69 ปีมีกิจกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.0980	.0327	.4843
ภายในกลุ่ม	352	23.7422	.0674	
รวม	355	23.8402		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3, 352} = 2.60$)

จากตาราง 24 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุที่แตกต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการพักผ่อนและการนอนไม่แตกต่างกัน

ตาราง 25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนภาวะสุขภาพด้านร่างกาย โดยรวมของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.7252	.5751	14.5486**
ภายในกลุ่ม	352	13.9134	.0395	
รวม	355	15.6386		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 25 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านร่างกาย โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลลี ปรากฏผลตามตาราง 26

ตาราง 26 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อายุ	75 ปีขึ้นไป	70 - 74 ปี	65 - 69 ปี	60 - 64 ปี	
		$\bar{X}$ 1.0974	1.1921	1.2773	1.2874	
ภาวะสุขภาพ	75 ปีขึ้นไป	1.0974	-	.0947*	.1799*	.1900*
ด้านร่างกาย	70-74 ปี	1.1921	-	.0852*	.0953*	
โดยรวม	65-69 ปี	1.2773		-	.0101	
	60-64 ปี	1.2874			-	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่าง ๆ ที่ต่ำกว่า 75 ปี มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 60 - 64 ปี และ 65 - 69 ปี มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 70 - 74 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 60 - 64 ปี และ 65 - 69 ปี มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมไม่แตกต่างกัน

ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.1254	.3751	2.9920*
ภายในกลุ่ม	352	44.1321	.1254	
รวม	355	45.2575		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3, 352} = 2.60$)

จากตาราง 27 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏ
ผลตามตาราง 28

ตาราง 28 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อายุ	75 ปีขึ้นไป	70 - 74 ปี	60 - 64 ปี	65 - 69 ปี
	X	1.2957	1.3538	1.3932	1.4628
ภาวะสุขภาพ	75 ปีขึ้นไป	1.2957	-	.0581	.0975*
ด้านจิตใจ	70-74 ปี	1.3538	-	.0394	.1090
	60-64 ปี	1.3932		-	.0696
	65-69 ปี	1.4628			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 28 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 60 - 64 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 29 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.6298	.2099	1.6372
ภายในกลุ่ม	352	45.1331	.1282	
รวม	355	45.7629		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,352} = 2.60$)

จากตาราง 29 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมกองการะ
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.6444	.5481	7.1245***
ภายในกลุ่ม	352	27.0812	.0769	
รวม	355	28.7256		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 30 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทของ
ผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่าง
ของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์
ปรากฏผลตามตาราง 31

ตาราง 31 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อายุ	75 ปีขึ้นไป 70 - 74 ปี 65 - 69 ปี 60 - 64 ปี			
		$\bar{X}$	1.3835	1.5150	1.5385 1.5952
บทบาทของ	75 ปีขึ้นไป	1.3835	-	.1315*	.1550* .2117*
ผู้สูงอายุใน	70-74 ปี	1.5150		-	.0235 .0802
ชุมชน/สังคม	60-64 ปี	1.5385			- .0567
	65-69 ปี	1.5952			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 31 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่าง ๆ ที่ต่ำกว่า 75 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 75 ปี ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคนอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.0537	.3512	5.6392***
ภายในกลุ่ม	352	21.9246	.0623	
รวม	355	22.9783		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 32 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุที่ต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 33

ตาราง 33 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อายุ	75 ปีขึ้นไป	70 - 74 ปี	60 - 64 ปี	65 - 69 ปี
	$\bar{X}$	1.2945	1.3829	1.4115	1.4628
ภาวะสุขภาพ	75 ปีขึ้นไป	1.2945	-	.0884*	.1683*
ด้านสังคม	70-74 ปี	1.3829	-	.0286	.0799
โดยรวม	60-64 ปี	1.4115		-	.0513
	65-69 ปี	1.4628			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 33 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่าง ๆ ที่ต่ำกว่า 75 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 34 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.3554	.4518	13.2078***
ภายในกลุ่ม	352	12.0410	.0342	
รวม	355	13.3964		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 34 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับช่วงอายุต่ำกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับช่วงอายุสูงกว่า เพื่อทดสอบความแตกต่างภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของ นิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 35

ตาราง 35 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อายุ	75 ปีขึ้นไป	70 - 74 ปี	60 - 64 ปี	65 - 69 ปี
	$\bar{X}$	1.1804	1.2681	1.3369	1.3552
ภาวะสุขภาพ	75 ปีขึ้นไป	1.1804	-	.0877*	.1565*
โดยรวม	70-74 ปี	1.2681	-	.0688*	.0871*
ทุกด้าน	60-64 ปี	1.3369		-	.0183
	65-69 ปี	1.3552			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 35 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่าง ๆ ซึ่งต่ำกว่า 75 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 65 - 69 ปี และ 60 - 64 ปีมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 70 - 74 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุ 65 - 69 ปี และ 60 - 64 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน

2.3 การทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดสมุทรสาครจำแนกตามศาสนา

ตาราง 36 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามศาสนา

กิจกรรม	ศาสนา				t
	พุทธ (N = 345)		อื่น ๆ (N = 11)		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
<u>ด้านร่างกาย</u>					
การดูแลสุขภาพสุขภาพอนามัย	1.1406	.407	1.0606	.507	.64
โภชนาการ	1.4193	.256	1.3939	.261	.32
การขยับถ่าย	1.2652	.249	1.2727	.272	.10
การออกกำลังกาย	.9965	.478	1.2364	.543	1.63
การพักผ่อนและการนอน	1.2947	.259	1.2121	.259	1.04
ภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม	1.2311	.209	1.2351	.243	.06
<u>ด้านจิตใจ</u>					
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	1.3954	.352	1.1169	.413	2.57*
<u>ด้านสังคม</u>					
บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว	1.2832	.358	1.0519	.327	2.11*
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม	1.5288	.282	1.3506	.334	2.05**

ตาราง 36 (ต่อ)

กิจกรรม	ศาสนา				t
	พุทธ (N = 345)		อื่น ๆ (N = 11)		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
ภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม	1.4064	.252	1.2013	.267	2.65*
ภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	1.3031	.193	1.2091	.221	1.58

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.96$)

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.57$)

จากตาราง 36 แสดงว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ และศาสนาอื่น ๆ ซึ่งอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาครมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีศาสนาต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านสังคมพบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวสูงกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในสังคม/ชุมชน สูงกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.4 การทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดสมุทรสาคร จำแนกตามระดับการศึกษา ปรากฏผลตามตาราง 37 ถึงตาราง 58
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 37 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	7.5353	2.5118	16.9730***
ภายในกลุ่ม	352	52.0911	.1480	
รวม	355	59.6263		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 37 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 38

ตาราง 38 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรี
	$\bar{X}$	.9726	1.1995	1.3925	1.5208
การดูแล	ไม่ได้เรียน	.9726	-	.4199*	.5482*
รักษาสุขภาพ	ประถมศึกษา	1.1995	-	.1930*	.3213
อนามัย	มัธยมศึกษา	1.3925		-	.1283
	ปริญญาตรี	1.5208			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 38 แสดงว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาทุกกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 39 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.2328	.4109	6.5535***
ภายในกลุ่ม	352	22.0715	.0627	
รวม	355	23.3043		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 39 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีกิจกรรมการโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ บรากู ผลตามตาราง 40

ตาราง 40 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา	ปริญญตรี	มัธยมศึกษา
	$\bar{X}$	1.3545	1.4390	1.5208	1.5484
โภชนาการ	ไม่ได้เรียน	1.3545	-	.0845*	.1663
	ประถมศึกษา	1.4390	-	.0818	.1094
	ปริญญตรี	1.5208		-	.0276
	มัธยมศึกษา	1.5484			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 40 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษาจะมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการโภชนาการสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 41 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการขยับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.0845	.3615	6.0846***
ภายในกลุ่ม	352	20.9138	.0594	
รวม	355	21.9984		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 41 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการขยับถ่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 42

ตาราง 42 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรี	
	$\bar{X}$	1.2052	1.2851	1.3710	1.4167	
การขับถ่าย	ไม่ได้เรียน	1.2052	-	.0799*	.1658*	.2115
	ประถมศึกษา	1.2851	-	.0859	.1316	
	มัธยมศึกษา	1.3710	-	.0457		
	ปริญญาตรี	1.4167	-			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 42 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการขับถ่ายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 43 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	10.9901	3.6634	18.1507***
ภายในกลุ่ม	352	71.0444	.2018	
รวม	355	82.0345		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 43 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 44

ตาราง 44 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา	ปริญญาตรี	มัธยมศึกษา	
		$\bar{X}$	.8537	1.0197	1.2750	1.4903
การออกกำลังกาย	ไม่ได้เรียน	.8537	-	.1660*	.4213*	.6366*
	ประถมศึกษา	1.0197	-	.2553	.4706*	
	ปริญญาตรี	1.2750		-	.2153	
	มัธยมศึกษา	1.4903			-	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 44 แสดงว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาทุกกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 45 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.4093	.4698	7.3718***
ภายในกลุ่ม	352	22.4309	.0637	
รวม	355	23.8402		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 45 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีกิจกรรมการพักผ่อน และการนอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 46

ตาราง 46 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	ปริญาตรี	ประณศึกษา	มัธยมศึกษา
	$\bar{X}$	1.2226	1.2500	1.3215	1.4301
การพักผ่อน	ไม่ได้เรียน	1.2226	-	.0274	.0989*
และการนอน	ปริญาตรี	1.2500	-	.0715	.1801
	ประณศึกษา	1.3215	-	-	.1086*
	มัธยมศึกษา	1.4301	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 46 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนสูงกว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 47 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	3.1546	1.0515	29.6488***
ภายในกลุ่ม	352	12.4840	.0355	
รวม	355	15.6386		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 47 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 48

ตาราง 48 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	ระดับการศึกษา		ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา	ปริญญตรี	มัธยมศึกษา
		$\bar{X}$	1.1310	1.2610	1.4009	1.4449
ภาวะสุขภาพ	ไม่ได้เรียน	1.1310	-	.1300*	.2699*	.3139*
ด้านร่างกาย	ประถมศึกษา	1.2610		-	.1399*	.1839*
โดยรวม	ปริญญตรี	1.4009			-	.0440
	มัธยมศึกษา	1.4449				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 48 แสดงว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาทุกกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญตรีมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และระดับปริญญตรีมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 49 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	4.5171	1.5057	13.0094***
ภายในกลุ่ม	352	40.7404	.1157	
รวม	355	45.2575		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 49 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 50

ตาราง 50 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรี
	$\bar{X}$	1.2420	1.4715	1.4839	1.5000
ภาวะสุขภาพ	ไม่ได้เรียน	1.2420	-	.2295*	.2419*
ด้านจิตใจ	ประถมศึกษา	1.4715	-	.0124	.0285
	มัธยมศึกษา	1.4839		-	.0161
	ปริญญาตรี	1.5000			-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 50 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 51 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	2.6167	.8722	7.1161***
ภายในกลุ่ม	352	43.1462	.1226	
รวม	355	45.7629		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 51 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 52

ตาราง 52 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	ปริญญตรี	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
	$\bar{x}$	1.1738	1.2143	1.3286	1.4240
บทบาทของ	ไม่ได้เรียน	1.1738	-	.0405	.1548*
ผู้สูงอายุใน	ปริญญตรี	1.2143	-	.1143	.2097
ครอบครัว	ประถมศึกษา	1.3286		-	.0954
	มัธยมศึกษา	1.4240			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 52 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 53 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	2.2445	.7482	9.9452***
ภายในกลุ่ม	352	26.4810	.0752	
รวม	355	28.7255		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 53 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับ
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบ
ความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบ
โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 54

ตาราง 54 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	มัธยมศึกษา	ปริญญาตรี	ประถมศึกษา
	$\bar{X}$	1.4243	1.5207	1.5893	1.5933
บทบาทของ	ไม่ได้เรียน	1.4243	-	.0964	.1650
ผู้สูงอายุใน	มัธยมศึกษา	1.5207	-	.0686	.0726
ครอบครัว	ปริญญาตรี	1.5893		-	.0040
	ประถมศึกษา	1.5933			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 54 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาจะมีคะแนนเฉลี่ย
เกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 55 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	2.2083	.7361	12.4752***
ภายในกลุ่ม	352	20.7700	.0590	
รวม	355	22.9783		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 55 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 56

ตาราง 56 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	ปรีญาศรี	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
	$\bar{x}$	1.2990	1.4018	1.4610	1.4724
ภาวะสุขภาพ	ไม่ได้เรียน	1.2990	-	.1028	.1620*
ด้านสังคม	ปรีญาศรี	1.4018	-	.0592	.0706
โดยรวม	ประถมศึกษา	1.4610		-	.0114
	มัธยมศึกษา	1.4724			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 56 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 57 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	2.7926	.9309	30.9012***
ภายในกลุ่ม	352	10.6038	.0301	
รวม	355	13.3964		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 57 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 58

ตาราง 58 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	ประถมศึกษา	ปริญญาตรี	มัธยมศึกษา	
	$\bar{X}$	1.1936	1.3464	1.4150	1.4581	
ภาวะสุขภาพ	ไม่ได้เรียน	1.1936	-	.1528*	.2214*	.2645*
โดยรวม	ประถมศึกษา	1.3464	-	.0686	.1117*	
ทุกด้าน	ปริญญาตรี	1.4150		-	.0431	
	มัธยมศึกษา	1.4581			-	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 58 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาทุกกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

2.5 การทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดสมุทรสาคร จำแนกตามสถานภาพสมรส ปรากฏผลตามตาราง 59 ถึงตาราง 78
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 59 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	2.8582	1.4291	8.8867***
ภายในกลุ่ม	353	56.7681	.1608	
รวม	355	59.6263		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 353} = 6.91$)

จากตาราง 59 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 60

ตาราง 60 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	หม้าย/หย่าร้าง แยกกัน		โสด	สมรสและอยู่กับ คู่สมรส
		$\bar{X}$	1.0238	1.0556	1.2113
การดูแล	หม้าย/หย่าร้าง				
รักษาสุขภาพ	แยกกัน	1.0238	-	.0318	.1875*
อนามัย	โสด	1.0556		-	.1557
	สมรสและอยู่กับ				
	คู่สมรส	1.2113			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 60 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 61 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.3678	.1839	2.8304
ภายในกลุ่ม	353	22.9365	.0650	
รวม	355	23.3043		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2, 353} = 2.99$)

จากตาราง 61 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการโภชนาการ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 62 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.5424	.2712	4.4616*
ภายในกลุ่ม	353	21.4560	.0608	
รวม	355	21.9984		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2, 353} = 2.99$)

จากตาราง 62 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีกิจกรรมการขับถ่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 63

ตาราง 63 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการขั้ด่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ
สมรสต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	หม้าย/หย่าร้าง	โสด	สมรสและอยู่กั	
		แยกกัน		คู่สมรส	
		X	1.1528	1.2395	1.2926
การขั้ด่าย	โสด	1.1528	-	.0867	.1398*
	หม้าย/หย่าร้าง/				
	แยกกัน	1.2395	-	.0531	
	สมรสและอยู่กั				
	คู่สมรส	1.2926	-		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 63 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับ
กิจกรรมการขั้ด่ายสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ
ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 64 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	4.9852	2.4926	11.4199***
ภายในกลุ่ม	353	77.0493	.2183	
รวม	355	82.0345		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2, 353} = 6.91$)

จากตาราง 64 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์
ปรากฏผลตามตาราง 65

ตาราง 65 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี
สถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	หม้าย/หย่าร้าง แยกกัน $\bar{X}$	โสด	สมรสและอยู่กับ คู่สมรส
		.8387	1.0250	1.0939
การออกกำลังกาย	หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกัน	.8387	-	.2552*
	โสด	1.0250	-	.0689
	สมรสและอยู่กับ คู่สมรส	1.0939	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 65 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับ
กิจกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 66 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.3887	.1944	2.9256
ภายในกลุ่ม	353	23.4515	.0664	
รวม	355	23.8402		

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($F_{2, 353} = 2.99$)

จากตาราง 66 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการพักผ่อน
และการนอน ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 67 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	1.1513	.5757	14.0266***
ภายในกลุ่ม	353	14.4873	.0410	
รวม	355	15.6386		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2, 353} = 6.91$)

จากตาราง 67 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 68

ตาราง 68 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	หม้าย/หย่าร้าง	โสด	สมรสและอยู่กับคู่สมรส
		แยกกัน		
		$\bar{X}$		
		1.1617	1.1624	1.2778
ภาวะสุขภาพ หม้าย/หย่าร้าง/				
ด้านร่างกาย	แยกกัน	1.1617	-	.0007
โดยรวม	โสด	1.1624	-	.1154*
	สมรสและอยู่กับคู่สมรส			
	คู่สมรส	1.2778		-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 68 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน และผู้สูงอายุที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นโสดและที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 69 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	1.7532	.8766	7.1128***
ภายในกลุ่ม	353	43.5043	.1232	
รวม	355	45.2575		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2, 353} = 6.91$)

จากตาราง 69 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์
ปรากฏผลตามตาราง 70

ตาราง 70 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี
สถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	โสด	หม้าย/หย่าร้าง	สมรสและอยู่กับ คู่สมรส
		$\bar{X}$	แยกกัน	คู่สมรส
		1.1667	1.3505	1.4319
ภาวะสุขภาพ	โสด	1.1667	-	.1838*
ด้านจิตใจ	หม้าย/หย่าร้าง/ แยกกัน	1.3505	-	.0814*
	สมรสและอยู่กับ คู่สมรส	1.4319	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 70 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน และที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 71 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	5.1491	2.5746	22.3773***
ภายในกลุ่ม	353	40.6138	.1151	
รวม	355	45.7629		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2, 353} = 6.91$)

จากตาราง 71 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับ
บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบ
ความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบ
โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 72

ตาราง 72 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	โสด	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน	สมรสและอยู่กับคู่สมรส
	$\bar{X}$	.9167	1.2029	1.3575
บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว	โสด	.9167	-.2862*	.4408*
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน	1.2029	--	.1546*
	สมรสและอยู่กับคู่สมรส	1.3575		-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 72 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน และที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย /หย่าร้าง/แยกกัน มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 73 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.8593	.4297	5.4430**
ภายในกลุ่ม	353	27.8662	.0789	
รวม	355	28.7255		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2, 353} = 4.60$)

จากตาราง 73 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาท
ของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อทดสอบ
ความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบ
โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ปรากฏผลตามตาราง 74

ตาราง 74 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	โสด	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน	สมรสและอยู่กับคู่สมรส
	$\bar{X}$	1.4107	1.4778	1.5614
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม	โสด	1.4107	.0671	.1507*
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน	1.4778	-	.0836*
	สมรสและอยู่กับคู่สมรส	1.5614	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 74 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน และที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันและที่เป็นโสดมีกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคม ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 75 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	2.5159	1.2580	21.7012***
ภายในกลุ่ม	353	20.4624	.0580	
รวม	355	22.9783		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2, 353} = 6.91$)

จากตาราง 75 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 76

ตาราง 76 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	โสด	หม้าย/หย่าร้าง	สมรสและอยู่กับ คู่สมรส
			แยกกัน	
	$\bar{X}$	1.1637	1.3403	1.4594
ภาวะสุขภาพ โสด	1.1637	-	.1766*	.2957*
ด้านสังคม หม้าย/หย่าร้าง/				
โดยรวม แยกกัน	1.3403		-	.1191*
สมรสและอยู่กับ				
คู่สมรส	1.4594			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 76 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน และที่เป็นโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 77 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	1.4410	.7205	21.2734***
ภายในกลุ่ม	353	11.9554	.0339	
รวม	355	13.3964		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2, 353} = 6.91$)

จากตาราง 77 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความแตกต่างภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 78

ตาราง 78 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สถานภาพสมรส	โสด	หม้าย/หย่าร้าง สมรสและอยู่กับ	
			แยกกัน	คู่สมรส
	$\bar{X}$	1.1633	1.2382	1.3502
ภาวะสุขภาพ โสด	1.1633	-	.749*	.1869*
โดยรวม	หม้าย/หย่าร้าง/	1.2382	-	.1120*
ทุกด้าน	แยกกัน			
	สมรสและ	1.3502		-
	อยู่กับคู่สมรส			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 78 แสดงว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสที่คะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน และที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันและที่เป็นโสดมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน

2.6 การทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทผู้สูงอายุ
จังหวัดสมุทรสาครจำแนกตามสภาพการอยู่อาศัย ปรากฏผลตามตาราง 79 ถึงตาราง 100
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 79 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	4.2103	1.4034	8.9146***
ภายในกลุ่ม	352	55.4160	.1574	
รวม	355	59.6263		

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 79 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 80

ตาราง 80 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการอยู่		อยู่กับคนอื่น		อยู่กับญาติ	อยู่กับคู่ครอง
	อาศัย	$\bar{X}$	.3889	.9902	1.0512	1.2137
การดูแลรักษา	อยู่กับคนอื่น	.3889	-	.6013*	.6623*	.8248*
สุขภาพอนามัย	อยู่คนเดียว	.9902		-	.0610	.2235
	อยู่กับญาติ	1.0512			-	.1625*
	อยู่กับคู่ครอง	1.2137				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 80 แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครอง อยู่กับญาติ และอยู่คนเดียว มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคนอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 81 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.7929	.2643	4.1330**
ภายในกลุ่ม	352	22.5114	.0640	
รวม	355	23.3043		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{3, 352} = 3.78$)

จากตาราง 81 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 82

ตาราง 82 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการอยู่ อาศัย	อยู่กับคนอื่น $\bar{X}$	อยู่คนเดียว	อยู่กับญาติ	อยู่กับคู่ครอง
		1.0556	1.2941	1.4055	1.4418
โภชนาการ	อยู่กับคนอื่น	1.0556	-	.2385	.3499*
	อยู่คนเดียว	1.2941	-	.1114	.1477
	อยู่กับญาติ	1.4055		-	.0363
	อยู่กับคู่ครอง	1.4418			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 82 แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครอง และที่อยู่กับญาติ มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมโภชนาการสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคนอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคนอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 83 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.7574	.2525	4.1835**
ภายในกลุ่ม	352	21.2410	.0603	
รวม	355	21.9984		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{3,352} = 3.78$)

จากตาราง 83 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการขับถ่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 84

ตาราง 84 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการอยู่ อาศัย	$\bar{x}$	อยู่คนเดียว	อยู่กับญาติ	อยู่กับคนอื่น	อยู่กับคู่ครอง
			1.1863	1.2139	1.2222	1.3038
การขับถ่าย	อยู่คนเดียว	1.1863	-	.0276	.0359	.1175
	อยู่กับญาติ	1.2139		-	.0083	.0899*
	อยู่กับคนอื่น	1.2222			-	.0816
	อยู่กับคู่ครอง	1.3038				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 84 แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการขับถ่ายสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 85 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	4.2048	1.4016	6.3390**
ภายในกลุ่ม	352	77.8297	.2211	
รวม	355	82.0345		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{3,352} = 3.78$)

จากตาราง 85 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 86

ตาราง 86 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี
สภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการอยู่ อาศัย	$\bar{X}$	อยู่กับญาติ	อยู่คนเดียว	อยู่กับคู่ครอง	อยู่กับคนอื่น
			.8724	.8941	1.0880	1.3333
การออกกำลังกาย	อยู่กับญาติ	.8724	-	.0217	.2156*	.4609
	อยู่คนเดียว	.8941		-	.1859	.4392
	อยู่กับคู่ครอง	1.0880			-	.2453
	อยู่กับคนอื่น	1.3333				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 86 แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 87 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.6587	.2196	3.3342*
ภายในกลุ่ม	352	23.1815	.0659	
รวม	355	23.8402		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,352} = 2.60$)

จากตาราง 87 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการพักผ่อน และการนอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 88

ตาราง 88 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการพักผ่อน และการนอนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี
สภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการอยู่ อาศัย	$\bar{X}$	อยู่คนเดียว	อยู่กับญาติ	อยู่กับคนอื่น	อยู่กับคู่ครอง
			1.1471	1.2625	1.2778	1.3222
การออกกำลังกาย	อยู่คนเดียว	1.1471	-	.1154	.1307	.1751*
กาย	อยู่กับญาติ	1.2625		-	.0153	.0597
	อยู่กับคนอื่น	1.2778			-	.0444
	อยู่กับคู่ครอง	1.3222				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 88 แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรม
การพักผ่อนและการนอนสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 89 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกาย โดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.3182	.4394	10.8003***
ภายในกลุ่ม	352	14.3204	.0407	
รวม	355	15.6386		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 89 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 90

ตาราง 90 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกาย โดยรวมของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการอยู่ อาศัย	$\bar{X}$	อยู่กับคนอื่น 1.0460	อยู่คนเดียว 1.1095	อยู่กับญาติ 1.1711	อยู่กับคู่ครอง 1.2803
ภาวะสุขภาพ	อยู่กับคนอื่น	1.0460	-	.0635	.1251	.2343
ด้านร่างกาย	อยู่คนเดียว	1.1095		-	.0616	.1708*
โดยรวม	อยู่กับญาติ	1.1711			-	.1092*
	อยู่กับคู่ครอง	1.2803				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 90 แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านร่างกาย
โดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติและที่อยู่คนเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ
ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 91 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	3.0565	1.0188	8.4980***
ภายในกลุ่ม	352	42.2011	.1199	
รวม	355	45.2575		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 91 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 92

ตาราง 92 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจ โดยรวมของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการอยู่ อาศัย	$\bar{X}$	อยู่คนเดียว 1.0420	อยู่กับคนอื่น 1.0476	อยู่กับญาติ 1.3555	อยู่กับคู่ครอง 1.4388
ภาวะสุขภาพ	อยู่คนเดียว	1.0420	-	.0056	.3135*	.3968*
ด้านร่างกาย	อยู่กับคนอื่น	1.0476		-	.3079	.3912
โดยรวม	อยู่กับญาติ	1.3555			-	.0833*
	อยู่กับคู่ครอง	1.4388				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 92 แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านจิตใจ
สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติและที่อยู่คนเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุ
ที่อยู่กับญาติมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 93 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	14.1114	4.7038	52.3114***
ภายในกลุ่ม	352	31.6515	.0899	
รวม	355	45.7629		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 93 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 94

ตาราง 94 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการอยู่ อาศัย	$\bar{X}$	อยู่กับคนอื่น .2857	อยู่คนเดียว .5210	อยู่กับญาติ 1.2632	อยู่กับคู่ครอง 1.3595
ภาวะสุขภาพ	อยู่กับคนอื่น	.2857	-	.2353	.9775*	1.0738*
ด้านร่างกาย	อยู่คนเดียว	.5210		-	.7422*	.8385*
โดยรวม	อยู่กับญาติ	1.2632			-	.0963*
	อยู่กับคู่ครอง	1.3595				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 94 แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่อยู่กับญาติ ที่อยู่คนเดียว และอยู่กับคนอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และอยู่กับคนอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและอยู่กับคนอื่น มีกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวไม่แตกต่างกัน

ตาราง 95 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.9386	.3129	3.9634**
ภายในกลุ่ม	352	27.7869	.0789	
รวม	355	28.7255		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{3,352} = 3.78$)

จากตาราง 95 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับ
บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อทดสอบ
ความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการ
ทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 96

ตาราง 96 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการอยู่		อยู่คนเดียว	อยู่กับญาติ	อยู่กับคนอื่น	อยู่กับคู่ครอง
	อาศัย	$\bar{X}$				
			1.4454	1.4634	1.5238	1.5660
ภาวะสุขภาพ	อยู่คนเดียว	1.4454	-	.0180	.0784	.1206
ด้านร่างกาย	อยู่กับญาติ	1.4634		-	.0604	.1026*
โดยรวม	อยู่กับคนอื่น	1.5238			-	.0422
	อยู่กับคู่ครอง	1.5660				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 96 แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 97 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคม โดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	4.6828	1.5609	30.0318***
ภายในกลุ่ม	352	18.2955	.0520	
รวม	355	22.9783		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 97 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 98

ตาราง 98 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคม โดยรวมของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการอยู่ อาศัย	$\bar{X}$	อยู่กับคนอื่น	อยู่คนเดียว	อยู่กับญาติ	อยู่กับคู่ครอง
			.9048	.9832	1.3633	1.4627
ภาวะสุขภาพ	อยู่กับคนอื่น	.9048	-	.0784	.4585*	.5579*
ด้านร่างกาย	อยู่คนเดียว	.9832		-	.3801*	.4795*
โดยรวม	อยู่กับญาติ	1.3633			-	.0994*
	อยู่กับคู่ครอง	1.4627				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 98 แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านสังคม โดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติ อยู่คนเดียว และอยู่กับคนอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและที่อยู่กับคนอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และที่อยู่กับคนอื่นมีภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมไม่แตกต่างกัน

ตาราง 99 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	2.1081	.7027	21.9116***
ภายในกลุ่ม	352	11.2883	.0321	
รวม	355	13.3964		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 99 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 100

ตาราง 100 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	สภาพการอยู่ อาศัย	$\bar{X}$	อยู่กับคนอื่น 1.0067	อยู่คนเดียว 1.0647	อยู่กับญาติ 1.2507	อยู่กับคู่ครอง 1.3536
ภาวะสุขภาพ	อยู่กับคนอื่น	1.0067	-	.0580	.2440	.3469*
โดยรวม	อยู่คนเดียว	1.0647		-	.1860*	.2889*
ทุกด้าน	อยู่กับญาติ	1.2507			-	.1029*
	อยู่กับคู่ครอง	1.3536				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 100 แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ
โดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติ อยู่คนเดียว และอยู่กับคนอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุ
ที่อยู่คนเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

2.7 การทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดสมุทรสาครจำแนกตามอาชีพ ปรากฏผลตามตาราง 101 ถึงตาราง 122

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 101 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	5.5707	1.3929	9.0431***
ภายในกลุ่ม	351	54.0556	.1540	
รวม	355	59.6263		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{4,351} = 4.62$)

จากตาราง 101 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัย
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีอาชีพที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตาม
ตาราง 102

ตาราง 102 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	เกษตรกร	รับจ้าง	ค้าขาย	ข้าราชการ	
		$\bar{X}$	1.0202	1.1469	1.1667	1.5952	1.5175
การดูแลสุขภาพ	ไม่มีอาชีพ	1.0202	-	.1267*	.1465*	.2493*	.4973*
สุขภาพอนามัย	เกษตรกร	1.1469		-	.0198	.1226	.3706*
	รับจ้าง	1.1669			-	.1028	.3508*
	ค้าขาย	1.2695				-	.2480*
	ข้าราชการ	1.5175					
	บ้านนาญ						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 102 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านนาญ ที่มีอาชีพค้าขาย อาชีพรับจ้าง และอาชีพเกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านนาญมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย รับจ้าง และอาชีพเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 103 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1.4051	.3513	5.6302***
ภายในกลุ่ม	351	21.8992	.0624	
รวม	355	23.3043		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{4,351} = 4.62$)

จากตาราง 103 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 104

ตาราง 104 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน
เป็นรายคู่

กิจกรรม	อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร	ค้าขาย	ข้าราชการ	
		$\bar{X}$	1.3631	1.4158	1.4266	1.5071	1.5965
โภชนาการ	ไม่มีอาชีพ	1.3631	-	.0527	.0635	.1440*	.2334*
	รับจ้าง	1.4158		-	.0108	.0913	.1807*
	เกษตรกร	1.4266			-	.0805	.1699*
	ค้าขาย	1.5071				-	.0894
	ข้าราชการ	1.5965					
	บ้านญาติ						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 104 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านนาญ มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมโภชนาการสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร อาชีพรับจ้าง และ ไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขายมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมโภชนาการสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 105 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	.7556	.1889	3.1211*
ภายในกลุ่ม	351	21.2428	.0605	
รวม	355	21.9984		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{4,351} = 2.37$)

จากตาราง 105 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการขับถ่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 106

ตาราง 106 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการขั้ถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน
เป็นรายคู่

กิจกรรม	อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	ค้าขาย	รับจ้าง	เกษตรกร	ข้าราชการ	บ้านนาญ
		$\bar{X}$	1.2167	1.2801	1.2857	1.2966	1.3947
การขั้ถ่าย	ไม่มีอาชีพ	1.2167	-	.0634	.0690	.0799	.1780*
	ค้าขาย	1.2801		-	.0056	.0165	.1146
	รับจ้าง	1.2857			-	.0109	.1090
	เกษตรกร	1.2966				-	.0981
	ข้าราชการ	1.3947					-
	บ้านนาญ						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 106 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านนาญ มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับ
กิจกรรมการขั้ถ่ายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ
ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 107 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	8.8410	2.2102	10.5992***
ภายในกลุ่ม	351	73.1935	.2085	
รวม	355	82.0345		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{4,351} = 4.62$)

จากตาราง 107 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตาม
ตาราง 108

ตาราง 108 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมออกกําลังกายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน
เป็นรายคู่

กิจกรรม	อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	ค้าขาย	รับจ้าง	เกษตรกร	ข้าราชการ	บ้านนาญ
		$\bar{X}$	.8514	1.0468	1.0505	1.0983	1.5053
การออกกําลังกาย	ไม่มีอาชีพ	.8514	-	.1954*	.1991*	.2469*	.6539*
	ค้าขาย	1.0468	-	.0037	.0515	.4585*	
	รับจ้าง	1.0505		-	.0478	.4548*	
	เกษตรกร	1.0983			-	.4070*	
	ข้าราชการ	1.5053				-	
	บ้านนาญ						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 108 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านนาญ มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับ
กิจกรรมออกกําลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย และไม่มีอาชีพ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร รับจ้าง และค้าขายมีคะแนน
เฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมออกกําลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 109 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	.8268	.2067	3.1517*
ภายในกลุ่ม	351	23.0134	.0656	
รวม	355	23.8402		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{4,351} = 2.37$)

จากตาราง 109 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการพักผ่อนและ
การนอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์
ปรากฏผลตามตาราง 110

ตาราง 110 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการพักผ่อน และการนอนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี
อาชีพต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร	ค้าขาย	ข้าราชการ	บ้านนาญ
		$\bar{X}$	1.2702	1.2766	1.2825	1.3227	1.4825
การพักผ่อน	ไม่มีอาชีพ	1.2702	-	.0064	.0123	.0525	.2123*
และการนอน	รับจ้าง	1.2766	-	.0059	.0461	.2059*	
	เกษตรกร	1.2825		-	.0402	.2000*	
	ค้าขาย	1.3227			-	.1598*	
	ข้าราชการ	1.4825				-	
	บ้านนาญ						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 110 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านนาญ มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับ
กิจกรรมการพักผ่อน และการนอนสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย เกษตรกร รับจ้าง และ ไม่มี
อาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 111 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	2.4241	.6060	16.0975***
ภายในกลุ่ม	351	13.2144	.0376	
รวม	355	15.6386		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{4,351} = 4.62$)

จากตาราง 111 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 112

ตาราง 112 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	รับจ้าง	เกษตรกร	ค้าขาย	ข้าราชการ	
		$\bar{X}$	1.1544	1.2455	1.2554	1.2935	1.4991
ภาวะสุขภาพ	ไม่มีอาชีพ	1.1544	-	.0911*	.1010*	.1391*	.3447*
ด้านร่างกาย	รับจ้าง	1.2455	-	.0099	.0480	.2536*	
โดยรวม	เกษตรกร	1.2554		-	.0381	.2437*	
	ค้าขาย	1.2935			-	.2056*	
	ข้าราชการ	1.4991				-	
	บ้านนาญ						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 112 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านนาญมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย เกษตรกร รับจ้าง และไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย เกษตรกร และรับจ้างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 113 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	2.0334	.5084	4.1281**
ภายในกลุ่ม	351	43.2241	.1231	
รวม	355	45.2575		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{4,351} = 3.32$)

จากตาราง 113 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 114

ตาราง 114 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อาชีพ	เกษตรกร	ไม่มีอาชีพ	ค้าขาย	รับจ้าง	ข้าราชการ
		$\bar{X}$				บ้านนาญ
		1.3390	1.3429	1.3678	1.4396	1.6541
ภาวะสุขภาพ	เกษตรกร	1.3390	-	.0039	.0288	.1006
ด้านจิตใจ	ไม่มีอาชีพ	1.3429	-	.0249	.0967	.3112*
	ค้าขาย	1.3678		-	.0718	.2863*
	รับจ้าง	1.4396			-	.2145*
	ข้าราชการ	1.6541				-
	บ้านนาญ					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 114 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านนาญ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย ไม่มีอาชีพ และอาชีพเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 115 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	2.1600	.5400	4.3471**
ภายในกลุ่ม	351	43.6029	.1242	
รวม	355	45.7629		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{4,351} = 3.32$)

จากตาราง 115 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 116

ตาราง 116 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อาชีพ	ค่าขาย	เกษตรกร	ไม่มีอาชีพ	รับจ้าง	ข้าราชการ	
		$\bar{X}$	1.1884	1.2179	1.2612	1.3265	1.5414
บทบาทของผู้	ค่าขาย	1.1884	-	.0295	.0728	.1381	.3530*
สูงอายุใน	เกษตรกร	1.2179	-	.0433	.1086	.3235*	
ครอบครัว	ไม่มีอาชีพ	1.2612		-	.0653	.2802*	
	รับจ้าง	1.3265			-	.2149*	
	ข้าราชการ	1.5414				-	
	บ้านนาญ						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 116 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านนาญมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีอาชีพรับจ้าง ที่ไม่มีอาชีพ เกษตรกร และอาชีพค้าขาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 117 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1.0599	.2650	3.3616*
ภายในกลุ่ม	351	27.6657	.0788	
รวม	355	28.7255		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{4,351} = 2.37$)

จากตาราง 117 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทของผู้
สูงอายุในชุมชน/สังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อทดสอบความแตกต่าง
ของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของ
นิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 118

ตาราง 118 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	เกษตรกร	ค้าขาย	รับจ้าง	ข้าราชการ	
		$\bar{X}$	1.4684	1.5036	1.5380	1.5965	1.6015
บทบาทของผู้	ไม่มีอาชีพ	1.4684	-	.0352	.0696	.1281*	.1331
สูงอายุใน	เกษตรกร	1.5036	-	.0344	.0929	.0979	
ชุมชน/สังคม	ค้าขาย	1.5380		-	.0585	.0635	
	รับจ้าง	1.5965			-	.0050	
	ข้าราชการ	1.6015				-	
	บ้านนา						

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 118 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 119 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1.2308	.3077	4.9662***
ภายในกลุ่ม	351	21.7475	.0620	
รวม	355	22.9783		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{4, 351} = 4.62$)

จากตาราง 119 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 120

ตาราง 120 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อาชีพ	เกษตรกร	ค้าขาย	ไม่มีอาชีพ	รับจ้าง	ข้าราชการ	
		$\bar{X}$	1.3608	1.3632	1.3648	1.4615	1.5714
ภาวะสุขภาพ	เกษตรกร	1.3608	-	.0024	.0040	.1007	.2106*
ด้านสังคม	ค้าขาย	1.3632	-	.0016	.0983	.2082*	
โดยรวม	ไม่มีอาชีพ	1.3648		-	.0967*	.2066*	
	รับจ้าง	1.4615			-	.1099	
	ข้าราชการ	1.5714				-	
	บ้านนาญ						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 120 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านนาญ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ ที่มีอาชีพค้าขาย และอาชีพเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 121 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1.7395	.4349	13.0942***
ภายในกลุ่ม	351	11.6569	.0332	
รวม	355	13.3964		

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{4, 351} = 4.62$)

จากตาราง 121 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 122

ตาราง 122 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	อาชีพ	ไม่มีอาชีพ	เกษตรกร	ค้าขาย	รับจ้าง	ข้าราชการ
		$\bar{X}$				บ้านนาญ
		1.2397	1.2966	1.3234	1.3332	1.5411
ภาวะสุขภาพ	ไม่มีอาชีพ	1.2397	-	.0569*	.0837*	.0935*
โดยรวม	เกษตรกร	1.2966	-	.0268	.0366	.2445*
ทุกด้าน	ค้าขาย	1.3234		-	.0098	.2177*
	รับจ้าง	1.3332			-	.2079*
	ข้าราชการ	1.5411				-
	บ้านนาญ					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 122 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านนาญ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย เกษตรกร และไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และเกษตรกร มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

2.8 การทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดสมุทรสาครจำแนกตามแหล่งรายได้ ปรากฏผลตามตาราง 123 ถึงตาราง 144
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 123 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	5.0049	1.6683	10.7511***
ภายในกลุ่ม	352	54.6214	.1552	
รวม	355	59.6263		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 123 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 124

ตาราง 124 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อื่น ๆ	ญาติ	อาชีพอิสระ	รัฐบาล (บ้านาญ)	
	$\bar{X}$	.8833	1.0443	1.1726	1.5250	
การดูแลสุขภาพ	อื่น ๆ	.8833	-	.1610	.2893	.6417*
สุขภาพอนามัย	ญาติ	1.0443	-	.1283*	.4807*	
	อาชีพอิสระ	1.1726	-	-	.3524*	
	รัฐบาล	1.5250	-	-	-	
	(บ้านาญ)					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 124 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านนาญ) มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ จากญาติ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 125 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโกทนการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.2275	.4092	6.5238***
ภายในกลุ่ม	352	22.0768	.0627	
รวม	355	23.3043		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 125 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพ
สุขภาพอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของ
นิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 126

ตาราง 126 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อื่น ๆ	ญาติ	อาชีพอิสระ	รัฐบาล (บ้านอายุ)	
	$\bar{X}$	1.2667	1.3698	1.4402	1.5917	
โภชนาการ	อื่น ๆ	1.2667	-	.1031	.1735	.3250*
	ญาติ	1.3698	-	.0704*	.2219*	
	อาชีพอิสระ	1.4402	-	.1515*		
	รัฐบาล	1.5917	-			
	(บ้านอายุ)					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 126 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านอายุ) มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับโภชนาการสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ จากญาติ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมโภชนาการสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 127 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.7303	.2434	4.0291**
ภายในกลุ่ม	352	21.2680	.0604	
รวม	355	21.9984		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{3,352} = 3.78$)

จากตาราง 127 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีกิจกรรมการขับถ่าย
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผล
ตามตาราง 128

ตาราง 128 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อื่น ๆ	ญาติ	อาชีพอิสระ	รัฐบาล (บ้านอายุ)	
	$\bar{X}$	1.1500	1.2279	1.2820	1.4000	
การขับถ่าย	อื่น ๆ	1.1500	-	.0779	.1320	.2500*
	ญาติ	1.2279	-	.0541	.1721*	
	อาชีพอิสระ	1.2820	-	.1180*		
	รัฐบาล	1.4000	-			
	(บ้านอายุ)					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 128 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านอายุ) มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการขับถ่ายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ จากญาติ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 129 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	8.5519	2.8506	13.6552***
ภายในกลุ่ม	352	73.4826	.2088	
รวม	355	82.0345		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 129 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 130

ตาราง 130 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อื่น ๆ	ญาติ	อาชีพอิสระ	รัฐบาล (บ้านอายุ)
	$\bar{X}$	.8400	.8563	1.0576	1.5000
การออกกำลังกาย	อื่น ๆ	.8400	-	.0163	.2176
	ญาติ	.8563	-	.2013*	.6437*
	อาชีพอิสระ	1.0576		-	.4424*
	รัฐบาล	1.5000			-
	(บ้านอายุ)				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 130 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านอายุ) มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ จากญาติ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

ตาราง 131 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อน และการนอนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.7797	.2599	3.9670***
ภายในกลุ่ม	352	23.0605	.0655	
รวม	355	23.8402		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{3,352} = 3.78$)

จากตาราง 131 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีกิจกรรมการพักผ่อน และการนอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์
ปรากฏผลตามตาราง 132

ตาราง 132 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้		อื่น ๆ	ญาติ	อาชีพอิสระ	รัฐบาล (บ้านอายุ)
		$\bar{X}$	1.2000	1.2799	1.2862	1.4750
ภาวะสุขภาพ	อื่น ๆ	1.2000	-	.0799	.0862	.2750*
ด้านร่างกาย	ญาติ	1.2799		-	.0063	.1951*
โดยรวม	อาชีพอิสระ	1.2862			-	.1888*
	รัฐบาล	1.4750				-
	(บ้านอายุ)					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 132 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านอายุ) มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ จากญาติ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 133 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	2.3182	.7727	20.4204***
ภายในกลุ่ม	352	13.3203	.0378	
รวม	355	15.6386		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 133 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 134

ตาราง 134 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อื่น ๆ	ญาติ	อาชีพอิสระ	รัฐบาล (บ้านนาญ)
	$\bar{X}$	1.0759	1.1659	1.2543	1.4983
การดูแลรักษา	อื่น ๆ	1.0759	-	.0900	.1784*
สุขภาพอนามัย	ญาติ	1.1659	-	.0884*	.3324*
	อาชีพอิสระ	1.2543		-	.24400*
	รัฐบาล	1.4983			-
	(บ้านนาญ)				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 134 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านนาญ) มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ จากญาติ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้จากญาติและที่มีรายได้จากอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวม ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 135 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.9354	.6451	5.2419**
ภายในกลุ่ม	352	43.3221	.1231	
รวม	355	45.2575		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{3,352} = 3.78$)

จากตาราง 135 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 136

ตาราง 136 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี
แหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อื่น ๆ	ญาติ	อาชีพอิสระ	รัฐบาล (บ้านอายุ)
	$\bar{X}$	1.1429	1.3728	1.3824	1.6429
ภาวะสุขภาพ	อื่น ๆ	1.1429	-	.2299*	.2395
ด้านจิตใจ	ญาติ	1.3728	-	.0096	.2701*
	อาชีพอิสระ	1.3824		-	.2605*
	รัฐบาล	1.6429			-
	(บ้านอายุ)				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 136 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านอายุ) มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ จากญาติ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 137 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	3.0181	1.0060	8.2846***
ภายในกลุ่ม	352	42.7448	.1214	
รวม	355	45.7629		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 137 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 138

ตาราง 138 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อื่น ๆ	อาชีพอิสระ	ญาติ	รัฐบาล (บำนาญ)	
	$\bar{X}$	.8857	1.2554	1.2980	1.5357	
บทบาทของ	อื่น ๆ	.8857	-	.3697*	.4123*	.6500*
ผู้สูงอายุใน	อาชีพอิสระ	1.2554	-	.0426	.2803*	
ครอบครัว	ญาติ	1.2980		-	.2377*	
	รัฐบาล	1.5357				-
	(บำนาญ)					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 138 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บำนาญ) มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ จากอาชีพอิสระ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ และจากอาชีพอิสระมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ และจากอาชีพอิสระมีกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวไม่แตกต่างกัน

ตาราง 139 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.2876	.4292	5.5062***
ภายในกลุ่ม	352	27.4379	.0779	
รวม	355	28.7255		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 139 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับบทบาทของ
ผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบ
ความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบ
โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 140

ตาราง 140 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อื่น ๆ	ญาติ	อาชีพอิสระ	รัฐบาล (บ้านอายุ)	
	$\bar{X}$	1.2143	1.4967	1.5483	1.6000	
บทบาทของ	อื่น ๆ	1.2143	-	.2824*	.3340*	.3857*
ผู้สูงอายุใน	ญาติ	1.4967	-	.0516	.1033	
ชุมชน/สังคม	อาชีพอิสระ	1.5483		-	.0517	
	รัฐบาล	1.6000			-	
	(บ้านอายุ)					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 140 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านอายุ) จากอาชีพอิสระ และจากญาติ มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 141 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.7901	.5967	9.9130***
ภายในกลุ่ม	352	21.1882	.0602	
รวม	355	22.9783		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 141 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 142

ตาราง 142 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านสังคม โดยรวมของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อื่น ๆ	ญาติ	อาชีพอิสระ	รัฐบาล (บ้านนาญ)	
	$\bar{x}$	1.0500	1.3973	1.4019	1.5679	
ภาวะสุขภาพ	อื่น ๆ	1.0500	-	.3473*	.3519*	.5179*
ด้านสังคม	ญาติ	1.3973	-	.0046	.1706*	
โดยรวม	อาชีพอิสระ	1.4019	-	-	.1660*	
	รัฐบาล	1.5679	-	-	-	
	(บ้านนาญ)					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 142 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านนาญ) มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ จากญาติ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ และจากญาติ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ และจากญาติ มีภาวะสุขภาพด้านสังคมโดยรวม ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 143 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.8700	.6233	19.0357***
ภายในกลุ่ม	352	11.5264	.0327	
รวม	355	13.3964		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 143 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 144

ตาราง 144 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	แหล่งรายได้	อื่น ๆ	ญาติ	อาชีพอิสระ	รัฐบาล (บ้านอายุ)	
	$\bar{X}$	1.0780	1.2597	1.3135	1.5380	
ภาวะสุขภาพ	อื่น ๆ	1.0780	-	.1817*	.2355*	.4600*
โดยรวม	ญาติ	1.2597	-	.0538*	.2783*	
ทุกด้าน	อาชีพอิสระ	1.3135		-	.3135*	
	รัฐบาล	1.5380			-	
	(บ้านอายุ)					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 144 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บ้านอายุ) มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ จากญาติ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติ และจากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากญาติมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.9 การทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดสมุทรสาครจำแนกตามรายได้เฉลี่ย ปรากฏผลตามตาราง 145 ถึงตาราง 162
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 145 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	7.9658	2.6553	18.0921***
ภายในกลุ่ม	352	51.6606	.1468	
รวม	355	59.6263		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 145 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 146

ตาราง 146 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	รายได้เฉลี่ย	ไม่มีรายได้	ต่ำกว่า 2500 บาท/เดือน	มากกว่า 2500-7000 บาท/เดือน	2500-7000 บาท/เดือน	
		$\bar{X}$	.9430	1.0860	1.2949	1.3349
การดูแลสุขภาพ	ไม่มีรายได้	.9430	-	.1430*	.3519*	.3919*
สุขภาพอนามัย	ต่ำกว่า 2500 บ/ค	1.0860	-	.2089	.2489*	
	มากกว่า 7000 บ/ค	1.2949		-	.0400	
	2500-7000 บ/ค	1.3349			-	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 146 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยระดับต่าง ๆ ทุกระดับมีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 2500 - 7000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2500 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 147 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มีราย ได้เฉลี่ยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.3599	.4533	7.2714***
ภายในกลุ่ม	352	21.9444	.0623	
รวม	355	23.3043		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 147 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีราย ได้เฉลี่ยที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 148

ตาราง 148 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมโภชนาการของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	รายได้เฉลี่ย	ไม่มีรายได้	ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน	2,500-7000 บาท/เดือน	มากกว่า 7000บาท/เดือน	
		$\bar{X}$ 1.3418	1.3946	1.4939	1.5385	
โภชนาการ	ไม่มีรายได้	1.3418	-	.0528	.1521*	.1967*
	ต่ำกว่า 2500 บ/ค	1.3946		-	.0993*	.1439
	2,500-7000 บ/ค	1.4939			-	.0446
	มากกว่า 7000 บ/ค	1.5385				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 148 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 7000 บาทต่อเดือน และ 2500 - 7000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมโภชนาการสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 2500 - 7000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมโภชนาการสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2500 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 149 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการขับถ่ายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.1924	.0641	1.0351
ภายในกลุ่ม	352	21.8060	.0619	
รวม	355	21.9984		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,352} = 2.60$)

จากตาราง 149 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการขับถ่าย
ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 150 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	6.9087	2.3029	10.7902***
ภายในกลุ่ม	352	75.1258	.2134	
รวม	355	82.0345		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 150 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 151

ตาราง 151 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการออกกำลังกายของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้อื่นต่างเป็นรายคู่

กิจกรรม	รายได้อื่น	ไม่มีรายได้อื่น	ต่ำกว่า 2500 บาท/เดือน	2500 - 7000 บาท/เดือน	มากกว่า 7000 บาท/เดือน
	$\bar{x}$	.7949	.9806	1.1615	1.2308
การออกกำลังกาย	ไม่มีรายได้อื่น	.7949	-	.1857*	.3666*
	ต่ำกว่า 2500 บาท/เดือน	.9806	-	.1809*	.2502
	2500 - 7000 บาท/เดือน	1.1615	-	-	.0693
	มากกว่า 7000 บาท/เดือน	1.2308	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 151 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้อื่นระดับต่าง ๆ ทุกระดับ มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้อื่น 2500 - 7000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้อื่นต่ำกว่า 2500 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 152 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการพักผ่อน และการนอนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.5112	.1704	2.5708*
ภายในกลุ่ม	352	23.3290	.0663	
รวม	355	23.8402		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,352} = 2.60$)

จากตาราง 152 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีกิจกรรมเกี่ยวกับการพักผ่อนและการนอนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 153

ตาราง 153 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมการพักผ่อน และการนอนของภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	รายได้เฉลี่ย	มากกว่า 7000 บาท /เดือน	ไม่มี รายได้	ต่ำกว่า 2500 บาท /เดือน	2500- 7000บาท /เดือน
	$\bar{X}$	1.2564	1.2595	1.2720	1.3486
การพักผ่อน	มากกว่า 7000 บ/ค	1.2564	-	.0031	.0156
และการนอน	ไม่มีรายได้	1.2595	-	.0125	.0891
	ต่ำกว่า 2500 บ/ค	1.2720		-	.0766*
	2500-7000 บ/ค	1.3486			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 153 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 2500 - 7000 บาทต่อเดือน
มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับกิจกรรมการพักผ่อนและการนอนสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า
2500 บาทต่อเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 154 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการระส่ำพาด้านร่างกายโดยรวมของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	2.1999	.7333	19.2073***
ภายในกลุ่ม	352	13.4387	.0382	
รวม	355	15.6386		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3, 352} = 5.42$)

จากตาราง 154 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านร่างกาย
โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เพื่อทดสอบความแตกต่างภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์
ปรากฏผลตามตาราง 155

ตาราง 155 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	รายได้เฉลี่ย	ไม่มีรายได้	ต่ำกว่า 2500 บาท/เดือน	2500-7000 บาท/เดือน	มากกว่า 7000 บาท/เดือน
	$\bar{X}$	1.1248	1.2069	1.3309	1.3316
ภาวะสุขภาพ	ไม่มีรายได้	1.1248	-	.0821*	.2061*
ด้านร่างกาย	ต่ำกว่า 2500 บ/ค	1.2069	-	.1240*	.1247
โดยรวม	2500 - 7000 บ/ค	1.3309		-	.0007
	มากกว่า 7000 บ/ค	1.3316			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 155 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยระดับต่าง ๆ ทุกระดับ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 2500 - 7000 บาทต่อเดือนมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2500 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 156 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.0952	.3651	2.9097*
ภายในกลุ่ม	352	44.1624	.1255	
รวม	355	45.2575		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,352} = 2.60$)

จากตาราง 156 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 157

ตาราง 157 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพด้านจิตใจของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	รายได้เฉลี่ย	มากกว่า 7000 บาท /เดือน	ต่ำกว่า 2500 บาท /เดือน	ไม่มี รายได้	2500- 7000บาท /เดือน
	$\bar{X}$	1.2967	1.3438	1.3761	1.4666
การพักผ่อน	มากกว่า 7000 บ/ค	1.2967	-	.0471	.0794
และการนอน	ต่ำกว่า 2500 บ/ค	1.3438	-	.0323	.1228*
	ไม่มีรายได้	1.3761		-	.0905
	2500-7000 บ/ค	1.4666			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 157 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 2500 - 7000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านจิตใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 2500 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 158 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.4966	.1655	1.2872
ภายในกลุ่ม	352	45.2663	.1286	
รวม	355	45.7629		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,352} = 2.60$)

จากตาราง 158 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 159 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน/สังคมของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.0880	.0293	.3608
ภายในกลุ่ม	352	28.6375	.0814	
รวม	355	28.7255		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,352} = 2.60$)

จากตาราง 159 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีกิจกรรมบทบาทของผู้สูงอายุ
ในชุมชน/สังคม ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 160 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมการะสุขภาพด้านสังคมโดยรวมของ
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.1778	.0593	.9148
ภายในกลุ่ม	352	22.8006	.0648	
รวม	355	22.9783		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,352} = 2.60$)

จากตาราง 160 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีภาวะสุขภาพด้านสังคม
โดยรวม ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 161 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.1446	.3815	10.9612***
ภายในกลุ่ม	352	12.2518	.0348	
รวม	355	13.3964		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{3,352} = 5.42$)

จากตาราง 161 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยที่ต่างกันเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ ปรากฏผลตามตาราง 162

ตาราง 162 ผลการเปรียบเทียบกิจกรรมภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันเป็นรายคู่

กิจกรรม	รายได้เฉลี่ย	ไม่มีรายได้	ต่ำกว่า 2500 บาท/เดือน	มากกว่า 2500-7000 บาท/เดือน	2500-7000 บาท/เดือน	
		$\bar{X}$	1.2329	1.2754	1.3585	1.3772
ภาวะสุขภาพ	ไม่มีรายได้	1.2329	-	.0425	.1256	.1443*
โดยรวม	ต่ำกว่า 2500 บ/ค	1.2754	-	.0831	.1018*	
ทุกด้าน	มากกว่า 7000 บ/ค	1.3585		-	.0187	
	2500-7000 บ/ค	1.3772			-	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 162 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 2500 - 7000 บาทต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 2500 บาทต่อเดือน และที่ไม่มีรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ตามตัวแปรเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้ และรายได้เฉลี่ย

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรสาคร พ.ศ. 2536 จำนวน 356 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุเพศชาย 216 คน และผู้สูงอายุเพศหญิง 140 คน ได้มาโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีโครงสร้างปลายปิดเป็นข้อมูล ตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้ และรายได้เฉลี่ย

ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรตามโดยเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย ข้อความที่แสดงถึงการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย การปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการ การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอน มีลักษณะคำถามเป็นเชิงนิเสธและเชิงนิมาน มีจำนวน 29 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรตาม โดยเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ และภาวะสุขภาพทางด้านสังคม ดังนี้

ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ เป็นข้อความที่แสดงถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีจำนวน 7 ข้อ และ ภาวะสุขภาพทางด้านสังคม ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชน/สังคม มีจำนวน 14 ข้อ แบบสัมภาษณ์มีลักษณะคำถามเป็นเชิงนิเสธและเชิงนิทาน

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย 0.7683 ค่าความเชื่อมั่นภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ 0.5894 ค่าความเชื่อมั่นภาวะสุขภาพทางด้านสังคม 0.6560 และค่าความเชื่อมั่นภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านรวม 0.8753

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระทำข้อมูลโดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสัมภาษณ์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แจกข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ออกเป็นกลุ่มตามตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา
3. แบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คำนวณค่าร้อยละ
4. แบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 2 และตอนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คำนวณค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) แล้วนำมาแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best)
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันโดยใช้สถิติ (t-test Independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 3
6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบตัวประกอบเดียว (One - way Analysis of Variance) ถ้าแตกต่างกันจะเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 4, 5, 6, 7, 8 และข้อ 9

สรุปผลการค้นคว้า

1. ผู้สูงอายุชายและหญิงมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ✓
2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับช่วงอายุต่ำกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับช่วงอายุสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. ผู้สูงอายุที่มีศาสนาต่างกันมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
6. ผู้สูงอายุที่มีสภาพอยู่อาศัยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
7. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
8. ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
9. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร มีรายละเอียดการอภิปรายดังนี้

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยทั่วไปอยู่ในระดับพอใช้ ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างนี้ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (183 คน) และที่ไม่ได้เรียน (134 คน) รวมแล้วคิดเป็นร้อยละ 89 ของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ จากการศึกษาของรูธ (Ruth, 1973 : 136 - 156) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาค่อนข้างมีปัญหาที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิศา ชูโต (2525) พบว่า กลุ่มคนชราที่มีการศึกษาค่ำ

มีอาชีพเกษตรกรรมมีฐานะยากจนมักจะขาดความรู้ในการระมัดระวังสุขภาพ รวมทั้งรายได้ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเหล่านี้พบว่าร้อยละ 22.19 เป็นผู้ไม่มีรายได้และร้อยละ 43.50 เป็นผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาท ต่อเดือนซึ่งรายได้นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และในยามปกติรายได้ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีจากการได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่า การอยู่อาศัยที่ถูกต้องสุขลักษณะ และการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยอาจทำให้ไม่สามารถมีสุขภาพที่มีสมบูรณ์และแข็งแรงได้เท่าที่ควร จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้เท่านั้น

2. เพศ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาครมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้สูงอายุชายและหญิงมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือเพศอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีรภาพของบุคคลแล้วยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน สังคมอีกด้วย (Kutner, 1979 : 62) โดยทั่วไประบบสังคมและวัฒนธรรมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล เพศหญิงจึงมีความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วยเพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองจึงต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง (Neimi and others, 1988 : 1101 - 1107) และเพศหญิงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนดีกว่าเพศชาย (Ferraro, 1980 : 381 ; Fillenbaum, 1979 : 48) ซึ่งมักจะรายงานว่าตนเองอยู่ในภาวะเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย โดยสามารถแยกแยะกลุ่มอาการเจ็บไข้ได้ป่วยของตนได้มากกว่าเพศชาย (John and others, 1970 : 74) รวมทั้งประเมินสุขภาพของตนว่าไม่แข็งแรงได้มากกว่าเพศชายด้วย (แวนทิพย์ น.สุพร. 2518 : 20) นอกจากนี้เพศยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากผลการวิจัยของ เขียวลักษณ์ มหาสัทธิวัฒน์ (2529 : 107) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุเพศชายมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ขวัญใจ คันติวัฒน์เสถียร, 2534 : 122 - 131) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุวิมล ทนารัตนกุล (2534 : 32) ศึกษาเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย พบว่า เพศชายมีอัตราในทัศนคติและความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจากการศึกษาเองมยุรา นพพรพันธ์ (2534 : 63) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง นั้นหมายถึงผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ในลักษณะตรงข้ามจากการศึกษาของสปีกและคนอื่น ๆ (Speak and others. 1989 : 93 - 100) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของจินตนา รอดนาคา (2525 : บทคัดย่อ) พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของรัตนา กฤษณาธาร (2535 : 111) ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชายและหญิงต่างกันน้อยมาก โดยผู้สูงอายุเพศชายมีระดับการเจ็บป่วยหรือขาดเจ็บมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงเพียงเล็กน้อย

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผลการวิจัยต่าง ๆ ได้ข้อสรุปในเรื่องเพศแตกต่างกันไปนับเป็นข้อมูลที่มีส่วนช่วยสนับสนุนผลการศึกษานี้ในครั้งนี้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีภาวะสุขภาพโดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อได้พิจารณาเฉพาะในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพด้านร่างกายในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพักผ่อนและการนอนมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นั้นแสดงว่าผู้สูงอายุเพศชายมีกิจกรรมการออกกำลังกาย และการพักผ่อนและการนอนมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง สำหรับผู้สูงอายุเพศหญิง มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสุขภาพอนามัยมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. อายุ จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับช่วงอายุต่ำกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับช่วงอายุสูงกว่า แสดงว่าอายุน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เพราะในแต่ละช่วงอายุนั้นความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และความเจริญของร่างกายจะแตกต่างกัน เช่น ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่ไม่เจริญแล้ว จึงมีสุขภาพทรุดโทรมเจ็บป่วยง่ายและเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บเกือบตลอดเวลา ดังนั้นภาวะ

สุขภาพของผู้สูงอายุจะเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาของเฟอราโร (Ferraro, 1980 : 385) พบว่าผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 75 ปี และมากกว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การเคี้ยวอาหาร การได้ยินและป่วยเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้นซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของจารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 66) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุต่ำจะมีสุขภาพกายดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุสูงกว่า และอายุมีความสัมพันธ์เป็นบวกกลับกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คืออัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีสุขภาพไม่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า (นภาพร ขิโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2532 : 25) รวมทั้งเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองน้อยลงโดยเฉพาะช่วงอายุ 60 - 70 ปี จะมีการดูแลตนเองได้ต่ำสุด (สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ, ม.ป.ป. : 56) ส่วนการเจ็บป่วยและหรือบาดเจ็บของผู้สูงอายุจะแปรผันตามอายุน้อยมาก ซึ่งพบว่าแนวโน้มผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 70 - 74 ปี และ 75 ปีขึ้นไปมีระดับการเจ็บป่วยและหรือบาดเจ็บมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าอายุมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลกล่าวคือผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมักจะเลือกใช้บริการแผนปัจจุบันจากสถานบริการสาธารณสุขของเอกชน มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากซึ่งจะใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ รักษาแผนโบราณซื้อยากินเอง (รัตนา กฤษฎาธาร, 2535 : 17, 110) ซึ่งฮอลล์ (Hall, 1976 : 3 - 4) ได้กล่าวว่า บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้นสติปัญญา ความจำ การเรียนรู้ สภาพทางจิตใจจะเปลี่ยนแปลงไป บทบาทภาระหน้าที่ทางสังคมก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงพอสรุปสำหรับผลการศึกษครั้งนี้ได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันกล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่ำกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุสูงกว่า

4. ข้อเสนอ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกันมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือศาสนาอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังเช่น ผลงานวิจัยของ ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 160) ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้เฒ่านอก โรงพยาบาลรามารักษ์ พบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกันมีแบบแผนชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จงรักษ์ ศุภกิจเจริญ (2527 : 108) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพ

ในครอบครัวและพฤติกรรมเพศมีความเครียดในผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทยและนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93 ซึ่งตามขนบธรรมเนียมประเพณีไทย เมื่อถึงเทศกาลหรือวันสำคัญทางศาสนาสามารถจะนำบุตรหลานไปร่วมทำบุญและฟังคำสอนจากภิกษุสงฆ์ตามวัดต่าง ๆ เพราะศาสนามีอิทธิพลต่อความเชื่อความคิด ทศนคติ แรงจูงใจ ในทางตรงกันข้ามของผลการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างก็มีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่นับถือศาสนาพุทธมีจำนวนถึงร้อยละ 96.90 ส่วนผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ มีเพียงร้อยละ 3.10 เท่านั้น ดังนั้นเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันในภาพรวมของภาวะสุขภาพโดยรวมทุก ๆ ด้านจึงทำให้เห็นความแตกต่างได้ยาก แต่เมื่อได้พิจารณาภาวะสุขภาพเฉพาะแต่ละด้านจึงพบว่าภาวะสุขภาพด้านจิตใจและภาวะสุขภาพด้านสังคมของผู้ที่นับถือศาสนาต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีภาวะสุขภาพด้านสังคมดีกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั้นแสดงว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจและภาวะสุขภาพด้านสังคม โดยเฉพาะบทบาทที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมของผู้สูงอายุในครอบครัว และในชุมชนสังคมดีกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอื่น ๆ

ดังนั้นจากผลการศึกษานี้จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกันมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ฉะนั้นไม่ว่าผู้สูงอายุจะนับถือศาสนาใด ๆ ก็ตาม ควรจะได้ยึดมั่นในหลักธรรมทางศาสนาที่ตนนับถือจึงจะช่วยทำให้จิตใจสงบและได้รับความสุขที่แท้จริง

5. ระดับการศึกษา จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรี มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และเมื่อทดสอบเป็นรายคู่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดั้งแต่ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรี มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั้นแสดงว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อภาวะสุขภาพ กล่าวคือผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่ระดับการศึกษาต่ำกว่า

(ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 : 182) ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงจะระมัดระวังตนเองดีกว่า

ผู้ที่มีการศึกษาคำ เพราะการศึกษาจะส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญาในการพิจารณาไตร่ตรอง
 สิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล สามารถแสวงหาความรู้เพื่อการดูแลตนเอง และเพื่อบำรุงชีวิตอย่าง
 มีคุณภาพ (ประภัสสร เลียวไพโรจน์, 2523 : 43 ; อ้างอิงมาจากจำเริญ กุระสุวรรณ
 และคนอื่น ๆ, 2532 : 41) สำหรับผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีการปฏิบัติวิถีชีวิต หรือ
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาคำกว่า
 (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529 : 108) นอกจากนั้นการศึกษายังช่วยเพิ่มพูนความรู้
 ทำให้รู้จักพัฒนาตนเองพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผลมีความรอบคอบ และเมื่อเจ็บป่วยผู้ที่
 การศึกษาสูงมักมีฐานะทางเศรษฐกิจดีด้วย จะเลือกรับการรักษากจากแหล่งบริการที่มีคุณภาพและ
 สะดวกรวดเร็วคือ สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน ส่วนผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าจะเลือก
 ใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพราะเสียค่าบริการไม่แพง (รัตนา กฤษฎาธาร,
 2535 : 88) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิศา ชูโต (2525) พบว่ากลุ่มคนชราที่มี
 การศึกษาคำ จะขาดความรู้ในการระมัดระวังของตนเอง รวมทั้งขาดโอกาสในการแสวงหา
 ความรู้ในการใช้ชีวิตวัยชราอย่างมีประสิทธิภาพ และจากผลการวิจัยของจารุวรรณ เหมะธ
 และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 37) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระดับภาวะ
 สุขภาพกายดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาคำและ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาจะมีระดับภาวะ
 สุขภาพกายต่ำสุด

จากเหตุผลดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีภาวะสุขภาพ
 ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาคำกว่า

6. สถานภาพสมรส จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะ
 สุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า
 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน และเมื่อทำการทดสอบเป็นรายคู่
 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสและอยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นโสด
 และเป็นหม้าย/หย่าร้าง/แยกกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั้นแสดงว่าสถานภาพ
 สมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึกความคิด
 ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งจะพบว่าวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการ
 พลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก (จารุวรรณ เหมะธและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ,
 2526 : 67) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถทางหน้าที่ร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุ

ที่เป็นโรค หมาย หย่า แยก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิตหรือ ไม่มีคู่ชีวิตจะมีผลอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด คิด เพื่อนคุยที่รู้จักและเข้าใจกันดี มาเป็นระยะเวลายาวนาน การสูญเสียนี้เป็นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหงาอ้างว้าง เปล่าเปลี่ยวเดียวดาย และเป็นสาเหตุให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายอ่อนแอลง (เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์, 2533 : 25) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และอยู่กับคู่สมรส มีการร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพเป็นหม้ายและมีการปฏิบัติกิจกรรม สุขภาพใน เรื่องวิถีชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นโรค หมาย หย่า แยก (จันทนา กาญจนพินิจ, 2529 : 53) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของบังอรรัตน์ ศุขตระกูล (2532 : 75) ได้ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนแออัดและในเขตชุมชนไม่แออัด กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรสเป็นคู่อยู่ด้วยกันจะมีสุขภาพดีเป็นสัดส่วนมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากมีความผูกพัน ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง ดังนั้นเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วยย่อมจะต้องคอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ เป็นห่วงเป็นใย ต่างจากกลุ่มโสดที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวซึ่งจะต้องคอยดูแลช่วยเหลือตนเองโดย เฉพาะเวลาเจ็บป่วยที่ต้องดูแลตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นหม้ายด้วยแล้วถ้า ไม่สามารถทำใจ ในเรื่องของการจากไปของคู่ชีวิตย่อมที่จะไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเองซึ่งส่งผลต่อสุขภาพด้าน ร่างกาย ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจึงมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ และที่อยู่คนเดียว (มยุรา นพพรพันธุ์, 2534 : 16)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ จึงพอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสและอยู่กับคู่สมรสมี ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นโรค หมาย หย่าร้าง และแยกกันอยู่

7. สภาพการอยู่อาศัย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมี ภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน และเมื่อทดสอบเป็นรายคู่ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคนอื่น อยู่คนเดียว และอยู่ กับญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์ (2535 : 162) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพการเป็นอยู่ต่างก็มีแบบแผนชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของศรี เรือง แก้วกิงวาล (2533 : 7) ศึกษาเรื่องตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิต

ของผู้สูงอายุ พบว่าการอยู่บ้านของตนเองมีความสัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยส่วนรวม นั่นคือผู้สูงอายุที่อยู่บ้านตนเองรู้สึกเป็นอิสระมากกว่า มีความพึงพอใจในโลกและชีวิตมากกว่าการอาศัยบ้านผู้อื่น ดังนั้นผู้สูงอายุที่ตนเองหรือคู่สมรสเป็นเจ้าของบ้านเอง จึงมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยบ้านของบุตรหลานหรือญาติ หรืออยู่บ้านเช่าหรือบ้านที่หน่วยงานจัดให้ (มยุรา นพพรพันธุ์. 2534 : 94) เมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่น ดังนั้นการอยู่แบบครอบครัวขยายที่มีญาติพี่น้องอยู่ร่วมกันย่อมทำให้ไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง ย่อมจะมีสุขภาพจิตดีกว่าอยู่แบบครอบครัวเดี่ยว ที่เมื่อลูกโตมีครอบครัวก็แยกออกไป นานครั้งจึงจะมาเยี่ยมทำให้รู้สึกเหมือนตนเองไร้ค่า ถูกทอดทิ้ง (บังอรรัตน์ ศุภตระกูล. 2532 : 79) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวในบ้านดูเหมือนจะมีระดับการเจ็บป่วยและหรือบาดเจ็บมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมาก (รัตนา กฤษณาธาร. 2535 : 111)

จากเหตุผลดังกล่าวจึงพอสรุปผลการศึกษาค้นคว้าได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคนอื่น อยู่คนเดียว และอยู่กับญาติ

8. อาชีพ จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน และเมื่อทดสอบเป็นรายคู่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร ค้าขาย รับจ้าง และไม่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของจาโลวีกและเพาเวอร์ (Jalowice and Power. 1981 : 10 - 15) ที่ศึกษาพบว่าอาชีพการงานมีความสัมพันธ์กับคะแนนวิธีการเผชิญปัญหา เช่นกัน อาชีพบางอย่างมีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วาสนา ปุณณณวิวัฒน์ (2532 : 58) เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ปวยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดันโลหิตปกติพบว่ากลุ่มที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจและบริษัทเอกชน จะมีคะแนนแบบแผนชีวิตสูงกว่าอาชีพทั่วไป ทานา รับจ้างรายวัน และอาชีพอื่น ๆ และจากการศึกษาของทิพย์ภา บุรี (2529 : 69) เรื่องความรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่าอาชีพรับราชการ พนักงาน

รัฐวิสาหกิจและเอกชนมีค่าเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ นอกจากนี้ ชัยเชม เจริญฤทธิ์ (2522 : 30) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยกำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรมจะเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่มีแพทย์ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนต่ำกว่าอาชีพอื่น เช่นเดียวกับ การศึกษาของวาทินี บุญชะลิกษ์ (2530 : 90) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพค้าขาย งานบริการ และวิชาชีพ จะใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลและคลินิกของเอกชนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา สันติภาค (2530 : 68 - 69) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกรรมจะซื้อยากินเองและใช้ยาสมุนไพรมากที่สุด เนื่องจากผู้ประกอบอาชีพนี้ส่วนใหญ่อยู่ในชนบท การศึกษาค้นคว้าได้น้อยจึงทำให้พวกเขาต้องใช้อธิปไตยรักษาให้หายได้โดยเร็วและเสียค่าใช้จ่ายน้อย และยังพบว่าการใช้บริการจากแพทย์แผนโบราณ ก็พบในผู้ที่มีอาชีพเกษตรกรรมมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงพอสรุปผลการศึกษครั้งนี้ได้ว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญมีภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง และไม่มีอาชีพ

9. แหล่งรายได้ จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ จากอาชีพอิสระ จากรัฐบาล (บำนาญ) จากญาติและจากอื่น ๆ มีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่เคยมีรายได้จากการทำงานเมื่อไม่มีงานทำหรือเกษียณอายุแล้ว รายได้อาจลดน้อยลง สุทธิตรา สุภาพ (2526 : 49) กล่าวว่าความต้องการทางด้านเศรษฐกิจหรือความต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน เช่น ลูกหลานหรือญาติอาจจะทำให้การเลี้ยงดูตามสมควรแก่สภาพ แต่ถ้ามองในแง่ความมั่นคงทางสังคมที่ต้องการ เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องมีการสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ เช่น การได้บำนาญ บำนาญการสงเคราะห์คนชรา การประกันคนชรา เพื่อให้ทุกคนมีรายได้ยามชราภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุบางคนยังพอใจที่จะทำงานเพื่อให้ได้เงินตอบแทนซึ่งเป็นเรื่องเฉพาะตัวเพื่อความกระฉับกระเฉงมีชีวิตชีวาไว้หรืออาจต้องการทำเพื่อมีรายได้เพิ่มเติมซึ่งรายได้ประจำวันมีไม่เพียงพอแต่ควรเลือกทำงานให้เหมาะสมกับวัยเพื่อรักษาสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้ดี และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้เพื่อความสุขในบั้นปลายของชีวิต (กชกร สังขชาติ,

2536 : 31 - 37) และผู้สูงอายุบางคนอาจได้รับการเลี้ยงดูจากญาติ ซึ่งจากผลการวิจัยของศิริวรรณ ศิริบุญ (2535 : 163 - 164) ที่ศึกษาเรื่องข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย พบว่าคนหนุ่มสาวที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งส่วนใหญ่พักอาศัยในเขตชนบท และมีการศึกษา ไม่สูงนักเป็นกลุ่มที่ให้การเลี้ยงดูบิดามารดาเป็นสัดส่วนที่สูงอาจเป็นเพราะสังคมในชนบทนั้นการปลูกสร้างบ้านเรือนของบิดามารดาและบุตรมักจะอยู่ติดกันหรืออยู่ในละแวกเดียวกัน การเลี้ยงดูผู้สูงอายุโดยการไปเยี่ยมเยียน นำอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มและเงินทอง ไปให้ย่อมทำได้ง่ายและบ่อยครั้งกว่าคนหนุ่มสาวที่อยู่ในเขตเมืองหรือกรุงเทพมหานครที่ให้การเลี้ยงดูบิดามารดาในรูปของการให้เงินซึ่งเป็นวิธีที่ค่อนข้างสะดวก สามารถจัดส่งให้ถึงมือบิดามารดาได้ง่ายโดยผ่านทางธนาคารถึงแม้จะอยู่ไกลกันก็ตาม ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจะมีหลักประกันที่ดีในอนาคต ถ้าจะได้รับการเลี้ยงดูจากคนหนุ่มสาวไปจนตลอดชีวิตนั้นแสดงให้เห็นถึงความปรารถนาดี และความเอื้ออาทรที่คนหนุ่มสาวมีต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้สังคมยังเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าสมควรได้รับความอนุเคราะห์และความช่วยเหลือเกื้อกูล จากปัจเจกบุคคล รัฐบาล และสังคมโดยรวมด้วย

จากข้อมูลดังกล่าว จึงพอสรุปผลการศึกษาค้นคว้าได้ว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกัน มีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากรัฐบาล (บำนาญ) มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้จากอาชีพอิสระ จากญาติและจากอื่น ๆ

10. รายได้เฉลี่ย จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน และเมื่อทดสอบเป็นรายคู่ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 2,500 - 7,000 บาทต่อเดือน มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือนและผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั้นแสดงว่ารายได้หรือทรัพย์สินทำให้บุคคลได้รับสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ จากการศึกษาของมยุรา นพพรพันธุ์ (2534 : 17) พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และในยามปกติรายได้ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีจากการได้รับประทานอาหารที่ดีมีคุณค่า การอยู่อาศัยที่ถูกลักษณะ และการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดี ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยอาจทำให้ไม่สามารถมีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรงได้เท่าที่ควร คือขาดการบำรุงรักษาที่ดีซึ่งจำเป็นต้องใช้เงินเป็น

ปัจจัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเขมิกา ยามะรัต (2527 : 29) พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจ ในชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ ผู้สูงอายุได้รับอาหารดี มีที่อยู่อาศัยดี ได้รับสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเอง ตลอดจนการรักษา พยาบาลเมื่อเจ็บป่วยและรายได้ยังมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือถ้ามีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี จะทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหารซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 : 179) ดังนั้นรายได้จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (สุวิมล พนารัตนกุล, 2534 : 32) และรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535 : 51) รวมทั้งรายได้ยังมีความสัมพันธ์ กับความต้องการทางสุขภาพอนามัยในด้านความสามารถทางหน้าที่ร่างกายอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้จากผลการวิจัยของรัตนา กฤษภาธาร (2535 : 20) พบว่า ผู้มีรายได้สูงจะมีโอกาสเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจากสถานบริการของ เอกชน เพราะมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยปานกลางและรายได้ต่ำ จะเลือกการรักษาพยาบาลที่มีราคาถูกเช่น โรงพยาบาลของรัฐ สถานเอนกมัย แพทย์แผนโบราณ ซื้อยากินเอง และไม่รับการรักษาพยาบาล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีภาวะสุขภาพ แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย 2,500 - 7,000 บาท ต่อเดือน มีภาวะสุขภาพ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน และที่ไม่มีรายได้

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่อาจจะเป็นประโยชน์ดังนี้

1. ควรดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ครบทุกตำบลทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุรวมตัวกันทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ดังเช่นชมรมผู้สูงอายุควร เป็นกลุ่มผู้นำทางจิตใจให้แก่คนหนุ่มสาวและเด็ก ๆ ด้วยการร่วมมือในการดูแลศูนย์บริการ เด็ก ๆ ในตำบล ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้เยาว์มีสัมพันธภาพอันดีต่อกัน และผู้สูงอายุก็จะ ได้รับความสุขทางใจด้วย รวมทั้งควรสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
2. ควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามาทำหน้าที่ดูแลให้บริการทั้งด้านสุขภาพอนามัยและ สวัสดิการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานอาสาสมัครระดับชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ

นั้นโดยคนในชุมชนเพื่อชุมชน เป็นการเสริมสร้างความมั่นคงให้ชุมชนด้วยการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา การบริการด้านนันทนาการ โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐที่จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้มีการจัดหน่วยบริการแบบเคลื่อนที่เยี่ยมตามชุมชนเป็นครั้งคราวด้วย บริการด้านต่าง ๆ ที่เน้นทั้งการป้องกัน ปันฟู และพัฒนาด้วยระบบการทำงานแบบสหวิชาชีพจะทำให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการอันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ และดำรงชีวิตในสังคมอย่างเป็นสุข

3. การจัดตั้งโครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน ดำเนินงานโดยกรมประชาสงเคราะห์ เมื่อปี พ.ศ. 2536 ผู้สูงอายุ ได้รับเงินอุดหนุน "เบี้ยยังชีพ" รายละ 200 บาท นั้น ในโอกาสต่อไปควรที่จะขยายบริการและสวัสดิการในรูปแบบอื่น ๆ บ้าง เช่น การให้ยืมเงินจากกองทุนนี้เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนแก่ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอีกทั้งเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ด้วยตนเอง และได้รับการดูแลจากชุมชนของตนด้วย

4. รัฐควรนำนโยบายการยกเว้นภาษีมาใช้เพื่อเป็นการช่วยเหลือด้านการเงินและส่งเสริมให้ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เรียกว่า โครงการยกเว้นภาษีแก่ผู้อุปการะเลี้ยงดูพ่อแม่

5. แนวทางการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุนั้นควรส่งเสริมและให้บริการการเรียนรู้ต่าง ๆ ตามความเหมาะสมแต่ละบุคคล เพื่อที่จะให้ผู้สูงอายุรู้จักการปรับตัว การรักษาสุขภาพจิต การดูแลรักษาสุขภาพอนามัย การออกกำลังกาย การโภชนาการ การขับถ่าย การพักผ่อน และการนอนที่ถูกต้อง รวมทั้งให้มีความสามารถที่จะดำรงชีวิตในวัยปลายอย่างมีคุณค่า

ข้อเสนอแนะ ในการทาวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงข้อมูลพื้นฐาน ไม่สามารถนำไปแก้ไขปัญหาคิดได้เท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมของการมีภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง

2. ควรศึกษาวิจัยในเรื่องเดียวกันนี้ โดยศึกษาถึงตัวแปรต่าง ๆ เช่น ความพึงพอใจในชีวิต พฤติกรรมอนามัย ความเชื่อที่มีในท้องถิ่น ฯลฯ

3. การเปลี่ยนรูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท เพื่อจะได้ให้บริการในด้านต่าง ๆ ที่ถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละกลุ่มต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร สังขชาติ. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2536.
- กวีวัฒน์ พงษ์พิพัฒน์ และคนอื่น ๆ. "การศึกษาแนวทางการดำเนินชีวิตของข้าราชการไทย
ภายหลังเกษียณ," เอกสารการประชุมวิชาการทางสุขภาพจิต ครั้งที่ 36
โรงพยาบาลสงฆ์. กรุงเทพฯ : 18 - 21 ; มกราคม 2526. อัดสำเนา.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ.
กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2518.
- การแพทย์, กรม กระทรวงสาธารณสุข. "ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อผู้สูงอายุ,"
เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่องการประสานแผนการบริการสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ. ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์. กรุงเทพฯ : 26 - 27 ;
พฤศจิกายน, 2536.
- _____. สรุปผลการปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2525.
- เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจของคนทราศศึกษากรณีข้าราชการบำนาญของกระทรวงเกษตร
และสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
อัดสำเนา.
- คณะกรรมการคาดประมาณจำนวนประชากรในคณะกรรมการนโยบายและแผน. การคาดประมาณ
จำนวนประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2528 - 2568. กรุงเทพฯ : สำนักงาน
คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ, 2529.
- จารุวรรณ เหมะธร์ และพิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่อง ความต้องการทาง
สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- จำเรียง คุรุเมสุวรรณ นิตยา ภาสนันท์ และวินัส ตันติบูล. รายงานการวิจัย เรื่อง
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแล
ตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

- จำนง ทองประเสริฐ. พจนานุกรมไทย. กรุงเทพฯ : อักษรสมัย, 2518.
- ฉันทนา กาญจนพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อุดสาเนา.
- ชนิศา สันติาศ. ความแตกต่างทางสภาพเศรษฐกิจและสังคม ที่มีผลต่อการแสวงหา
บริการรักษาอาการเจ็บป่วยของสตรีไทยในชนบท. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อุดสาเนา.
- ชวีตวิทยา และ วิจัยและพัฒนา, สถาบัน. "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ," เอกสารประกอบการ
รายงานการประชุมวิชาการครั้งที่ 1 ณ ห้องสารนิเทศ มหาวิทยาลัยพายัพ.
เชียงใหม่ : 6 - 7 ; ธันวาคม 2533.
- ชื่นชม เจริญพุทธ. ปัจจัยกำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุข ประเภทต่าง ๆ ของประชาชน
ในชนบท. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
อุดสาเนา.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ : ศุภนิช
การพิมพ์, 2532.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
เจริญผล, 2530.
- ณัฐไชย ดันดีสุข. "การบริการสังคมสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ," บรรยายวิชาการสำหรับ
พยาบาล เรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุตามโครงการเฉพาะกิจ บริการสุขภาพผู้สูงอายุ
๕ หอประชุมศาลาพำนัก และโรงพยาบาลประสาท. กรุงเทพฯ : 9 - 14 ;
มีนาคม 2524.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ
การรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อุดสาเนา.
- ทิพย์ภา บุรี. ความรู้และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแออัด บริเวณ
วัดโคกเสมณคณ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อุดสาเนา.

- ทิพย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการและรักษาในแผนกตรวจโรค
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามคำแหง. วิทยานิพนธ์ กศ.ว. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
- ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- ทองอยู่ แก้วไทยสะ. รายงานการวิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์ศรีเดชา, 2525.
- นวลศิริ เปาโรหิตย์ และคนอื่น ๆ. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
- รามคำแหง, 2520.
- นิตา ชูโต. คนไทยไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- นรินาถ วิทยไชยคติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- นภาพร ชัยวรธรรม, จอห์น ไนเคิล และศิริวรรณ ฉิมบุญ. รายงานวิจัยเรื่องครอบครัว
อุปถัมภ์กับขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและของบุตร. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- นภาพร ชัยวรธรรม. รายงานการวิจัยเรื่อง แนวโน้มและลักษณะประชากร สังคม และสุขภาพ
ของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์
- มหาวิทยาลัย, 2528.
- นภาพร ชัยวรธรรม และมาลินี วงษ์สิทธิ์. "ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย : ผลการวิจัย
เบื้องต้น," ใน สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคม และ
ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. นภาพร ชัยวรธรรม และคณะ บรรณาธิการ.
กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- บังอรรัตน์ ศุภตระกูล. การศึกษาเปรียบเทียบสภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด
และในเขตชุมชนไม่แออัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
- มหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์. โลกยามชราและแนวการเตรียมตัวเพื่อชรา. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2535.
- บรรลุ ศิริพานิช. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : เกษมบรรณ, 2528.
- _____. "สุขภาพผู้สูงอายุ," คลินิก. 6 : 432 - 436. มิถุนายน 2533.

- บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาว และแข็งแรง. กรุงเทพฯ : สามัคีการพิมพ์, 2531.
- บุญยืน สุภาพ. การศึกษาเปรียบเทียบความต้องการและโลกทัศน์ของคนชราในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ," เอกสารการสอนพิเศษศึกษา. หน่วยที่ 1 - 7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.
- ประภาพร จันทุยา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ประสพ รัตนกร. "บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย," เอกสารประกอบการสัมมนาในระดับชาติ เรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ณ โรงแรมอินทราวิเณต์. กรุงเทพฯ : 4 - 6 ; พงศกิจกายน, 2524.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2531.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. "ความต้องการของผู้สูงอายุ," ข่าวบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 1(4) : 8 - 9 ; กรกฎาคม - กันยายน, 2533.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์. "การเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุกับภาวะการแบกรับของสังคม," เอกสารประกอบการสัมมนาในระดับชาติ เรื่อง บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2525. อัดสำเนา.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่น ๆ. รายงานการวิจัยเรื่อง ความทันสมัยของภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.
- ทูนสุย เวชวิฐาน และยุวดี กาญจนนัทธิ. "อนาคตครอบครัวไทยกับการดูแลคนชราจากการศึกษาเฉพาะกรณี หมู่บ้านโพธิ์ศรี ต.บางปลาเ้า อ.บางปลาเ้า จ.สุพรรณบุรี," วารสารคหเศรษฐศาสตร์. 35(2) : 93 - 101 ; พฤษภาคม - สิงหาคม 2535.

- ภัสสร ลิมานนท์. นโยบายสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในเอเชีย : บทเรียนสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- มยุรา นพพรพันธ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534. อัดสำเนา.
- มหาดไทย, กระทรวง. สำนักงานทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กรุงเทพฯ. 2535.
- มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- รัตนา กฤษภาธาร. ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์ ส.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. อัดสำเนา.
- วัน ศุภิตา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.
- วาทีณี บุญชะลิกษ์. รูปแบบการเลือกให้แหล่งบริการการรักษานองผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.
- วาสนา ปุณณณวิวัฒน์. เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- แว่นทิพย์ น.สวพร. ปัญหาและการกำหนดนโยบายของประชากรวัยชราในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และกองวิชาการ กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย, 2518.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.

- ศิริวรรณ สีนไชย. ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถาน
สงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์, วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532. อัคราเน.
- ศิริวรรณ สิริบุญ. รายงานวิจัยเรื่อง ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแล
ผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2535.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2530.
 _____. "ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย,"
วารสารจิตวิทยาคลินิก. มกราคม - มิถุนายน 2533.
- ศุภวัลย์ และเนารัตน์ พลายน้อย. รายงานการวิจัยเรื่อง ผลกระทบของการพัฒนาที่มีต่อปัญหา
และความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาศึกษาศาสตร์
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- สถิตินแห่งชาติ, สำนักงาน สำนักรายการรัฐมนตรี. รายงานผลการสำรวจแรงงาน (การสำรวจ
ภาวะการทำงานของประชากร) ทั่วราชอาณาจักร รอบที่ 1 กุมภาพันธ์ 2534.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ รสพ. เชียงพานเนาวจาเนียร, 2535.
- สาธารณสุข, กระทรวง สำนักงานปลัดกระทรวง. คนไทยอายุยืน. กรุงเทพฯ :
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2529.
- สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, สำนักงาน. ผลการดำเนินงานโครงการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุข
เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. สมุทรสาคร : 24 กันยายน 2536.
- สุนันต์ ปรีชามารภ. สุขภาพส่วนบุคคล. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.
- สุพัทธา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- สุชาติ ไสุมะประยูร. สุขวิทยา (ฉบับปรับปรุงใหม่). พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ :
ไทยวัฒนาพานิช, 2528.
- สุรางค์ จันทน์เถม. สุขวิทยาจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คึกฤทธิ์พิมิต, 2524.
- สุวรรณี พลัฒาทอง. ความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในเขต
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2522. อัคราเน.

- สุมล พนาวิธานกุล. อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาล
สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ม.ป.ป.
- เสาวนีย์ กานติเตชารักษ์. ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. อัดสำเนา.
- เสาวนีย์ เสาวพงศ์. "ปีนี้ได้ถูกกำหนดให้เป็น ปีคนชราสากล," มติชน. 4 : 11 ; ตุลาคม
2525.
- อดิศักดิ์ น้อยสุวรรณ. "คนชราในชนบท," วารสารพัฒนาชุมชน. 31(9) : 67 - 69 ;
กันยายน 2535.
- อมรรัตน์ เจริญชัย และคนอื่น ๆ. "ความต้องการของผู้สูงอายุ," วารสารเศรษฐศาสตร์
30(1) : 95 - 98 ; พฤษภาคม 2530.
- อาภา ใจงาม. "พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพจิตสังคมของผู้สูงอายุ," วารสารพยาบาล.
39 : 140 - 149 ; เมษายน - มิถุนายน 2535.
- อารมณ วุฒิพฤกษ์. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529 - 2530.
- Barrow and Smith. Aning and Ageism and Society. St Paul : West
Publisning Company, 1979.
- Beal, Rayma Korkpatrick. "The Effect of a Dance/Movement Activity
Program on The Successful Adjustment to Aging in the Active/
Independent Older Adult. Gerontology Dissertation, University
of Cincinnati, 1985," Dissertation Abstracts International.
46 : 31274 ; 1986.
- Best, John W. Research in Education. Fourth Editor. New Delhi :
V.K. Batra at Pearl offset Press, 1983.
- Birren, James E. and Jeyne V. Renner. Handbook of the Psychological
of Aging. New York : Van Nostrand Reihold Company, 1977.
- Cronbach, Lee Joseph. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed.
New York : Harper and Row, 1970.

- Cunningham, Glenda Davis. "Health Promotion Self Care Behaviors in the Community Older Adult," Health Sciences, Hospital Management. Texas Woman's University, 1989. (UMI)
- Donald, Brieland and others. Contemporary Social Work An Introduction to Social Work and Social Welfare. San Francisco : McGraw - Hill Book Company, 1980.
- Edward, Allen. Louis. Techniques of Attitude Scale Construction. New York : Appleton - Century - Crofts, 1975.
- Ferguson, George A. Statistical Analysis in Psychology and Education. 5th ed. New York : McGraw - Hill, 1981.
- Ferraro, K.F. "Self Rating of Health Among the Old and Old," Tournal of Health and Social Behavior. 21 : 377 - 380 ; 1980.
- Fillenbaum, G.G. "Social Context and Self - Assessments of Health among the Elderly," Journal of Health and Social Behavior. 20 : 45 - 51 ; March, 1978.
- Fox, John P., Carrie E. Hall and Lila R. Elveback. Epidemiology : Man and Disease. London : The Macmillan Co., 1970.
- Hall, D.A. The Aging of Connective Tissue. New York : Academic Press, 1976.
- Jalowice A. and M. J. Power. "Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients," Nursing Research. 30 : 10 - 15 ; 1981.
- Kinsella, Kevin. "Aging in the Third," International Population Reports Series. Washington D.C. : 79 : 95 ; 1988.
- Kutner, N.G. and Kutner, M.H. "Race and Sex as Variables Affecting Reactions to Disability," Archives of Physical Medical and Rehabilitation. 60 : 62 - 66 ; February, 1979.
- Mertens, Frists. "Life - Style of Older People : Improvement or Threat to Their Health," Aging and Society. 7 : 329 - 343 ; September, 1987.
- Mc Dowell, I. and C. Newell. Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York : Oxford University Press, 1987.

- Murray, Rutt and Judith Zenter. "Assessment and Health Promotion for the Person in Later Maturity," Nursing Assessment and Health Promotion Through the Life Span. New Jersey : Prentice Hall. 97 ; June, 1980.
- Niemi, M.L. and others. "Quality of Life 4 Years after Stroke," Stroke. 19 : 1101 ; September, 1988.
- Hopaprn, Chayovan and others. Socio - Economic Consequences of the Population Thailand. Bangkok : Institute of Population Studies Chulalongkorn University, 1988.
- Perri, Samuel II and Donald - I. Templer. "The Effects of and Aerobic Exercise Program on Psychological Variables in Older Adults," International Journal of Aging and Human Development. 20 : 167 - 172 ; 1984 - 1985.
- Riley, Movida and Anne Forer. Aging and Society Vol 1 : An Inventory of Research Finding. New York : Russel Sage Foundation, 1968.
- Ruth, Wu. Behavior and Illness. New York : Prentice Hall, 1973.
- Speake, D.L. "Health Promotion Activity in the Well Elderly," Health Values. 11 : 25 - 30 ; November/December, 1987.
- Speske, D.L. Cowart, M.E. and Pellet, K. "Health Perceptions and Life Styles of the Elderly," Research in Nursing and Health. 12 : 93 - 100 ; April, 1989.
- Stacey, C. And others. "Simple Cognitive and Behavioral Changes Resulting from Improved Physical Fitness in Persons over 50 years of Age," Journal on Aging. 4 : 67 - 74 ; June, 1985.
- Yamane, Toro. Statistic : Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper, 1967.
- Yurick A.G. and Others. The Aged Person and the Nursing Process. Connecticut : Appliton - Century - Crofts, 1984.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์เลขที่...

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

เรื่อง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร

ชื่อชมรมผู้สูงอายุ

อำเภอ

วัน/เดือน/ปี ที่สัมภาษณ์.....

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม

แบบสัมภาษณ์ผู้ส่งอาฟ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างที่ได้จากการสัมภาษณ์ในคำถามแต่ละข้อ

1. เพศ
 - () 1. ชาย
 - () 2. หญิง
2. อายุ
 - () 1. 60 - 64 ปี
 - () 2. 65 - 69 ปี
 - () 3. 70 - 74 ปี
 - () 4. 75 ปีขึ้นไป
3. ศาสนา
 - () 1. พุทธ
 - () 2. ศาสนาอื่น ๆ (โปรดระบุ.....)
4. ระดับการศึกษา
 - () 1. ไม่ได้เรียน
 - () 2. ระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า
 - () 3. ระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
 - () 4. ระดับปริญญาตรี
 - () 5. สูงกว่าปริญญาตรี
5. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด
 - () 2. สมรสและอยู่กับคู่สมรส
 - () 3. หย่าร้าง / หย่าร้าง / แยกกัน

6. สภาพการอยู่อาศัย

- () 1. อยู่คนเดียว
- () 2. อยู่กับคู่ครอง
- () 3. อยู่กับญาติ
- () 4. อยู่กับคนอื่น (โปรดระบุ.....)

7. อาชีพ

- () 1. ไม่มีอาชีพ
- () 2. รับจ้าง
- () 3. ค้าขาย
- () 4. เกษตรกร
- () 5. ข้าราชการบำนาญ

8. แหล่งรายได้

- () 1. อาชีพอิสระ
- () 2. รัฐบาล (บำนาญ)
- () 3. ญาติ
- () 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

9. รายได้เฉลี่ย

- () 1. ไม่มีรายได้
- () 2. ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน
- () 3. 2,500 - 7,000 บาทต่อเดือน
- () 4. มากกว่า 7,000 บาท ต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ผู้สูงอายุตอบคำถาม
เกณฑ์การตอบมีดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำที่ต่อเนื่องกันทุกวัน หรือ 5 - 7 วันใน
1 สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การกระทำเป็นบางครั้ง หรือสัปดาห์ละครั้ง หรือ
1 - 2 ครั้ง ใน 1 เดือน

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยมีการกระทำเช่นนี้เลยสักครั้งเดียว

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
<u>ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย :</u> 1. เมื่อหุ้กเสบท่านใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ 2. ท่านใช้น้ำมันมะกอก หรือครีมทาผิวที่แห้งแตกตามมือ แขน ขา เท้า 3. ท่านตัดเล็บมือเล็บเท้าเพื่อป้องกันเชื้อโรค 4. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย ท่านเลือกที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัย, โรงพยาบาล 5. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ, โทรทัศน์, หนังสือพิมพ์ ฯลฯ 6. ท่านดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองเมื่ออายุมากขึ้น 7. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ปลา และสดอาหารที่มีไขมัน 8. ท่านรับประทานวิตามินในรูปของยา 9. ท่านรับประทานยีสัปดาห์ละ 2 - 3 ฟอง			

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
10. ท่านชอบรับประทานอาหารชนิดเดียวกันซ้ำ ๆ			
11. ท่านรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด เค็มจัด			
12. ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ คือ เช้า กลางวัน เย็น			
13. ท่านมีอาการท้องผูก ต้องใช้ยาระบายหรือสวน อุจจาระ			
14. ท่านต้องถ่ายอุจจาระทันที เมื่อมีอาการปวด			
15. ท่านกลืนบัสสาวะไม่ได้ เมื่อมีอาการไอ จาม หรือหัวเราะ			
16. เมื่อท่านเกิดอาการวิตกกังวล เครียดทาง จิตใจก็มีอาการท้องผูกตามมา			
17. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจากที่คุ้นเคย เช่น ที่พักอาศัย เป็นเหตุให้เกิดอาการไม่สบาย ถ่ายอุจจาระ และท้องผูก			
18. ท่านรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้ เช่น มะละกอ กะหล่ำปลี ส้ม ฯลฯ เพื่อช่วยการ ขับถ่าย			
19. ท่านนอนหลับวันละ 8 ชั่วโมง			
20. ท่านงีบหลับในเวลากลางวันนานประมาณ 15 - 60 นาที			
21. ท่านมีอาการสะดุ้ง ผวา ตกใจง่าย หลับไม่สนิท ในเวลากลางคืน			
22. ท่านดื่มเครื่องดื่มร้อน ๆ เช่น นม โอวัลติน ก่อนนอน			

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
23. ท่านใช้เวลาว่างพักผ่อนด้วยการดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ปลุกต้นไม้			
24. เมื่อนอนท่านรู้สึกสดชื่น จิตใจและอารมณ์ แจ่มใส			
25. ท่านออกกำลังกายในตอนเช้าหรือตอนเย็นในที่ โล่งแจ้ง			
26. ท่านออกกำลังกายนานครั้งละ 15 - 20 นาที			
27. วิธีที่ท่านใช้ออกกำลังกาย เช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ กายบริหาร เล่นกีฬา			
28. หลังการออกกำลังกายท่านบริหารร่างกาย เบา ๆ เช่น เดินช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าออก ช้า ๆ แล้วจึงนั่งพัก			
29. ขณะออกกำลังกาย ท่านมีอาการแน่นหน้าอก หน้ามืด เวียนศีรษะ ใจสั่น			

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ผู้สูงอายุตอบคำถาม
เกณฑ์การตอบมีดังนี้

ใช่ หรือ เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรง หรือ ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่ใช่ หรือ ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่

ข้อความ	ใช่หรือ เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่ หรือ ไม่เห็นด้วย
<u>ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ :</u>			
30. ท่านชอบเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ต่าง ๆ ของชีวิตในอดีตให้ลูกหลานฟัง			
31. ท่านต้องปรับตัวให้เข้าใจในบุตรหลานเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างกัน			
32. ท่านคิดว่าการถือศีล ฟังธรรม หรือการทำสมาธิจะช่วยให้จิตใจสงบ ไม่คิดฟุ้งซ่าน			
33. ท่านคิดว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาของวัยสูงอายุ			
34. ท่านรู้สึกว่าตนเองยังเป็นประโยชน์ และยังเป็นที่ต้องการของคนอื่น			
35. เมื่อท่านพลัดพรากจากสิ่งที่ท่านรัก เช่น สามี หรือภรรยา หรือบุตร ท่านยอมรับสภาพการสูญเสีย ด้วยการทำจิตใจให้สงบ			

ข้อความ	ใช่หรือ เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่ หรือ ไม่เห็นด้วย
36. ท่านยอมรับสภาพสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป ทุกวัน			
<u>ทางด้านสังคม :</u>			
37. ท่านเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นที่ปรึกษา และช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว			
38. ท่านมีโอกาสได้พูดคุยและพบปะสมาชิกใน ครอบครัว			
39. ท่านมักช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว เช่น ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือดูแลบุตร หลาน			
40. ท่านยังต้องทำงานเพื่อช่วยแบ่งเบาภาระทาง เศรษฐกิจของครอบครัว			
41. ท่านมีโอกาสไปร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ กับ สมาชิกในครอบครัว เช่น เที่ยวพักผ่อน			
42. ยามที่ท่านเจ็บไข้ได้ป่วย ท่านมีบุตรหลาน คอยปรนนิบัติ ดูแลด้วยความกตัญญูทักท้วงที่			
43. ในวันสำคัญ เช่น วันแม่ หรือวันพ่อ หรือ วันสูงอายุ บุตร ธิดา มาเคารพ คารวะท่าน			
44. ท่านเห็นว่าความเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ท่านมีโอกาสพบปะสังสรรค์กลุ่มคนวัย เดียวกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน			
45. ท่านมีโอกาสไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทอดผ้าป่า ทอดกฐิน ทำบุญตักบาตรในเทศกาล วันสำคัญ ๆ ฯลฯ			

ข้อความ	ใช้หรือ เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่ หรือ ไม่เห็นด้วย
46. ท่านคิดว่ารัฐควรลดหย่อนภาษีให้แก่บุตรหลาน ที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ			
47. ท่านเห็นว่ารัฐควรจัดสวัสดิการและบริการแก่ ผู้สูงอายุที่ยากไร้			
48. หน่วยงานของรัฐและเอกชนควรเปิดโอกาสให้ ผู้สูงอายุได้ทำงานตามกำลังความสามารถ ความถนัด และประสบการณ์			
49. บัณฑิตผู้สูงอายุ นอกจากจะให้บริการในด้านการ รักษาพยาบาลโดยไม่คิดเงินแล้ว ควรเพิ่ม สิทธิพิเศษเกี่ยวกับการยกเว้นค่าโดยสาร ฯลฯ			
50. ท่านคิดว่าหน่วยงานอาสาสมัครระดับชุมชน ควรจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การเยี่ยม บ้าน การบริการเป็นเพื่อน การให้ความปรึกษา			

ภาคผนวก ข

ค่าอัตราเงินจําแนกเป็นรายข้อของแบบสํภาษณ์

ตาราง 163 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสัมภาษณ์

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1	2.36	26	2.27
2	3.71	27	2.45
3	2.31	28	2.70
4	2.00	29	2.49
5	3.18	30	2.08
6	4.31	31	2.54
7	4.68	32	3.59
8	3.42	33	3.42
9	4.29	34	3.06
10	3.28	35	2.48
11	2.81	36	4.04
12	3.08	37	3.42
13	2.44	38	3.58
14	2.17	39	3.00
15	2.09	40	2.65
16	4.07	41	4.13
17	3.13	42	4.48
18	2.69	43	3.37
19	4.45	44	2.21
20	2.52	45	2.54
21	3.22	46	2.19
22	4.80	47	4.92
23	2.09	48	3.42
24	2.45	49	2.66
25	2.18	50	2.15

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวไศยาพรรณ ชื่อสกุล วัฒนรัตน์

เกิดวันที่ 16 เดือนกรกฎาคม พุทธศักราช 2502

สถานที่เกิด อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 35/18 ม.2 หมู่บ้านมหาดไทย แขวงบางระมาด
เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุข 5

สถานที่ทำงานปัจจุบัน กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2520 มัธยมศึกษาปีที่ 5 จากโรงเรียนสายปัญญา กรุงเทพมหานคร

พ.ศ. 2525 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูงจาก
วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

พ.ศ. 2533 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)
จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2537 กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดสมุทรสาคร

บทคัดย่อ
ของ
ไศกาพรรณ วิมลรัตน์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2537

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสาคร ตามตัวแปร เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา
สถานภาพสมรส สภาพการอยู่อาศัย อาชีพ แหล่งรายได้ และรายได้เฉลี่ย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้
ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 356 คน แยกเป็นเพศชาย 216 คน
และเพศหญิง 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ
สถิติใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การวิเคราะห์ค่าที่ ความแปรปรวนแบบตัวประกอบเดี่ยว และการทดสอบรายคู่ของนิวแมน - คูลส์
ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุชายและหญิงมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับช่วงอายุต่ำกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับ
ช่วงอายุสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกันภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษา
ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .001
6. ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่อาศัยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .001
7. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีภาวะสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .001
8. ผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .001
9. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่างกันมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .001

HEALTH STATUS OF THE ELDERLY IN ELDERLY ACTIVITY CLUBS
SAMUTSAKHON PROVINCE

AN ABSTRACT
BY
SOPAPUN WIMONRUT

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education Degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
April 1994

The purposes of this study were to find out and compare the health status of the elderly in elderly activity clubs, Samutsakorn Province. The independent variables were sex, age, religion, education level, marital status, living situation, occupation, capital source and average income. The samples were 356 elders, 216 males and 140 females, sixty ages at least. The instrument was health status interviewed rating scale. The statistics employed were percentage, arithmetic mean, standard deviation, t - test, one - way analysis of variance and Newman - Keuls test.

The results were as follow :

1. There was no significant statistical different health status between males and females elders.
2. The low interval of age level elders had more good health status than the high with significant statistical difference at .001 level.
3. There was no significant statistical difference in health status between Buddhist and other religion people.
4. The high education elders had more good health status than the low with significant statistical difference at .001 level.
5. There were significant statistical difference in health status among different marital status elders at .001 level.
6. There were significant statistical difference in health status among different occupation elders at .001 level.
7. There were significant statistical difference in health status among different occupation elders at .001 level.

8. There were significant statistical difference in health status among different source elders at .001 level.

9. There were significant statistical difference in health status among different average income elders at .001 level.