

รายงานการวิจัย

เรื่อง

ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

Health Beliefs and Self Care Behaviors
of the Elderly in Senior Citizen Clubs in
Bangkok Metropolitan

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนตามโครงการวิจัย
จากงบประมาณเงินรายได้มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
(รายได้บัณฑิตวิทยาลัย ประจำปี 2544)

เมษายน 2545

ISBN 974-597-240-1

21 พ.ค. 2546

h 157444

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร จำนวน 450 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ การทดสอบค่าที(T-test) การวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียว และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร มีความเชื่อด้านสุขภาพระดับดีและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดีร้อยละ 62.60
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้สูงอายุหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุชาย
3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษา,มัธยมศึกษาและประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา
4. ผู้สูงอายุที่มีอายุ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
5. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาคู่มือการให้สุขศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีการดูแลตนเองระดับพอใช้และระดับควรปรับปรุงได้ปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

Abstract

The purposes of this study were to explore the relationships between health beliefs and self-care behaviors in Senior Citizen Clubs in Bangkok Metropolitan. The samples included of 450 elderly who administered questionnaires related to their health beliefs and self-care behaviors. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, t-test and One way Analysis of Variance

The major results were as follows:

1. Health beliefs and self-care behavior in these elderly were good.
2. Gender had a significant influence on self-care behaviors with female had better self-care behaviors than male.
3. Education level was also influence self-care behaviors: Elderly with higher education had better self-care scores than those with lower education
4. Age, income, marital status, and family types did not influence self-care behaviors.
5. Self-care behaviors had positive correlation with health beliefs in terms of perceptions in illness and accident vulnerability and severity, and perceptions of benefits in illness and accident prevention. However, there was no statistical correlation between self-care behaviors and health beliefs regarding the barriers to protect illness and accident.

This suggested that self-care education handbook for elderly should be developed to promote and motivate self-care behaviors in elderly.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความเรียบร้อยและได้ผลดี ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ รองศาสตราจารย์ ดร.กุลยา ดันดีผลาชีวะ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำตลอดการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักอนามัย หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ตั้งชมรมผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการตอบแบบสอบถามจนได้ข้อมูลครบถ้วน

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือทุกท่าน และขอขอบคุณหัวหน้าภาควิชาสุขศึกษา และคณาจารย์ในภาควิชาสุขศึกษาทุกท่านที่สนับสนุนและให้กำลังใจ และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยได้รับเงินทุนสนับสนุนการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

วิริยา สุขวงศ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อไทย.....	ก
บทคัดย่ออังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	7
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	7
ตัวแปรที่ศึกษา.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	10
สมมติฐานของการวิจัย.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ.....	34
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	34
งานวิจัยในประเทศไทย.....	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	40
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
การสร้างเครื่องมือในการวิจัย.....	41
ลักษณะของเครื่องมือ.....	41
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	42
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	42
เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า (ต่อ)	
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล.....	45
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	62
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการวิจัย.....	62
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	62
สมมติฐานของการวิจัย.....	62
วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
สรุปผลการวิจัย.....	64
อภิปรายผล.....	68
ข้อเสนอแนะ.....	73
บรรณานุกรม.....	75
ภาคผนวก.....	81
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	114

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้ง 60 แห่ง ของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ.2540 – 2545.....	3
2. จำนวนคำร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปร ลักษณะชีวิตสังคม แหล่ง ที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายจ่าย โรคประจำตัวและโรคที่พบ.....	49
3. จำนวนคำร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเชื่อด้าน สุขภาพทั้ง 4 ด้านของผู้สูงอายุ.....	52
4. จำนวนคำร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแล ตนเองทั้ง 4 ด้านของผู้สูงอายุ.....	54
5. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามเพศ.....	56
6. จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามลักษณะชีวิตสังคม.....	57
7. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล ตนเอง จำแนกตามลักษณะชีวิตสังคม.....	59
8. ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ พฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการ ศึกษา.....	60
9. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้อุปสรรคของ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง.....	61

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
10. ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ.....	102
11. ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุ.....	103
12. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติของการดูแลตนเองในด้าน ต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน ตามตัวแปร.....	105
13. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ และการรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ กับพฤติกรรมการดูแล ตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การกำจัดความ เครียดและการป้องกันอุบัติเหตุ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร.....	111

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2 พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ.....	18
3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค....	24
4 แสดงระยะของการดูแลตนเอง.....	29



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเป็นผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่น่าภาคภูมิใจสำหรับบุคคลที่ได้มีโอกาสใช้ชีวิตครบถ้วนทุกวัย มีประสบการณ์ครอบคลุมได้เห็นโลกในแง่มุมต่างๆ แต่มีไม่น้อยที่ผู้สูงอายุกลับกังวลต่อการมีอายุ เพราะ 1)ความมีอายุมิใช่กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่บ่งบอกความสูงวัยเท่านั้น แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงเจตคติของสังคมรอบข้างที่มีต่อผู้สูงอายุด้วย 2) พฤติกรรมของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไปจากเดิมเช่นความคล่องแคล่วกลายเป็นเชื่องช้า คิดช้า คิดนาน 3) เปลี่ยนตำแหน่งในสังคมจากเดิม เช่น เป็นน้องกลับเป็นพี่ ป้า ย่า ยาย อย่างรวดเร็ว (กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2542: 9)

เป็นที่ทราบกันว่า ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มปริมาณสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการสำรวจสำมะโนประชากรระบุว่า ในปี พ.ศ. 2533 ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 7.2 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณ 4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2539 ประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.2 หรือประมาณ 4.9 ล้านคน คาดว่า พ.ศ. 2549 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.3 หรือประมาณ 6.7 ล้านคน และภายใน พ.ศ. 2559 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.4 หรือประมาณ 9.3 ล้านคน (กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2538)

นอกจากนี้อายุคาดเฉลี่ยของประชากรสูงอายุ (60ปีขึ้นไป) ได้เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2535 ผู้สูงอายุเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 17.9 เพศหญิงเพิ่มขึ้น 21.2 พ.ศ. 2537 ผู้สูงอายุเพศชายเพิ่มขึ้น 18.8 เพศหญิงเพิ่มขึ้น 22.0 พ.ศ. 2540 ผู้สูงอายุเพศชายเพิ่มขึ้น 18.8 เพศหญิงเพิ่มขึ้น 22.0 พ.ศ. 2545 ผู้สูงอายุเพศชายเพิ่มขึ้น 20.3 เพศหญิงเพิ่มขึ้น 23.9 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2546)

กล่าวได้ว่าเมื่อประชากรสูงอายุ มีอายุยืนยาวขึ้นขนาดของประชากรก็สูงขึ้น ความสำคัญของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นกับจำนวนปีที่เพิ่มขึ้นของอายุเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย เมื่อวัยสูงขึ้นย่อมเกิดปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโรคภัยไข้เจ็บเพิ่มมากขึ้นด้วย ในปี พ.ศ.2542 (ค.ศ.1999) องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ (International Year of Older Person) ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรงตามวัย และดำรงชีวิต อย่างมีคุณค่า เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพื่อแก้ไข้ปัญหาอื่นๆ ที่จะตาม มาภายหลัง เช่น การเกิดโรคและความพิการต่างๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ฯลฯ

จากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น และอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ เป็นผลจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุข การวางแผน ครอบครัวที่ได้ผลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น แต่การที่สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นนั้น หมายถึงสังคมกำลังเผชิญกับภาวะพึ่งพาจากประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น เพราะอายุที่สูงขึ้น ความเสื่อมโทรมของอวัยวะต่างๆก็ย่อมจะมีมากขึ้นด้วย มีความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆของร่างกาย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกดดันจากสภาพร่างกายที่ไม่ปกติเหมือนเดิม นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมเกิดการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่จากการเกษียณอายุ การสูญเสียคู่ชีวิต ญาติหรือเพื่อนสนิท เหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้หดหู่ ซึมเศร้า ความคับข้องใจทางเพศก็เป็นสิ่งกีดขวางอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเช่นกัน

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย และจิตใจที่พบบ่อยได้แก่ 1)โรคอ้วน 2)โรคเบาหวาน 3)โรคความดันโลหิตสูง 4)โรคหัวใจขาดเลือด 5)โรคไขมันในเลือดสูง 6)โรคข้อเสื่อม 7)ท้องผูก 8)นอนไม่หลับ 9)ต่อกระจก 10)ต่อหีน 11)โรคสมองเสื่อม 12)ปัญหาสุขภาพจิต (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2542:1)

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคที่พบในผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเคยเชื่อว่าเกิดจากความเสื่อมชราของสังขาร และเข้าใจว่าทุกคนจะต้องเป็น เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการเกิดโรคแล้วจะเห็นว่า โรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรม การดูแลตนเอง และเป็นโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ถ้าบุคคลสนใจดูแลสุขภาพตนเองได้ ถูกต้องเหมาะสม เพราะการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลทุกคนพึงกระทำเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด และมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 :23)

จากรายงานประจำปีของฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบโรคต่างๆในผู้สูงอายุที่มารับบริการทางสุขภาพ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ดังตาราง 1

ตาราง 1 โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข
ทั้ง 60 แห่งของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2540 - 2545

โรค	ปี 2540 ราย	ปี 2541 ราย	ปี 2542 ราย	ปี 2543 ราย	ปี 2544 ราย	ปี 2545 ราย
1. โรคมะเร็งเต้านม	44	100	102	423	520	498
2. โรคมะเร็งปากมดลูก	25	86	97	5	55	78
3. โรคหัวใจ	502	475	587	1,080	1,133	1,070
4. โรคเบาหวาน	5,336	6,801	8,446	10,359	13,630	13,501
5. โรคความดันโลหิตสูง	6,874	9,028	11,041	11,056	17,452	18,989
6. กระดูกและข้อ	24,942	31,313	2,469	26,331	20,521	5,945
7. โรคทางเดินอาหาร	2,480	1,980	2,605	2,118	7,004	2,658
8. โรคทางเดินหายใจ	5,460	6,543	6,954	7,050	7,589	7,698
9. โรคอื่นๆและอุบัติเหตุ	14,342	16,565	19,269	15,472	15,341	15,800

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่าโรคในผู้สูงอายุมีทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และอุบัติเหตุที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ค่อยเป็นค่อยไป จากการดำเนินชีวิตมาตั้งแต่ก่อนถึงวัยสูงอายุ ถ้าได้รับการดูแลตนเองดีโรคเหล่านี้อาจไม่เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นก็ไม่รุนแรงมากนัก ตรงกันข้ามถ้าขาดการดูแลตนเองที่ดี โรคเหล่านี้จะเกิดเร็วและรุนแรงมากขึ้น (กองสุขศึกษา, 2541: 9)

และจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างประชากรสูงอายุจำนวน 4,048 คน พบว่า (สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มุลินธิสาธารณสุขแห่งชาติ.2542: ก-ข)

1. ผู้สูงอายุร้อยละ 25 มีภาวะทุพพลภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาวรวมกัน
2. ผู้สูงอายุร้อยละ 19 มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว
3. ผู้สูงอายุร้อยละ 4 มีภาวะสมองเสื่อม
4. ผู้สูงอายุร้อยละ 7 ตกอยู่ในภาวะพึ่งพาในด้านสุขลักษณะ ได้แก่ การกินอาหาร ทำความสะอาดใบหน้า การลุกนั่ง การใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ
5. ผู้สูงอายุร้อยละ 73 มีความผิดปกติเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่ง

6. สัดส่วนของระยะเวลาที่ต้องอยู่ในสถานะของปัญหาต่อระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่คาดหวังจะมีชีวิตต่อไปในผู้สูงอายุไทย มีลักษณะดังนี้
 - สัดส่วนของชีวิตคาดหวังที่มีภาวะทุพพลภาพ เท่ากับร้อยละ 24 – 40
 - สัดส่วนของชีวิตคาดหวังที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว เท่ากับร้อยละ 20 – 36
 - สัดส่วนของชีวิตคาดหวังที่มีกลุ่มอาการสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 4 - 14
7. ความผิดปกติในข้อ 1 – 4 พบในเพศหญิงมากกว่าชาย พบในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่าภูมิภาคอื่น ยิ่งอายุมากยิ่งมีโอกาสพบได้มาก คนจนและคนที่ด้อยการศึกษามีโอกาสเผชิญกับความผิดปกติเหล่านี้มากกว่าคนที่เศรษฐกิจฐานะและการศึกษาสูงกว่า
8. เมื่อใช้โรคความดันเลือดสูงเป็นดัชนีพบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะดีกว่าหรือมีการศึกษาสูงกว่า มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาล ผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะด้อยกว่าหรือมีการศึกษาต่ำกว่าชัดเจน
9. โรคที่สัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวและมีลำดับความสำคัญสูง 5 อันดับแรกได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข้า/เข้าอึกเสบ อุบัติเหตุ ดาบอด และกระดูกสันหลังโก่ง ซึ่งเป็นโรคที่มีทางป้องกันและ/หรือแก้ไขด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม
10. ปัญหาเฉียบพลันที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ไข้หวัด ปวดศีรษะ ปวดเข้า ปวดหลัง ปวดกระเพาะอาหาร และอุบัติเหตุ

ภายในสองทศวรรษข้างหน้าแนวโน้มชัดเจนว่าภาวะพึ่งพาจากผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นในปัจจุบันจะทำให้สัดส่วนของประชากรที่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพาโดยรวมเพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของประชากร

กรุงเทพมหานครมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม รูปแบบการดำเนินชีวิต ค่าครองชีพที่สูงขึ้นในภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุมาก โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ประกอบกับเมื่ออายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และความสามารถต่างๆ (เกษม ดันดิผลาชีวะและกุลยา ดันดิผลาชีวะ. 2528: 5-19) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย บทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง การทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลงไปเรื่อยๆ ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่ตามลำพัง ขาดการดูแลจากลูกหลานต้องดูแล

ตนเอง ในสภาพแวดล้อมและสังคมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของ ผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่างๆ มากขึ้น

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 พบว่า ประชาชนผู้สูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในเขตกรุงเทพมหานคร และภาคกลางมีภาวะทุพพลภาพมากกว่าภาคอื่นๆ ของประเทศ โดยพบว่าผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คน จะมีภาวะทุพพลภาพ(ทั้งหมด) โดยที่ร้อยละ 76 ของผู้มีภาวะทุพพลภาพอยู่ในภาวะทุพพลภาพระยะยาว และร้อยละ 1.8 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดราว 100,000 คน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดไม่สามารถดูแลตนเองได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย.2540: ไม่มีเลขหน้า) จากภาวะทุพพลภาพของประชากรในเขตกรุงเทพมหานครและภาคกลาง ทำให้เกิดภาวะการพึ่งพาสูง เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมมากขึ้น สังคมจะเผชิญกับภาวะพึ่งพาของประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต ขนาดและลักษณะของการพึ่งพาจะขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นพฤติกรรมที่ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้สูงอายุที่จะต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง เพราะการมีสุขภาพดีหรือไม่ดี สิ่งที่เป็นตัวกำหนด คือ ตัวเอง และพฤติกรรม การดูแลตนเองของบุคคลจะขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อ ความคิดเห็น ความเข้าใจ และการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ ที่ถูกต้องจะชักนำให้บุคคลปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง เบคเกอร์ และโรเซนสต็อก (Becker and Rosenstock.1974: 9-10) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคล ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยการรับรู้ในด้านต่างๆ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ

ความเชื่อเป็นความรู้สึกลึกซึ้ง ความเข้าใจ การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต.2527 :141) และทำให้มนุษย์โน้มน้าวใจที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ ตามความคิดเห็นและความเข้าใจนั้น โดยอาจรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การรับรู้ โดยโรเซนสต็อก (Rosenstock.1974: 2-3) เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใจถึงสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความสำคัญเพราะความเสื่อมทางร่างกายกระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิต อาชีพ อารมณ์ สัมพันธภาพในครอบครัว ในสังคม การที่จะให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตในยามชราได้อย่างมีความสุข จะต้องมีการเตรียมตัวเตรียมใจให้พร้อมที่จะเผชิญกับความชรา การรู้จักปรับตัวทางด้านร่างกาย พฤติกรรมและสัมพันธภาพกับผู้อื่น การป้องกันการเกิดโรคของผู้สูงอายุด้วยการสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง จะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุข ปราศจากโรค สามารถใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข

ปัจจุบันกรุงเทพมหานคร ได้มีการรวมตัวจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น ซึ่งเป็นจุดรวมของผู้สูงอายุ ในการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต พัฒนาตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ รวมกลุ่มเพื่อพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ส่งเสริมบทบาทในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้ต่อเนื่องและสามารถพึ่งพาตนเองได้ต่อไป

จากข้อมูลดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครว่ามีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด เพื่อจะได้นำผลการศึกษาค้นคว้านี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เป็นแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษาในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้นเพื่อเป็นการลดภาระพึ่งพาของครอบครัวและสังคม

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 125 ชมรม ซึ่งมีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมตามบัญชีรายชื่อจำนวน 13,149 คน (สถิติในปีพ.ศ.2544)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) จำนวน 450 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane')

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ

1. ลักษณะชีวิตสังคม จำแนกเป็น

- 1.1 เพศ
- 1.2 อายุ
- 1.3 ระดับการศึกษา
- 1.4 รายได้
- 1.5 สถานภาพสมรส
- 1.6 ลักษณะครอบครัว

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกเป็น

- 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและ อุบัติเหตุ
- 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและ อุบัติเหตุ
- 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคและอุบัติเหตุ
- 2.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและ อุบัติเหตุ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากการเกิดโรคและอุบัติเหตุ ซึ่งครอบคลุมปัจจัยการรับรู้ 4 ด้าน ดังนี้

- 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุ หมายถึง ความเข้าใจ ต่อโอกาสที่ตนเองจะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และอุบัติเหตุได้หากไม่ดูแลตนเอง
- 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ร่างกายและชีวิต ถ้าหากเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ หรือเกิดอุบัติเหตุขึ้น
- 1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ หมายถึง ความเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายจากโรคและอุบัติเหตุ ว่ามีประโยชน์สามารถลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุได้
- 1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ หมายถึง ความเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุว่ามีอุปสรรคขัดขวางต่อการปฏิบัติในการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่างๆ ที่กระทำเป็นปกติวิสัย เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ สวัสดิภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศ จากการเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- 2.1 การรับประทานอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ อาหารที่ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทาน
- 2.2 การออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกายเพื่อเป็นการส่งเสริมสมรรถภาพของร่างกาย ช่วยให้กล้ามเนื้อมีความดั่งตัว ฉับไว และแข็งแรง
- 2.3 การกำจัดความเครียด หมายถึง ความสามารถในการปรับตัว การควบคุมอารมณ์ และหาทางลดความเครียดของตนเอง โดยนั่งสมาธิ สวดมนต์ ทัศนอาจร และเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ
- 2.4 การป้องกันอุบัติเหตุ หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การลู่ การนั่ง การเดินทางด้วยความระมัดระวังในที่ที่ปลอดภัย

3. ลักษณะชีวสังคม จำแนกได้ดังนี้

3.1 เพศ หมายถึง เพศของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

3.2 อายุ หมายถึง อายุเต็มนับเป็นปีของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก ในชมรมผู้สูงอายุ

3.3 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของผู้สูงอายุ

3.4 รายได้ หมายถึง เงินเดือน เงินบำนาญ หรือรายได้อื่นๆ ของผู้สูงอายุ รวมถึงคู่สมรส หรือผู้ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งพิจารณาจากรายได้เฉลี่ย เป็นรายเดือน

3.5 สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่ง หรือฐานะทางสังคมที่เกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามีภรรยา

3.6 ลักษณะครอบครัว หมายถึง บุคคล หรือกลุ่มบุคคล หรือครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในปัจจุบัน

3.7 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

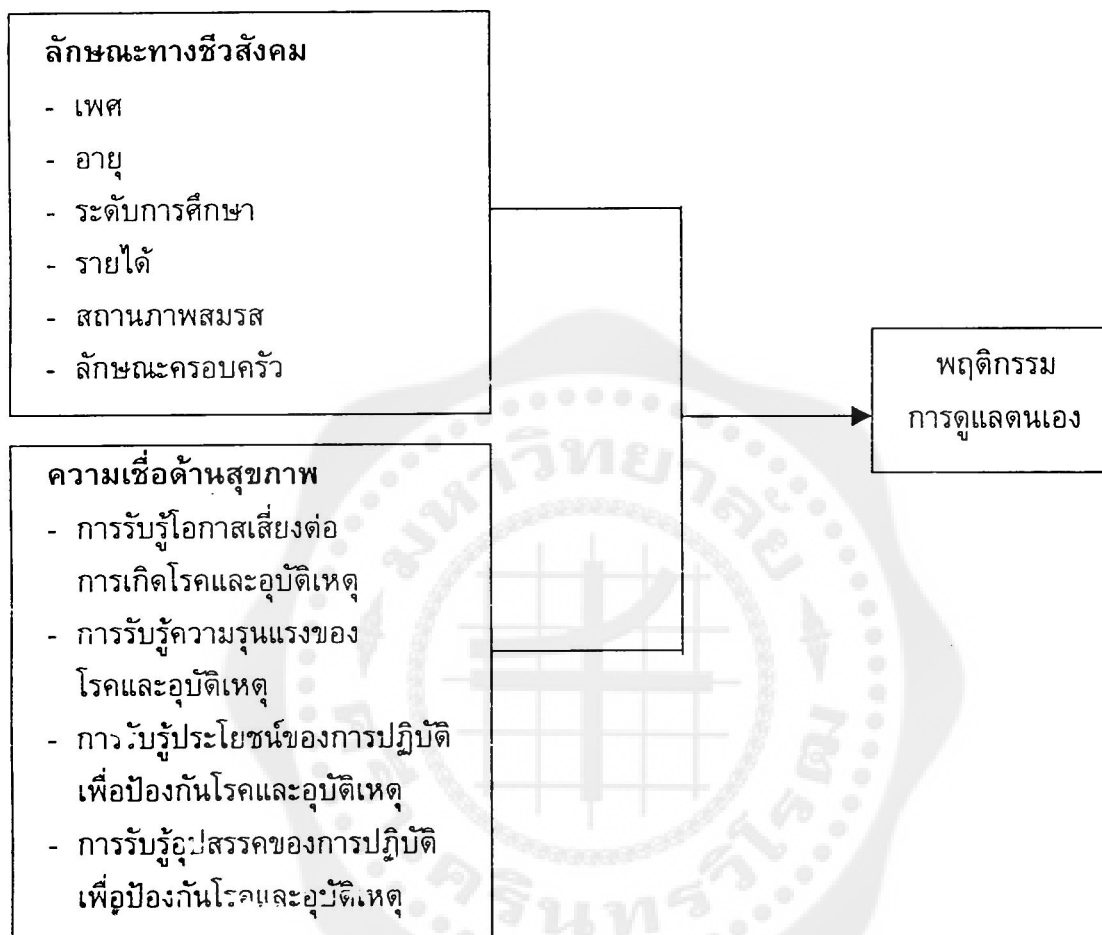
3.8 ชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร หมายถึง สถานที่ซึ่งเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เพื่อประกอบกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน อันจะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสังคมส่วนรวม ของผู้สูงอายุตั้งอยู่ในศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มีความรู้ ความคิด ความเชื่อเป็นของตนเอง สุขภาพของผู้สูงอายุจึงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้สูงอายุ ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ สวัสดิภาพ ปลอดภัยจากโรคและอุบัติเหตุต่างๆ ผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร โดยมีกรอบแนวคิดดังปรากฏตามภาพประกอบ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้บางส่วนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม
4. พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า "ผู้สูงอายุ" ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พล ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโส และผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2505 จนเป็นที่เข้าใจ ยอมรับและใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน (สุรกุล เจนอบรม. 2534: 3)

เบอร์เรน (Birren, 1981: 68) ได้กล่าวว่าการกำหนดว่าใครเป็น "ผู้สูงอายุ" นั้น ควรจะพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ จิต และสังคม สำหรับด้านชีวภาพจะคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกายเป็นเกณฑ์ ทางด้านจิตนั้นจะพิจารณาความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมความสอดคล้องในการรับรู้การจดจำการรับรู้ความรู้ใหม่ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเองและแรงกระตุ้นในตน ส่วนด้านสังคมก็จะดูบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ ถ้าจะใช้หลักของเบอร์เรนเกณฑ์ตัดสินว่าผู้ใด คือ "ผู้สูงอายุ" ก็เน้นการทำหน้าที่และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลนั่นเอง ถ้ายังกระฉับกระเฉงทำหน้าที่ได้ดีปรับตัวดีก็ยังไม่แก่

ฟอง เกิดแก้ว (2525: 124) ได้ให้หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ว่าต้องประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

1. เมื่อใดที่กำลังกายและสุขภาพของร่างกายเริ่มลดลงก็แสดงว่าเริ่มเข้าสู่วัยชรา

2. ขาดหน้าที่ทางเศรษฐกิจ ทำมาหาเลี้ยงชีพได้น้อยกว่าเดิมในลักษณะที่ร่างกายไม่เอื้ออำนวย

3. มีปัญหาทางด้านจิตใจเกิดขึ้น เป็นต้นว่ามีสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และการแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดการติดต่อกับสังคม โดยส่วนรวม

บรรลุ ศิริพานิช (2526: 40) ได้เสนอว่า "ผู้สูงอายุ" คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็น มาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

สุรกุล เจนอบรม (2534: 4) ได้ให้ความหมายของ "ผู้สูงอายุ" หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตนั้นเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา การกำหนดเกณฑ์ว่า เมื่อใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิม ได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้นๆ ทำอยู่ในสังคมเป็น เกณฑ์ซึ่งบทบาทเหล่านี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการใช้ อายุเป็นเกณฑ์นี้ก็แตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น บางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 65 ปี หรือ 70 ปี และตัวเลขเหล่านี้ คือ เกณฑ์อายุที่จะปลดเกษียณตัวเอง ออกจากการปฏิบัติงานตามที่แต่ละประเทศ กำหนดขึ้นไว้นั่นเอง

การกำหนดกฎเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งมีความแตกต่างกันไปอย่างนี้ จึงเป็นการยากที่จะทำให้มีการยอมรับกันได้ในทุกๆ ประเทศ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สําหรับประเทศไทยก็ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่า หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุและอายุ 60ปีนี่เอง จึงเป็นเกณฑ์การปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการในประเทศไทยด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ดี ผู้ที่ทำการศึกษาค้นคว้า หรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหรือที่เรียกว่า Gerontologists ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ใน 4 ลักษณะ กล่าวคือ (สุรกุล เจนอบรม. 2534: 4)

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

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological Aging) ความเป็นผู้สูงอายุลักษณะนี้ได้จากความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นตกร่อง สายตายาว ศีรษะเริ่มล้าน ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเพิ่มมากขึ้น ตามอายุไขที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Aging) ซึ่งนับรวมไปถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาด้วย เช่น ระบบความจำเปลี่ยนไป การเรียนรู้เริ่มลดยาลง ตลอดจนบุคลิกภาพต่างๆ ที่แสดงออกอย่างเห็น ได้ชัดเจน เป็นต้น

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม (Social Aging) รวมไปถึงด้านครอบครัว เพื่อนฝูง ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานและบทบาททางสังคมอื่นๆด้วย

กล่าวโดยสรุป บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้น สติปัญญา ความจำ การเรียนรู้ สภาพทางจิตใจจะ เปลี่ยนแปลงไป บทบาท ภาระหน้าที่ทางสังคม ก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเช่นกัน

สุจินต์ ปริชามารด (2535: 499) ได้ให้ความหมายของ "ผู้สูงอายุ"มิใช่หมายถึงเฉพาะการมีอายุมากเพียงอย่างเดียว ยังมีส่วนประกอบอื่นๆอีก คือ ประสิทธิภาพ ทางร่างกาย หรือสังขาร หรือสุขภาพจิตซึ่งได้แก่ อารมณ์และพฤติกรรมต่างๆที่แสดงออกถึง อารมณ์นั้นๆ เพื่อสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นจะเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ การจัดว่าผู้ใดเป็นผู้สูงอายุ หรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น

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

2. พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาพร่างกายหรือสังขาร กล่าวคือ บางคนดูแลและรู้สึกตนเองว่าแก่ ทั้งที่อายุไม่ถึง 60 ปี สำหรับบุคคลประเภทนี้การเสื่อมโทรมของสุขภาพกายเป็นไปอย่างรวดเร็วทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการทำงานหนัก มีความเครียดมาก ทำให้ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพลงไปมาก จึงอาจจัดว่าเป็นผู้สูงอายุได้ทั้งที่อายุปฏิทิน ยังไม่มากนักหรือไม่ถึง 60 ปี ผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นนี้เป็นเรื่องของสังขารพาไป

3. พิจารณาผู้สูงอายุตาม สภาวะสุขภาพจิต บุคคลประเภทนี้ ถ้าพิจารณาทางด้านสุขภาพกายแล้วยังดีอยู่ แต่ทางด้านสุขภาพจิตมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมในลักษณะที่จะ "ชอบของชม ชมสาว เล่าความหลัง นั่งรำพึงซึ่งในใจอยู่" ถ้าบุคคลใดมี สภาพทางจิตเป็นเช่นนี้ ก็อาจจัดเป็นผู้สูงอายุตามลักษณะสุขภาพจิตได้

เมื่อพิจารณาลักษณะเบื้องต้น 3 ประการดังได้กล่าวมาแล้ว ผู้สูงอายุจะมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ
3. เป็นผู้ที่สมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับความช่วยเหลือ
5. เป็นผู้ที่มีพลังกำลังลดถอยลง

สรุปได้ว่า วัยสูงอายุหรือที่เรียกว่าวัยชรานี้ จัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้จะตรงข้ามกับวัยเด็ก กล่าวคือ เป็นระยะที่มีแต่ความเสื่อมโทรม และต้องซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ซึ่งมีใช้การเจริญงอกงาม

1.2 ความเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

กระบวนการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และสรีรภาพ (Anatomical & Physiological Change) แล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านอารมณ์จิตใจ ซึ่งกล่าวได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ

เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่

1.1. ผิวหนังจะบางแห้ง เหี่ยวยุบขาดความมันและความยืดหยุ่น ต่อมเหงื่อลดลง ทำให้การปรับอุณหภูมิไม่ดีเช่นวัยอื่น

1.2. ระบบประสาทสัมผัส จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสัมผัส ดังต่อไปนี้

ตา สายตาจะเสื่อมลง อาจเกิดต้อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ทำให้เวียนศีรษะง่าย หู ประสาทรับเสียงเสื่อม หูตึง ต้องพูดดังๆ จึงจะได้ยิน

จมูก ประสาทรับกลิ่นเสื่อมลง

ลิ้น รุ้รสน้อยลง

1.3. ระบบทางเดินอาหาร ฟันหัก การรับประทานอาหารไม่สะดวก ต่อม น้ำลาย ขับน้ำลายออกมาน้อย กรดเกลือในกระเพาะอาหารมีน้อย ทำให้อาหารย่อยไม่ดี ท้องอืด ภาวะขาดอาหารจึงเกิดได้ง่าย โลหิตจาง ดับและดื่มน้ำน้อยไป ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย การขับถ่ายไม่ปกติ ท้องผูกง่าย

1.4. ระบบกระดูกและไขข้อ กระดูกของผู้สูงอายุ มีแคลเซียมน้อยทำให้กระดูกบางและเปราะง่าย เจ็บตามกระดูก รูปร่างกระดูกผิดไป ตัวเตี้ยลง ไขข้อเสื่อม ทำให้มีการอักเสบ ปวดตามข้อ

1.5. ระบบทางเดินหายใจ ปอดเสื่อม การยุบและการขยายตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย กล้องเสียงเสื่อม เสียงแหบแห้ง กล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อมจึงทำให้การหายใจไม่ดี

1.6. ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง หลอดเลือดแข็งตัวขาดความยืดหยุ่น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ไขมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ทำให้มีโรคเกี่ยวกับหัวใจได้ง่าย

1.7. ระบบปัสสาวะ ไต ทำหน้าที่เสื่อมลง ขับของเสียได้น้อย แต่ขับน้ำออกมามาก ทำให้ต้องปัสสาวะบ่อย ส่วนกระเพาะปัสสาวะนั้น กล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อนจึงกลั้นปัสสาวะได้ไม่ดี บางคนต่อมลูกหมากโตขึ้นเป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก

1.8. ระบบประสาทและสมอง สมองเสื่อมลง ความรู้สึกช้า การเคลื่อนไหวช้า ความสัมพันธ์ระหว่างสมอง กล้ามเนื้อและข้อเสียไป การทรงตัวไม่ดี มีอาการสั่นตามร่างกาย บางคนหลงลืมง่าย

1.9. ระบบต่อมไร้ท่อเสื่อมลง ต่อมเพศเสื่อม

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมลงของระบบของร่างกาย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกดดันจากสภาพร่างกายที่ไม่ปกติ การเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การตายของคู่สมรส ญาติ หรือเพื่อนเหล่านี้ มีผลกระทบต่องานจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้จิตใจหดหู่ เศร้า นอกจากนี้ ความคับข้องใจทางเพศ ค่านิยมทางสังคมที่เห็นว่า ผู้สูงอายุไม่ควรมียบทบาทการแสดงออกทางเพศ ก็เป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองไม่มีค่า สิ่งเหล่านี้นับเป็นสิ่งที่กดดันทางอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างหนึ่ง

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่

3.1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางการงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจ และบทบาททางสังคมที่เคยมี

3.2. การถูกทอดทิ้ง จากการย้ายถิ่นของประชากรวัยหนุ่มสาวในชนบททำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ในถิ่นเดิม ส่วนผู้ที่อยู่ในกรุงก็มีแนวโน้มที่จะอยู่กันตามลำพังมากขึ้น เนื่องจากบุตรหลานไม่มีเวลาเอาใจใส่ เพราะต้องทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่

3.3. การเสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือในฐานะผู้มีประสบการณ์ ผู้แนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบัน ค่านิยมเหล่านี้ กำลังเปลี่ยนไปตาม สังคมตะวันตกที่ถือว่าตัวใครตัวมัน และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์

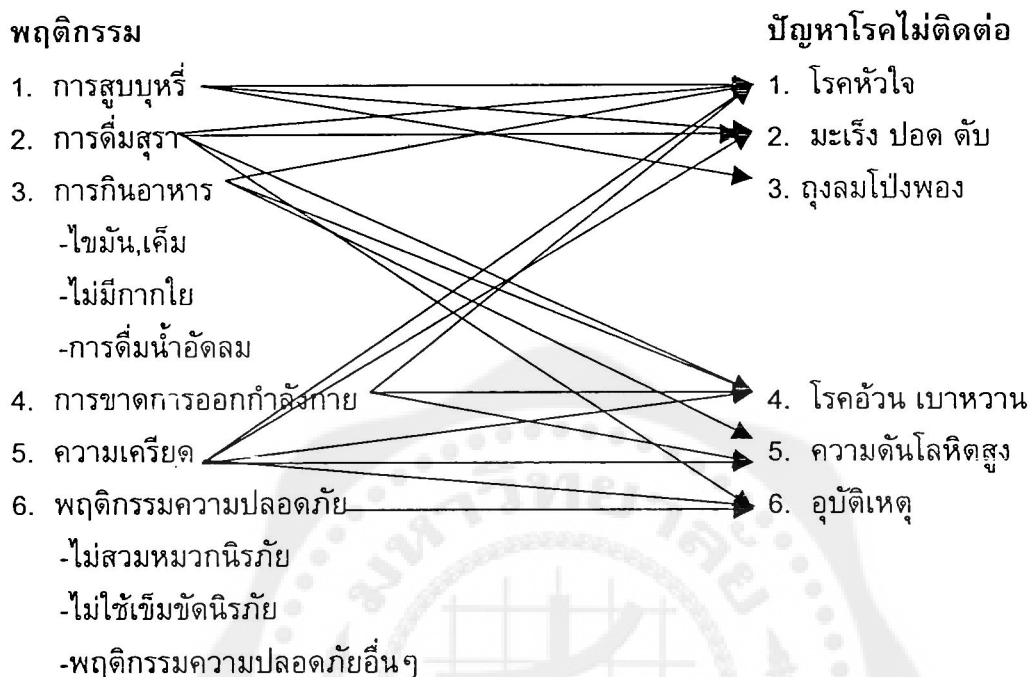
สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ทางจิตใจ และด้านสังคมวัฒนธรรม ทำให้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เสื่อมถอยของสังขาร บทบาทหน้าที่ และการปรับตัวส่งผลให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และบทบาทหน้าที่ทางสังคมได้

1.3. โรคในวัยสูงอายุ

โรคที่พบบ่อยและคุกคามผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ในปัจจุบันได้แก่โรคไม่ติดต่อ เช่น อุบัติเหตุ มะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไม่ติดต่อเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม (Behavioral risk factors) ในการดำเนินชีวิต (life style) ของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อ สามารถจัดลำดับความสำคัญได้ดังภาพประกอบ 2 (กองสุขศึกษา. 2541: 9)

พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ



ภาพประกอบ 2 แสดงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อ

เนื่องจากปัญหาโรคไม่ติดต่อในผู้สูงอายุเป็นปัญหาโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุการเกิดโรคมาจากหลายๆ สาเหตุจากหลายปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นพฤติกรรมในวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลต่อเนื่องในระยะยาว ช่วงก่อนถึงวัยสูงอายุ ซึ่งบุคคลจะต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อเป็นการป้องกันที่จะมิให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจนเกิดโรคไม่ติดต่อขึ้น

การป้องกันโรคไม่ติดต่อในผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิดโรคจะมุ่งเน้นในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องของสุขภาพทั่วๆ ไป คือ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการควบคุมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพนี้เกี่ยวข้องกับรูปแบบ (life style) และสภาพการณ์ของการดำเนินชีวิต (Condition of Living) ได้แก่ สภาพการณ์ด้านที่อยู่อาศัย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การทำงาน ปัญหาสิ่งแวดล้อมรวมทั้งรูปแบบของการดำเนินชีวิต (Life style) ทั้งนี้จะต้องพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคที่คุกคามและพบบ่อยในผู้สูงอายุตามรายงานของคณะกรรมการการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม (2534: 15-19) และจากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2542: 1-24) โรคต่างๆ ที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. โรคหลอดเลือดแดง (Cerebrovascular disease) เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ โรคนี้มีปัจจัยเสี่ยงโรค (risk factor) ซึ่งหมายถึงถ้าบุคคลนั้นได้รับสิ่งนั้นหรือมีสิ่งนั้นเป็นเวลานานพอสมควร จะทำให้เกิดพยาธิสภาพหรือเกิดโรคนั้นขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ 4 อย่างด้วยกัน ได้แก่

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

นอกจากนั้นยังมีปัจจัยเสี่ยงโรคอื่นๆที่ถือว่าเป็นปัจจัยอาจก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น (จากอุบัติการณ์การตายจากหลอดเลือดสมองอุดตัน จะพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้ป่วย) โรคหัวใจ ภาวะการเต้นของ หัวใจผิดปกติ ยาคุมกำเนิด แอลกอฮอล์ โรคเลือด เช่น Polycythemia ความอ้วน ภาวะขาดการออกกำลังกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม กรรมพันธุ์ เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงต่างๆเหล่านี้ ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ผนังหลอดเลือดของสมอง ทำให้สมองส่วนที่ขาดโลหิตไปหล่อเลี้ยง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ เกิดอาการผิดปกติต่างๆ เช่น มีอัมพาตครึ่งซีกหรืออัมพาตของหน้า พูดไม่ได้ ชักกระตุก หรือหมดสติ เป็นต้น

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ทำได้โดยให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ ถึงปัจจัยเสี่ยงโรคและให้พยายามหลีกเลี่ยง หรือลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น เช่น เลิกสูบบุหรี่ รักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันไม่ให้เป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย ลดอาหารหวานๆระวังไม่ให้ย้วน และออกกำลังกายอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอและเพียงพอ และถ้าเป็นโรคเบาหวานอยู่แล้วก็ควรได้รับการรักษา อย่างถูกต้องตลอดไป

ดังนั้น การป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง จึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากกว่า การปล่อยให้เกิดปัญหาสุขภาพ แล้วไปแก้ไขปัญหามายหลัง

2.โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมได้ในเวลาอันรวดเร็ว เนื่องจากหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงอาจเกิดเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด (Acute myocardial Insufficiency) หรือเลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อย (Coronary Insufficiency) ก็ได้ อัตราการตายเนื่องจาก กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด ในคนสูงอายุจะสูงกว่าอัตราของโรคนี้ในคนอายุน้อยถึง ๖4 เท่า และอาการของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีนี้ในผู้สูงอายุ มักจะไม่แสดงอาการเจ็บหน้าอกบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรือเจ็บหน้าอกบริเวณหัวใจแล้วมีอาการร้าวไปที่คอและแขนอย่างชัดเจนเหมือนวัยอื่นๆ

แต่ก็จะมีอาการเพียงรู้สึกเพลีย เวลาทำงานแล้วจะรู้สึกไม่ค่อยสบายและมีอาการ หอบหายใจเร็วเท่านั้น และบางรายก็มาพบแพทย์ด้วยอาการของหัวใจวาย

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีนี้มีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดโคโรนารี เช่นเดียวกับการเกิดพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงโรคก็คล้ายกันกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันสูงในเลือด การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน เป็นต้น ดังนั้น การควบคุมและป้องกันโรคนี้ก็เหมือนกับหลอดเลือดสมอง

3. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) โรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของทั้งโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจวายในผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่มีแรงดันโลหิตในขณะบีบตัว (systolic) สูงเกิน 160 มิลลิเมตรปรอท และมี แรงดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (diastolic) สูงเกิน 90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีแรงดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัวสูงเกิน 160 มิลลิเมตรปรอทแต่อย่างใดก็ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยและอัตราตายเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงอย่างชัดเจนในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงแล้วได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เป็นโรคนี้นมากขึ้น เช่น การรับประทานอาหารเค็ม การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมและสม่ำเสมอจะช่วยบริหารกล้ามเนื้อเอ็นข้อต่างๆ และช่วยให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้ดี จะช่วยชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ที่จะต้องเกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้

4. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ความทนทานต่อน้ำตาล (Glucose tolerance) จะลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นผู้สูงอายุจึงเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่ขาดการออกกำลังกายและอ้วนจะมีโอกาสเป็นเบาหวานได้ง่ายขึ้น และผู้ที่มีบิดามารดาเป็นโรคนี้ ก็จะมีโอกาสเป็นโรคนี้เพิ่มขึ้นด้วย โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงโรคที่สำคัญของทั้งโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคนี้จะมาพบแพทย์เนื่องจากมีอาการที่บ่งชี้ว่าเป็นเบาหวาน เช่น ดื่มน้ำมาก ปัสสาวะมาก และบ่อย ผอมลง หรืออาจมาด้วยอาการแทรกซ้อนของโรคนี้ เช่น ชี้น้ำตาลสูง ไม่รู้สึกตัว หรือมีอาการของความผิดปกติ ของระบบประสาท เช่น อาการชาที่ปลายมือ ปลายเท้า เป็นต้น

การรักษาโรคนี้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับ 120-180 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 ลบ.ซม จะช่วยป้องกันและลดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจลงได้ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารไม่ให้อ้วนจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานให้น้อยลง มีการให้ความรู้เรื่องนี้แก่ผู้สูงอายุ ให้รับการตรวจรักษาตั้งแต่ต้นจะช่วยป้องกันมิให้โรคนี้ลุกลามต่อไป

5. โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) โรคปวดข้อเนื่องจากข้อเสื่อม พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหาสร้างความเจ็บปวดให้ผู้สูงอายุมากที่สุด ผู้สูงอายุมักจะปวดข้อที่ต้องรับน้ำหนักและใช้งานมากๆ เช่น ข้อเข่า ข้อหลัง ข้อคอ ข้อสะโพก ข้อปลายนิ้วมือ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่อ้วน ขาดการออกกำลังกายมักมีโรคข้อเสื่อม ทำให้มีอาการปวดข้อต่างๆ ง่ายกว่าผู้ที่ผอมและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการป้องกันโรคข้อเสื่อม จึงควรแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อที่ยึดข้อที่มีปัญหานั้นแข็งแรงขึ้น และควบคุมการรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น

6. โรคมะเร็ง (Malignant) เป็นโรคที่พบมากและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุ มะเร็งของระบบต่างๆ ที่พบมากในผู้สูงอายุ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งของทางเดินอาหาร มะเร็งของหัวและคอ มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ในคนสูงอายุนิยามกันโรคที่จะทำลายสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในร่างกาย ตลอดจนทำลายเซลล์มะเร็งนั้นจะเสื่อมลงทำให้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งพบได้มากขึ้น การป้องกันที่สำคัญ คือ พยายามหลีกเลี่ยงและงดเว้นปัจจัยเสี่ยงโรคที่ทราบแล้วว่าจะทำให้เกิดโรคมะเร็ง เช่น การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปอด ก็ควรเลิกสูบบุหรี่ ควรให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุถึงอาการของโรคมะเร็งระบบต่างๆ และชักจูงให้ประชาชนมารับบริการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ต้น จัดบริการการตรวจก่อนที่จะมีอาการเพื่อตรวจสอบถึงภาวะมะเร็งในระบบต่างๆ และให้การรักษาอย่างถูกต้องทันที

7. โรคติดเชื้อ (Infected diseases) โรคติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคปอดบวม โรคทางเดินปัสสาวะอักเสบ โรคติดเชื้อในกระเพาะอาหารและลำไส้ โรคโลหิตเป็นพิษ โรคไขหวัดใหญ่ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง ทั้งระบบภูมิคุ้มกันเฉพาะและภูมิคุ้มกันที่ไม่เฉพาะ เช่น กรดในกระเพาะอาหารลดลงทำให้ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรค Gastroenteritis ได้ง่าย เป็นต้น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคติดเชื้อจะไม่มีอาการไข้ แต่จะซึมลง เบื่ออาหาร การวินิจฉัยจึงควรนึกถึงโรคนี้อยู่เสมอ

8. โรคทางจิตและประสาท (Neuropsychosis) เช่น โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ อาการทางจิตนี้เกิดขึ้น เนื่องจากการลดลงของเซลล์สมอง และมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสมอง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในสภาวะแวดล้อม ซึ่งจะมีผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วย เช่น รายได้ลดลง ไม่มีงานทำ สูญเสียอำนาจไม่มีคนเห็นความสำคัญ สูญเสียคู่ครอง ถูกหลอกลวงไปอยู่ต่างหาก ไม่มีคนดูแล เหวงขาดการสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่น ใจน้อย โกรธง่าย ขี้อิจฉา จู้จี้ ใครทำอะไรให้ไม่ถูกใจ ยึดติดในความคิดเห็นของตนเอง ไม่ฟังความคิดเห็นผู้อื่น หรือมีอาการซึมเศร้า แยกตัวออกจากผู้อื่น หรือมีความวิตกกังวลมาก ทำให้นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นต้น

สภาพทางจิตใจจะมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิหลังของผู้สูงอายุ และความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วว่าผู้สูงอายุจะสามารถปรับตัวได้ดีเพียงใด ตลอดจนความพร้อมในการเตรียมที่จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ของผู้นั้น

9. โรคสมองเสื่อม (Dementia) สาเหตุของโรคนี้ประมาณร้อยละ 50 เกิดจากสมองเสื่อมโดยไม่ทราบสาเหตุที่เรียก Alzheimer' s type Dementia และประมาณ ร้อยละ 12-20 เกิดจาก Multiple Infact ซึ่งเป็นผลจากความผิดปกติของหลอดเลือดไปเลี้ยง สมองและการขาดเลือด สาเหตุที่เหลือเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคนี้จะมีอาการตั้งแต่ อาการน้อย จนถึงมีอาการมากไม่สามารถช่วยตนเองได้ เช่น มีอาการขี้ลืม จำชื่อคนที่รู้จักไม่ได้ จำเบอร์โทรศัพท์ไม่ได้ ชอบเดินออกไปนอกบ้านและลืมนถนนหนทาง หาทางกลับบ้านไม่ได้ ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ต้องมีคนช่วย เป็นต้น โรคสมองเสื่อมอาจมีสาเหตุเสริม 3 ประการ คือ โภชนาการบกพร่อง ขาดการกระตุ้นจากสังคม และพันธุกรรม

10. โรคถุงลมโป่งพอง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นอีกโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราตายด้วย โรคนี้ก็สูง ผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพของปอดและทางเดินหายใจตั้งแต่อายุน้อย ก็ยังมีอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคนี้สูง ปอดผู้สูงอายุจะเสื่อมลงทำให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจน ลดลงมากเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

11. โรคขาดอาหาร (Malnutrition) นับว่าเป็นโรคสำคัญต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนมาก เกิดจากอาการเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ และอาหารที่รับประทานไม่มีคุณค่า ทำให้เกิดภาวะขาดอาหาร (Mainutrition) ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยขาดภูมิต้านทานโรค ถ้าผู้สูงอายุมีโรคแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคติดเชื้อแล้วจะเป็นอันตรายมาก ฉะนั้นผู้สูงอายุถ้ามีน้ำหนักลดมาก หรือมีภาวะเบื่ออาหารสมควรได้ปรึกษากับแพทย์หรือนักโภชนาการ

สรุปได้ว่า การพิจารณาปัจจัยเสี่ยงและปัญหาโรคต่างๆ ที่เกิดกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมาจากปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นการไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรืออื่นๆ เหล่านี้ล้วนแต่เป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ อีกทั้งยังส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรงได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แม้ว่าบุคคลเหล่านี้จะไม่ได้มีการส่งเสริมสุขภาพมาตั้งแต่สมัยยังหนุ่มสาว แต่ก็ยังไม่สายเกินไปที่เขาเหล่านั้น น่าจะมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อคือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิด และความเข้าใจนั้น ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่มียุทธวิธีพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างไร ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็น และความเข้าใจนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้และความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความจริงเสมอไป หรือความเชื่ออาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (จรรยา สุวรรณทัต. 2527:141)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มียุทธวิธีพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนามาจากแนวคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974: 2-3) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำ หรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองและหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า

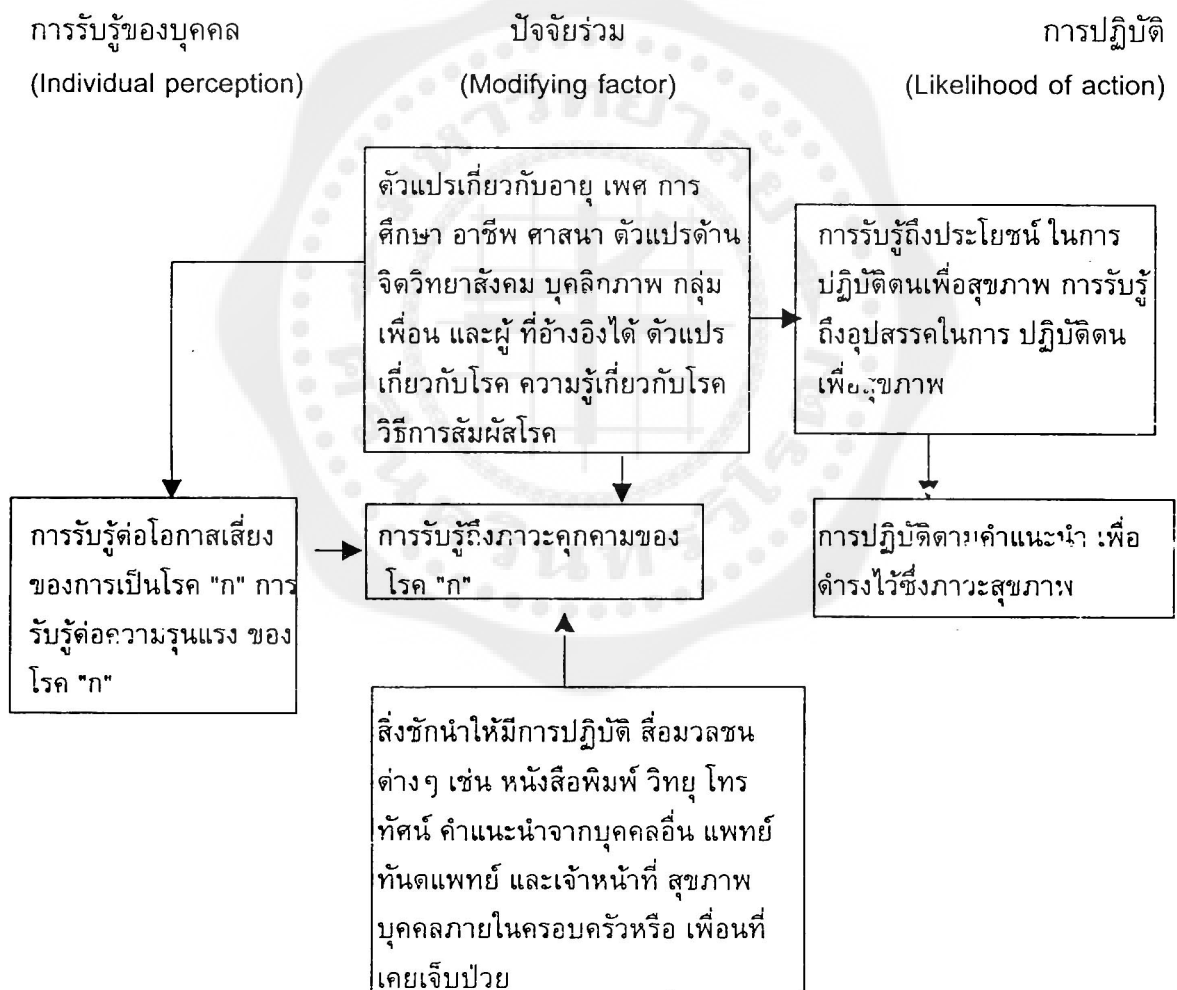
1. ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน
3. การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่เกิดโรขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแบบแผนที่ใช้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมเพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (Health related behavior) โดยในระยะแรกนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมุ่งอธิบายพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคของบุคคลโดยสมมติฐานว่า บุคคลจะไม่แสวงหาการดูแลเพื่อป้องกันโรคหรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะแรก ถ้าไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพและไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ (Becker. 1974: 29-30) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก มีส่วนประกอบดังนี้

1. ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรงของโรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่เป็อุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) อาจเป็นสิ่งที่ชักนำภายใน เช่น อาหารหรือความเจ็บป่วย หรือสิ่งที่ชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่างๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น สามารถเขียนความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านี้ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3 (Becker, et al. 1977:27)



ภาพประกอบ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค

เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในระยะแรกเพื่อทำนาย พฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคลนั้นยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ คาล์ส และคอบบ์ (นิตยา ภาสูนันท์.2527: 33; อ้างอิงจาก Kasl & Cobb. 1966: 246) จึงประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปใน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะ แรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติ เมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

ต่อมา เบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1974: 348) ได้ปรับปรุงแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจโดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เพื่ออธิบายพฤติกรรมการ ป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคโดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ ของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behaviors) ได้ ดีขึ้น ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ด้านสุขภาพดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Preceived susceptibility) หมายถึง ความ รู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและ ภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ ในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งฮอชบาม (Hochbaum, 1958: 1-28) ได้กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่า ปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ (Becker, et al. 1977: 366)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขาถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งในความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอาจจะยังไม่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลไม่มีความเชื่อว่าโรคนั้นจะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้รับในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ที่สูงหรือต่ำเกินไป

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or costs of the action) หมายถึงการที่บุคคล รับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือ โรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตามแต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดี และเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายราคาแพงความเลอะอาย เป็นต้น ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระซึ่งน้ำหนัก ข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติ ในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974: 331) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงด้วยจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึงลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่างๆ กันในด้านสุขภาพอนามัย เช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตน มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงนั้น ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้บุคคลร่วมมือในการรักษา การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้ในรูปของความต้องการหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติ

6. ปัจจัยร่วมต่างๆ (Modifying factors) ได้แก่ สัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลหรือผู้ป่วย กับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ ที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ความต่อเนื่องในการรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพและปัจจัยทางสังคม (Social factors) เช่น บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนที่มีผลในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) อาจมีสิ่งชักนำภายใน เช่น การเจ็บป่วยต่างๆ และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือสื่อมวลชนต่างๆ (Mass media communication) ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมี บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ ยังต้องมีปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ในเรื่องต่างๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ความร่วมมือในการรักษาโรค หรือการป้องกันได้มากขึ้น

สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านการเจ็บป่วยและการป้องกันโรคได้ดี การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ จึงไม่ใช่ชื่อว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

3. การดูแลตนเองในแนวคิดของโอเรียม

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับ ภาวะสุขภาพ (Health State) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีภาวะสุขภาพและ

สวัสดีภาพที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537: 23; อ้างอิงมาจาก Orem. 1991: unpagged)

ในแนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม ที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

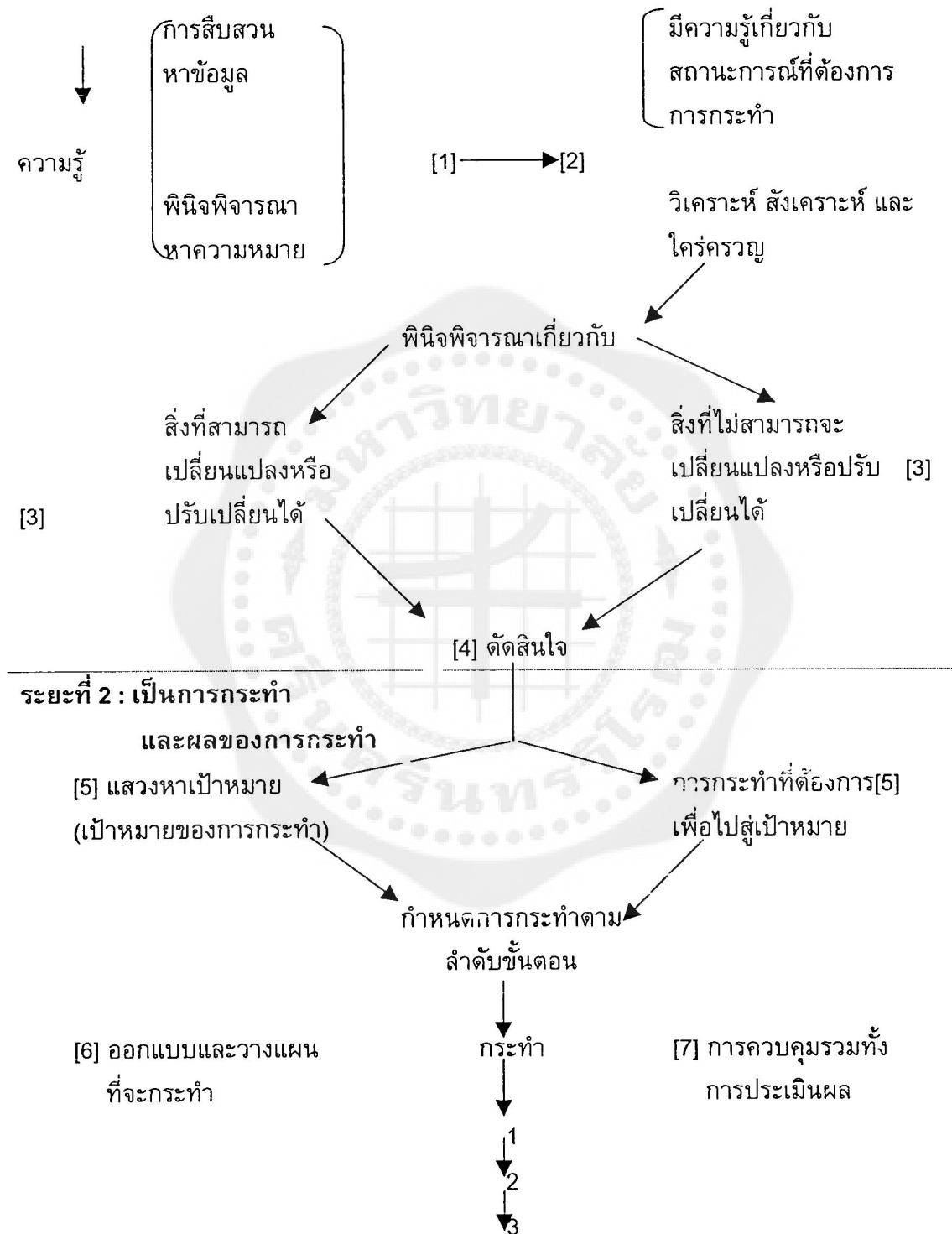
ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะดังปรากฏตามภาพประกอบ 4

ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสมจึงต้องมีความรู้ ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้ความคิดเห็น หรือการรับรู้ ความรู้สิ่งที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์ กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้อย่างถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะแต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้ บุคคลจะกระทำได้อย่างไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป (สมจิต หนูเจริญกุล.2537: 25)

ระยะที่ 1 : การวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 3 แสดงระยะของการดูแลตนเอง

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ ดังนั้น การให้ความสนใจดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ร่วมกับการมีโรคประจำตัวอยู่ด้วย สุขภาพและความทุกข์ในวัยสูงอายุนั้น ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางกายและสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุเป็นหลัก การดูแลสุขภาพทั้งกายและจิตใจจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ที่ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีความสุข ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน ซึ่งรักษาไว้เพื่อชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตนโดยมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

4.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่

4.1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร น้ำ และอากาศ

- อาหาร การดูแลตนเองในเรื่องภาวะโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญเพื่อป้องกันการทรุดโทรมเร็วเกินไปของร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อสุขภาพ รวมทั้งลดความรุนแรงของโรคต่างๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน ควรแบ่งอาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ เพื่อแก้ปัญหาเรื่องแน่นท้องมากหลังรับประทานอาหาร โดยให้อาหารมื้อเที่ยงเป็นอาหารหลัก และเพิ่มมื้อสายและบ่าย ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซและท้องอืดได้ง่าย ลดการบริโภคไขมันให้น้อยลง โดยเฉพาะไขมันที่มีกรดอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง ไม่ควรรับประทานน้ำตาลทรายมากเกินไป เพราะจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหรือภาวะไตรกลีเซอไรด์ ในเลือดสูงได้ง่าย รับประทานอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอ บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำเพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ.2536: 441-450)

- น้ำ ในกระบวนการขาดอาหารทั้ง 6 ชนิด น้ำเป็นสิ่งจำเป็นที่สุด เพราะถ้าขาดแล้วจะเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว น้ำมีอยู่ในร่างกายถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว น้ำมีหน้าที่เป็นตัวทำละลาย ละลายสารต่างๆ ภายในร่างกาย ช่วยพาอาหารไหลเวียนไปยังส่วนต่างๆ ช่วยพาของเสียจากเซลล์ไปขับถ่าย การขาดน้ำเพียงเล็กน้อยจึงอาจก่ออันตรายขึ้นได้ ผู้สูงอายุจึงควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วหรือประมาณ 1,500-2,000 ซี.ซี. อาจได้น้ำหรือเครื่องดื่มอื่นๆ ที่มีประโยชน์แทนได้ เช่น น้ำผลไม้ นมสด ควรดื่มน้ำแอลกอฮอล์ชาและกาแฟ เพราะนอกจากนอนหลับยากแล้ว กาแฟยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มในปริมาณมาก (ปริบูรณ์ พรภิบูลย์.2535: 95)

- อากาศ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจุของปอดและการระบาย อากาศ ลดลงจึงมีโอกาสเกิดโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมดี อยู่ในอากาศที่ถ่ายเทสะดวก ไม่ควรอยู่ในสถานที่แออัดมากเกินไป บริเวณบ้านควรจะมืดต้นไม้ จะช่วยให้เกิดความร่มรื่น ได้ผ่อนคลายอารมณ์และได้รับอากาศที่ดี ควรงดสูบบุหรี่เพราะจะทำให้ปอดได้รับอากาศที่มีออกซิเจนน้อยและมีควันพิษปนเข้าไปด้วย ผลของการสูบบุหรี่ต่อการหายใจนั้นจะนำไปสู่ภาวะถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด และความดันเลือดสูง หลีกเลี่ยงการนั่งอยู่ในห้องที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่ ผลการวิจัยได้แสดงแล้วว่า การสูบบุหรี่ของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงจะทำให้เกิดอันตรายไปถึงผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ด้วย (ชูศักดิ์ เวชแพทย์.2531: 27-29)

4.1.2 การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ผู้สูงอายุไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อ กระเพาะปัสสาวะเสียการบีบรัดตัว ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน การถ่ายปัสสาวะบ่อยของผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามปกตินิสัย ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของร่างกายปัญหาจะอยู่ที่รบกวนการนอนเพราะทำให้ตื่นบ่อย การถ่ายปัสสาวะก่อนนอนและการลดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ จะทำให้ถ่ายบ่อยลง และนอนหลับได้มากขึ้น ในเรื่องของการขับถ่ายอุจจาระ อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง รับประทานอาหารที่มีกากน้อย และดื่มน้ำน้อย ขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา ผู้สูงอายุจึงควรป้องกันอาการท้องผูกโดยรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น ดื่มน้ำให้มาก ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา (ภัทรพร ไพเราะ.2539: 20)

4.1.3 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การเลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม ในวัยสูงอายุจะมีเวลาว่างมากขึ้น หาเวลาว่างได้ง่ายขึ้น กิจกรรมในยามว่าง ไม่ว่าจะเป็นนันทนาการ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือให้บริการผู้อื่นเป็นเรื่องที่สำคัญซึ่งนำความสุขมาให้ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและสถานภาพทางสังคม (ภัทรพร ไพเราะ.2539: 21) กิจกรรมที่เหมาะสมควรมีรูปแบบเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินซึ่งจะทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ สังสรรค์กับเพื่อนฝูง การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ การออกกำลังกายควรทำอย่างนุ่มนวล ไม่หักโหมหรือรีบเร่งจนเหน็ดเหนื่อยเกินไป การออกกำลังกายควรทำในที่ๆ มีอากาศถ่ายเทสะดวก ควรเว้นเมื่อเจ็บป่วย ในขณะเดียวกันควรพักผ่อนอย่างเพียงพอ

4.1.4 การใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้สูงอายุควรจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมในแต่ละวัน โดยจัดช่วงเวลาสำหรับการอยู่ตามลำพัง เพื่อจะได้มีเวลาเป็นของตัวเองตามความต้องการในแต่ละวัน และในขณะเดียวกันควรได้สังสรรค์กับครอบครัว และเพื่อนฝูง เช่น การทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อนๆ ในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นเหมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการเพิ่มแรง

จูงใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเอง (นิรนาท วิทยโชคติคุณ.2534: 17)

4.1.5 การป้องกันอุบัติเหตุอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ที่เกิดจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย การป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะการเกิดเจ็บป่วยขึ้นจะหมายถึงปัญหาต่างๆ ที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่และภาวะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ มากกว่าบุคคลในวัยที่อ่อนกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ.2536: 412) จากการที่ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาททำให้ตาพร่ามัว หูตึง และมีการเสื่อมของกระดูกทำให้การทรงตัวไม่ดี การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทไม่สัมพันธ์กัน จึงมีโอกาสหกล้ม และกระดูกหักได้ง่าย (ภัทรพร ไพเราะ.2539: 24) จึงควรป้องกันด้วยการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน มีราวบันไดให้ ยึดเกาะเวลาเดิน

4.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ยอมรับข้อจำกัดจากการที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของตน ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่ผิดปกติ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี (สมจิต หนูเจริญกุล.2537:29)

4.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบัน เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัว และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่มีความพอใจในชีวิตและเข้าใจตนเอง จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในวัยสูงอายุ และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีอารมณ์หวั่นไหวง่าย เช่น โกรธง่าย น้อยใจ ขี้บ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำลายสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุจะต้องพยายามปรับตัวเอง ซึ่งควรปฏิบัติดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ.2536: 518-519)

4.2.1 เข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนต่างๆ เกี่ยวกับสภาวะของตนเอง ครอบครัว และสังคม

4.2.2 ฝึกตนฝึกจิต ให้อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภ ยศ สรรเสริญ ทำความดีเพื่อความดีให้เกิดความภาคภูมิใจ

4.2.3 ทำตนให้เป็นທີ່เคารพรักของคนทั่วไป ด้วยความเมตตากรุณา ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางกาย วาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความเคารพในความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป

4.2.4 ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและตนเอง เท่าที่กำลังกาย กำลังสมอง จะอำนวยเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ เป็นที่เคารพรักของคนในครอบครัวและสังคม

4.2.5 ใช้จ่ายให้พอดีกับเศรษฐกิจของตน จะทำให้เกิดความสุขใจโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น

4.2.6 ทดแทนความเหงา และว้าเหว่ ด้วยการทำกิจกรรมที่ตนชอบ หรือหาความบันเทิงจากสิ่งที่ตนพอใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อย่าย่ำแย่ๆ จะทำให้ว้าเหว่ยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรเตรียมตัวให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการการเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

4.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิดโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพมีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล.2540:30)

4.3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่ช่วยเหลือได้ เช่น คู่สมรส ญาติ หรือ เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

4.3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการของตนเอง

4.3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

4.3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค

4.3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

4.3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โอเร็ม (Orem. 1991: 136-138) ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีส่วนส่งเสริมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ชนบทชนเมือง ประเพณี สถานภาพที่อยู่อาศัย และครอบครัว แบบแผนการดำเนินภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวเป็นลักษณะภายในของบุคคล ซึ่งทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัวและความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงลักษณะชีวิตสังคมที่สำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อเปรียบเทียบว่าผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างไร

การศึกษานี้ผู้วิจัยจะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

งานวิจัยในต่างประเทศ

วอลสตัน วอลสตัน และเมดส์ (Wallston, Wallston and Maides. 1976: 1173) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าเพศหญิงจะชวนหาความรู้มากกว่าเพศชาย

คัทเนอร์ และคัทเนอร์ (Kutner and Kutner. 1979 : 62-66) ได้ศึกษาปัจจัยด้านเพศและเชื้อชาติที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชายโดยเฉพาะยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง เพราะโดยทั่วไประบบสังคมและวัฒนธรรม กำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล

แฮร์ริส และ กูเดน (Harris and Guter. 1979: 17-29) ได้ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการรักษาสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง 842 คน ผลการศึกษา พบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณอาหารมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาระดับต่ำ

ฮาลลาล (Hallal JC., 1982: 137) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจและอึดอัดมโนทัศน์เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 202 คน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

อย่างมีนัยสำคัญซึ่งมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมามากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพด้านอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ

คอคเกอร์แฮม (อัจฉรา จังพานิช. 2541: 43; อ้างอิงมาจาก Cockerham. 1982: 90) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง รายได้สูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูงมีผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกับผู้ที่มีการศึกษาดำ

สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pellet. 1989: 93-400) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ส่วนเพศ รายได้และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

วอล์กเกอร์ และคนอื่นๆ (Walker and others, 1988: 76-90) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับเด็กและวัยกลางคน ผลการศึกษา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

งานวิจัยในประเทศไทย

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529: 96-97) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกันเนื่องจากเพศหญิงส่วนใหญ่จะทำงานในบ้าน มีความรู้อยู่ในวงแคบกว่าเพศชาย ซึ่งส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้านมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ถูกต้องจากสื่อมวลชนหรือเพื่อนได้มากกว่าทำให้เพศชายมีความเข้าใจและเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ได้มีการแตกต่างกันตามรายได้

สุลี ทองวิเชียรและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ(2532: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจ ลักษณะการอยู่อาศัย สถานที่พักอาศัยและอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

สิริพร พงษ์โสภา (2532: บทคัดย่อ) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค ในมารดาหลังคลอด ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 200 คน ที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ และลักษณะของครอบครัวแตกต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างในด้านการ

ศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจมีความรู้เรื่องโรค และความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ความรู้เรื่องโรคและความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคอย่างมีนัยสำคัญ

จอณพะจง เพ็ญจาด (2533: 45) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเอง

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534: 47) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศ รายได้ จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก

สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 47-48) ได้ศึกษาอัตมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยพื้นฐานเรื่องเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเอง

สุรีย์ บุญญานพวงศ์ (2534: 36) ได้ศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมเมืองเชียงใหม่ โดยศึกษา รายการณ์จากสภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 3 ราย ที่มีความเหมือนและความแตกต่างกัน โดยแยก วิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์กับบุคคลในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน บทบาทต่อสังคมและสภาพปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความหวังในอนาคต ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนในการดำเนินชีวิตของทั้ง 3 กรณีนั้นค่อนข้างคล้ายกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะต่ำมีความสัมพันธ์กับบุตรหลานค่อนข้างห่างเหินกว่าผู้มีฐานะดี ด้านบทบาทต่อสังคมมีน้อย ส่วนสภาพปัญหาที่พบแตกต่างกัน ผู้ที่มีฐานะต่ำกว่าจะกังวลต่อการดำเนินชีวิตสูงกว่า ทั้งยังมีปัญหาสุขภาพและครอบครัว ขณะที่ผู้มีฐานะดีไม่มีอะไรต้องเป็นห่วง เพราะมีการเตรียมพร้อมไว้ล่วงหน้าและไม่ค่อยใช้เวลาในการทบทวนย้อนอดีตซึ่งเห็นว่าไม่ใช่สิ่งที่เป็นประโยชน์มีความพอใจในชีวิตปัจจุบัน

วรรณวิมล เบญจกุล (2535: 22) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตในระดับปานกลาง

✓ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 133) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีการดูแลตนเองและแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก

✓ อรพรรณ อิศราภรณ์ (2536: 74-75) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 402 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี สำหรับพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไปในเรื่องของการหายใจ การขับถ่ายของเสีย การพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการรักษาความเป็นปกติของการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไปในเรื่องของการรับประทานอาหารและน้ำ การทำกิจกรรมและออกกำลังกาย การอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในเขตใจกลางเมืองของเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก

✓ พนิดา คุณาธรรม (2538: 131) ได้ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน

✓ ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539: 147) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน และญาติ

✓ ภัทรพร ไพเราะ (2539: 116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การร่วมกิจกรรมทางสังคม การตรวจสุขภาพประจำปี และพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน การตรวจสุขภาพประจำปีและการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย

กมลพรรณ หอมหวาน (2539: 62) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี

สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540: 96-98) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุงและในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อัศรา อวรณ์ (2540: 96-98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญา-ปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นต่ำกว่าประถมศึกษาและประถมศึกษา-มัธยมศึกษา และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันและพบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ เหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540: 112-115) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล มีการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนโดยการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เมื่อรู้สึกเหงาจะทำงานอดิเรก เมื่อรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิด และรู้สึกว่าบทบาทหน้าที่ลดลงจะทำใจยอมรับ ไม่เคยตรวจสอบสุขภาพประจำปี เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยามารับประทานเอง เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะไปปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดี และพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี โดยรายได้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน ลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการตรวจสุขภาพประจำปี ความสามารถในการใช้ภาษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยพบว่า ความสามารถในการใช้ภาษาไทยมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยเฉพาะ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน และพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการป้องกันอุบัติเหตุได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และยังพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปี

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: บทคัดย่อ) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะ ครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

สุธีรา เทศวงษ์ (2543) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับ บริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองในระดับพอใช้ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะ ครอบครัวและเขตที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เพศไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง

เวลจันทร์ ปรีดาพันธ์ (2545) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเมรังค์แดงที่ ได้รับเคมีบำบัด พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา จำนวนครั้งที่ได้รับเคมีบำบัด และเจตคติเกี่ยวกับโรคเมรังค์แดงและการได้รับเคมีบำบัดต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคเมรังค์แดงและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเคมีบำบัดและการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาสภาพปัญหาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึง ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ปัจจัยชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุในการวิจัยครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร และเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองตามตัวแปรที่เป็นลักษณะชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
 - 2.4 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลคะแนน
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 125 ชมรม ซึ่งมีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมตามบัญชีรายชื่อ จำนวน 13,149 คน สถิติในปี พ.ศ.2544 (สมุดทะเบียนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. 2544 :)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ของชมรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในศูนย์บริการสาธารณสุข 13 แห่งในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 450 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ยามาเน่ (พวงรัตน์. 2536 : 296 :อ้างอิงจาก Yamane'. 1997 : 886 – 887 โดยใช้สูตร)

$$n = \frac{N}{1 + NE^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ประชากร

E แทน ความคลาดเคลื่อน .05

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนศูนย์ประสานงานทั้งหมดจาก 6 ศูนย์ประสานงาน มาจำนวน 4 ศูนย์ประสานงาน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย ได้แก่ ศูนย์ประสานงาน 1, 2, 4, 6

2.2 สุ่มศูนย์บริการสาธารณสุขซึ่งเป็นที่ตั้งของชมรมผู้สูงอายุ จาก 35 ศูนย์บริการสาธารณสุข มาจำนวน 13 ชมรม โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย

2.3 สุ่มผู้สูงอายุแต่ละชมรม ตามสัดส่วนโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายได้จำนวนทั้งสิ้น 450 คน เป็นชาย 77 คน และหญิง 373 คน

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

1. ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลลักษณะชีวสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ซึ่งลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การกำจัดความเครียดและการป้องกันอุบัติเหตุ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

2. ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

- 2.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อนำมาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม
- 2.2 ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง
- 2.3 สร้างแบบสอบถามข้อมูลลักษณะชีวสังคมจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน จำนวน 80 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 4 ด้าน จำนวน 80 ข้อ
- 2.4 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณา และตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ได้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 67 ข้อ แบบสอบถามการดูแลตนเองจำนวน 63 ข้อ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 คน แล้วนำแบบสอบถาม มาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ

3. การหาคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การหาความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 170 ข้อ โดยมี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลลักษณะชีวสังคมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 80 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 80 ข้อ

เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงพินิจ แล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยใช้สูตร IC ผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่า ดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า ซึ่งแสดงว่า ข้อคำถามนั้นมีความเที่ยงตรง ได้ข้อคำถามจำนวน 130 ข้อ เป็นแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพจำนวน 67 ข้อ และแบบวัด พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 63 ข้อ

3.2 การวิเคราะห์หาอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์.2539 : 117 – 118) ได้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 57 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 45 ข้อ

3.3 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (สุณี รักษาเกียรติ ศักดิ์.2539 : 118) โดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านมีความเชื่อมั่น .7960 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความเชื่อมั่น .8636

4. เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

4.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 คือ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุให้คะแนนกลับกันกับความเชื่อทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมาแล้ว

เกณฑ์การแปลความหมาย (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

คะแนนค่าเฉลี่ย	ระดับความเชื่อ
3.68 – 5.00	ดี
2.34 – 3.67	ปานกลาง
1.00 – 2.33	ไม่ดี

4.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในส่วนที่ 3 มี 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติบางครั้ง	1	1
ไม่ปฏิบัติ	0	2

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์.2538 : 8 – 9)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติ
1.34 – 2.00	ดี
0.67 – 1.33	ปานกลาง
0.00 – 0.66	ควรปรับปรุง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ (Try-out) และเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 450 คน ด้วยตนเองระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 และเก็บรวบรวมข้อมูลได้มาจำนวน 450 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 4 เดือน

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนมาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมประมวลผลสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการทดสอบสมมติฐานสำหรับการวิจัยครั้งนี้ และดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และตรวจให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. แบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ แยกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ

3. แบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

4. แบบสอบถาม ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองตามตัวแปรเพศ โดยการทดสอบค่าที (T-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) หรือวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

7. เมื่อทดสอบตามข้อ 6 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเชฟเฟ้ (Sheffe' Method)

8. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติต่างๆ ดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ

1.2 คะแนนเฉลี่ย (Mean)

1.3 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพื้นผิว (Face validity)

2.2 การหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

2.3 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test)

- 3.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้ทดสอบค่าเอฟ (F-test) หรือวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Analysis of Variance)
- 3.3 เมื่อพบว่า การทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ้ (Sheffe' Method)
- 3.4 ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร จำนวน 13 ชมรม กลุ่มตัวอย่าง 450 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ T-test, F-test และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ (T. distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ (F.distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
P	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	คะแนนเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานยกกำลังสอง (Mean of Square)
Y	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 คน เป็นชาย 77 คน หญิง 373 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะชีวสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ตามการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคและอุบัติเหตุ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 3

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การกำจัดความเครียด, การป้องกันอุบัติเหตุ โดยการแจกแจงความถี่ เป็นค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานดังปรากฏตามตาราง 4

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปรชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว โดยทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test) ดังปรากฏตามตาราง 5,6,7 และ 8

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อสุขภาพทั้ง 4 ด้าน กับพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ดังปรากฏตามตาราง 9

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรลักษณะชีวสังคม แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายจ่าย โรคประจำตัว และโรคที่พบ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	77	17.10
	หญิง	373	82.90
	รวม	450	100.00
2. อายุ	60 – 65 ปี	169	37.60
	66 – 70 ปี	144	32.00
	71 – 75 ปี	83	18.40
	75 ปี ขึ้นไป	54	12.00
	รวม	450	100.00
3. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	94	20.90
	ประถมศึกษา	190	42.20
	มัธยมศึกษา	111	24.70
	อุดมศึกษา	55	12.20
	รวม	450	100.00
4. รายได้	ต่ำกว่า 3,000 บาท	214	47.60
	3,000 – 8,000 บาท	162	36.00
	8,001 – 13,000 บาท	35	7.80
	13,000 บาท ขึ้นไป	39	8.70
	รวม	450	100.00
5. สถานภาพสมรส	โสด	46	10.20
	คู่	177	39.30
	หย่า / แยก	94	20.90
	คู่สมรสเสียชีวิต	133	29.60
	รวม	450	100.00
6. ลักษณะครอบครัว	อยู่คนเดียว	42	9.30
	อยู่กับคู่สมรส	84	18.70
	อยู่กับลูกหรือหลาน	207	46.00
	อยู่เป็นครอบครัวใหญ่	117	26.00
	รวม	450	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. แหล่งที่มาของรายได้	เงินบำนาญ	41	9.10
	เงินดอกเบี้ยย	19	4.20
	เงินรายได้หาเอง	128	28.40
	บุตรหลานให้	262	58.20
	รวม	450	100.00
8. ความเพียงพอของรายจ่าย	เหลือเก็บ	75	16.70
	เพียงพอไม่เหลือเก็บ	238	52.90
	ไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้	116	25.80
	เป็นหนี้	21	4.70
	รวม	450	100.00
9. โรคประจำตัว	ไม่มีโรค	134	29.80
	มีโรค	316	70.20
	รวม	450	100.00
10. โรคที่พบ	โรคความดันโลหิตสูง	143	45.25
	โรคหัวใจ	24	7.63
	โรคเบาหวาน	84	26.62
	โรคเกี่ยวกับกระดูกข้อและอื่นๆ	65	20.50
	รวม	316	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 450 คน จำแนกได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 82.90 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 17.10

2. อายุของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.60 รองลงมาเป็นอายุ 66 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.00 อายุ 71 – 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.40 และอายุ 75 ปี ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 12.60 ตามลำดับ

3. ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 42.20 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 24.70 ระดับต่ำกว่าประถมศึกษาร้อยละ 20.90 และจำนวนน้อยที่สุด คือระดับอุดมศึกษาร้อยละ 12.20 ตามลำดับ

4. รายได้ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.60 รองลงมามีรายได้ 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 36.00 และรายได้ 13,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 8.70 และ จำนวนน้อยที่สุด 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 7.80 ตามลำดับ

5. สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 39.30 รองลงมา ได้แก่ คู่สมรสเสียชีวิต ร้อยละ 29.60 มีสถานภาพหย่า หรือแยกร้อยละ 20.90 และเป็นโสด ร้อยละ 10.20 ตามลำดับ

6. ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้พักอาศัยอยู่กับลูกหลานร้อยละ 46.00 รองลงมาได้แก่ อยู่เป็นครอบครัวใหญ่ ร้อยละ 26.00, อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 18.70, และน้อยที่สุดอยู่คนเดียว ร้อยละ 9.30 ตามลำดับ

7. แหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับจากบุตรหลาน ร้อยละ 58.20 รองลงมาได้แก่ หาได้เอง ร้อยละ 28.40 ได้จากเงินบำนาญร้อยละ 9.10 และต่ำสุดได้จากดอกเบี้ย ร้อยละ 4.20 ตามลำดับ

8. ความเพียงพอของรายจ่ายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีรายจ่ายเพียงพอกับรายรับโดยไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 52.90 รองลงมาได้แก่ มีรายจ่ายไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้ ร้อยละ 25.80, มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 16.70 และเป็นหนี้ร้อยละ 4.70 ตามลำดับ

9. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 70.20 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 29.80

10. โรคที่พบในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 70.20 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.25 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.62 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.63 และโรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อและโรคอื่นๆ ร้อยละ 20.50 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ตามการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และอุบัติเหตุ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้านของผู้สูงอายุ

ความเชื่อสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S	ระดับ
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	445	98.90	4.41	0.45	ดี
	2	.40	2.43	0.00	ปานกลาง
	3	.70	1.45	0.40	ไม่ดี
รวม	450	100.00	4.38	0.53	ดี
2. การรับรู้ความรุนแรง	448	99.60	4.40	0.43	ดี
	2	.40	1.50	0.70	ไม่ดี
รวม	450	100.00	4.39	0.47	ดี
3. การรับรู้ประโยชน์(รวม)	450	100.00	4.41	0.42	ดี
4. การรับรู้อุปสรรค	195	43.30	3.42	0.59	ดี
	104	23.10	2.48	0.10	ปานกลาง
	151	33.60	1.90	0.38	ไม่ดี
รวม	450	100.00	2.69	0.81	ปานกลาง
ความเชื่อสุขภาพรวมทุกด้าน	450	100.00	3.96	0.55	ดี

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.96$, $S = 0.55$) และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน จะพบว่า

1. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุมีความเชื่อในระดับดี ($\bar{X} = 4.38$, $S = 0.53$)

2. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ มีความเชื่ออยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.39$, $S = 0.47$)
3. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีความเชื่ออยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.41$, $S = 0.42$)
4. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.69$, $S = 0.81$)



ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน โดยแสดงจำนวนค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
1. การรับประทานอาหาร	236	52.40	1.56	0.14	ดี
	211	46.90	1.09	0.14	ปานกลาง
	3	.70	.63	0.00	ควรปรับปรุง
รวม	450	100.00	1.33	0.27	ปานกลาง
2. การออกกำลังกาย	283	62.90	1.64	0.19	ดี
	143	31.80	1.07	0.16	ปานกลาง
	24	5.30	.44	0.16	ควรปรับปรุง
รวม	450	100.00	1.39	0.16	ดี
3. การกำจัดความเครียด	130	28.90	1.59	0.16	ดี
	278	61.10	1.04	0.17	ปานกลาง
	42	9.30	.51	0.13	ควรปรับปรุง
รวม	450	100.00	1.15	0.25	ปานกลาง
4. การป้องกันอุบัติเหตุ	404	89.80	1.77	0.19	ดี
	45	10.00	1.13	0.13	ปานกลาง
	1	.20	.64	0.00	ควรปรับปรุง
รวม	450	100.00	1.70	0.27	ดี
การดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน	282	62.60	1.55	0.14	ดี
	165	36.70	1.15	0.14	ปานกลาง
	3	.70	.65	0.00	ควรปรับปรุง
รวม	450	100.00	1.39	0.24	ดี

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 คน จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ และรวมทุกด้านพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.55$, $S = 0.14$) และพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า

1. ด้านการรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.33$, $S = 0.27$)
2. ด้านการออกกำลังกาย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ($\bar{X} = 1.39$, $S = 0.16$)
3. ด้านการกำจัดความเครียด มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.15$, $S = 0.25$)
4. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ($\bar{X} = 1.70$, $S = 0.27$)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามเพศ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	t	P
1. การรับประทานอาหาร	ชาย	77	1.29	.28	-1.82	0.069
	หญิง	373	1.35	.28		
2. การออกกำลังกาย	ชาย	77	1.34	.42	-1.33	0.18
	หญิง	373	1.41	.38		
3. การกำจัดความเครียด	ชาย	77	1.11	.35	-1.28	0.20
	หญิง	373	1.16	.35		
4. การป้องกันอุบัติเหตุ	ชาย	77	1.65	.28	-2.03	0.04*
	หญิง	373	1.72	.27		
5. รวม 4 ด้าน	ชาย	77	1.35	.25	-2.06	0.04*
	หญิง	373	1.41	.25		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ที่มีเพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุชาย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันอุบัติเหตุดีกว่าผู้สูงอายุชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอื่นๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 6 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกาารดูแลตนเอง
จำแนกตามลักษณะชีวสังคม

	ตัวแปร	N	$\bar{X}$	S
1. อายุ	60 – 65	169	1.39	0.24
	66 – 70	144	1.41	0.25
	71 – 75	83	1.41	0.26
	75+	54	1.40	0.25
	รวม	450	1.40	0.25
2 การศึกษา	ต่ำกว่าประถม	94	1.32	0.28
	ประถมศึกษา	190	1.41	0.23
	มัธยมศึกษา	111	1.42	0.24
	อุดมศึกษา	55	1.45	0.23
	รวม	450	1.40	0.23
3. รายได้	ต่ำกว่า 3,000 บาท	214	1.38	0.25
	3,000 – 8,000 บาท	162	1.40	0.25
	8,001 – 13,000 บาท	35	1.45	0.22
	13,000 บาท ขึ้นไป	39	1.42	0.25
	รวม	450	1.40	0.25
4. สถานภาพสมรส	โสด	46	1.42	0.16
	คู่	177	1.38	0.25
	หย่า / แยก	94	1.39	0.28
	คู่สมรสเสียชีวิต	133	1.42	0.24
	รวม	450	1.40	0.24
5. ลักษณะ ครอบครัว	อยู่คนเดียว	42	1.42	0.23
	อยู่กับคู่สมรส	84	1.36	0.23
	อยู่กับลูกหรือหลาน	207	1.41	0.26
	อยู่เป็นครอบครัวใหญ่	117	1.40	0.25
	รวม	450	1.40	0.24

จากตาราง 6 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 450 คน มีพฤติกรรมดูแลตนเองตามตัวแปร ดังนี้

1. อายุ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และกลุ่มที่มีการดูแลตนเองดีที่สุด คือ กลุ่มอายุ 66 – 70 ปี และกลุ่มอายุ 71 – 75 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 60 – 65

2. ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี กลุ่มที่มีการดูแลตนเองดีที่สุด คือ กลุ่มที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา รองลงมาคือ กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษา ส่วนกลุ่มที่มีการศึกษาดำกว่าประถมศึกษาที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

3. รายได้ ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองในระดับดี กลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีที่สุด คือ กลุ่มที่มีรายได้ 8,001 – 13,000 บาท รองลงมา กลุ่มที่มีรายได้ 13,000 บาทขึ้นไป กลุ่ม 3,000 – 8,000 บาท และต่ำกว่า 3,000 บาท

4. สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีที่สุด คือกลุ่มที่มีสถานภาพโสดและคู่สมรสเสียชีวิต รองลงมา คือ กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหย่า / แยก และสถานภาพสมรสคู่

5. ลักษณะครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีที่สุด คือ กลุ่มที่อยู่คนเดียว รองลงมาคือ กลุ่มที่อยู่กับลูกหรือหลาน, อยู่เป็นครอบครัวใหญ่ และอยู่กับคู่สมรส

จากข้อมูลตามตาราง 4 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง
จำแนกตามลักษณะชีวิตสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
1. อายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	0.11	0.03	0.63	.59
	ภายในกลุ่ม	446	27.55	0.61		
	รวม	449	27.66			
2. ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	3	0.84	0.28	4.70*	.00
	ภายในกลุ่ม	446	26.83	0.06		
	รวม	449	27.67			
3. รายได้	ระหว่างกลุ่ม	3	0.18	0.06	0.97	.40
	ภายในกลุ่ม	446	2.49	0.06		
	รวม	449	2.67			
4. สถานภาพสมรส	ระหว่างกลุ่ม	3	0.16	0.05	0.88	.45
	ภายในกลุ่ม	446	27.51	0.06		
	รวม	449	27.67			
5. ลักษณะครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	3	0.14	0.04	0.76	.51
	ภายในกลุ่ม	446	27.53	0.06		
	รวม	449	27.67			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเซฟเฟ(Scheffe' method) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ต่ำกว่าประถม	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
	$\bar{X}$	1.32	1.41	1.44	1.45
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.32	-	0.09*	0.12*	0.13*
ประถมศึกษา	1.41		-	0.03	0.04
มัธยมศึกษา	1.42			-	0.03
อุดมศึกษา	1.45				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษา มัธยมศึกษา และประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันกับ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำกว่าระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา อุดมศึกษา มัธยมศึกษา และประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำกว่าประถมศึกษา ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ, การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความเชื่อด้านสุขภาพ	n	γ	p-value
- เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ	450	0.272	.00
- เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ	450	0.329	.00
- เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ	450	0.418	.00
- เกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ	450	-0.081	.08

จากตาราง 9 แสดงว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร สรุปได้ดังนี้
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) จำนวน 450 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane' .1996 : 583)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสและลักษณะของครอบครัว ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจรายการ (Checklist)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ จำนวน 16 ข้อ
- การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ จำนวน 12 ข้อ
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ จำนวน 18 ข้อ และ
- การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ จำนวน 11 ข้อ

ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

- การรับประทานอาหาร จำนวน 11 ข้อ
- การออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ
- การกำจัดความเครียด จำนวน 10 ข้อ
- การป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 15 ข้อ

ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุแต่ละรายได้สมบูรณ์ได้กลุ่มตัวอย่าง 450 คน
2. ตรวจให้คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามที่กำหนดไว้
3. หาความถี่และค่าร้อยละของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของผู้สูงอายุ
4. หาคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1
6. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์หาความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way Analysis of Variance) หรือค่าสถิติเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ถ้าพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe' method)
7. วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2
8. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียงพร้อมข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่
 - 1.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.90 เป็นเพศชายร้อยละ 17.10
 - 1.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอายุใกล้เคียงกันในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 69.60 ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ใกล้เคียงกันมาก และรองลงมาคือมีอายุสูงกว่า 70 ปี
 - 1.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นระดับที่ค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 42.20 รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา และการศึกษาระดับอุดมศึกษามีเพียงร้อยละ 12.20
 - 1.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.60 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน ซึ่งเป็นรายได้ที่ค่อนข้างต่ำสำหรับค่าครองชีพในปัจจุบัน ที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.20 บุตรหลานให้ นอกจากนั้นก็เป็นผู้มีรายได้ของตนเองเงินบำนาญ และดอกเบี้ย ส่วนความเพียงพอของค่าใช้จ่ายพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.90 เพียงพอ

และไม่เหลือเก็บ ที่มีเหลือเก็บเพียงร้อยละ 16.70 และมีหนี้สินเพียงร้อยละ 4.70 ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนน้อย

1.5 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 39.30

1.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.00 อยู่กับลูกหลาน รองลงมา อยู่เป็นครอบครัวใหญ่ ที่อาศัยอยู่ลำพังคนเดียวมีเพียงร้อยละ 9.30

1.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.70 มีโรคประจำตัว และโรคที่พบมาก คือ ภาวะความดันโลหิตสูงและมีไขมันเลือดสูง ส่วนโรคอื่นๆ ที่พบ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคกระดูกข้อและอื่นๆ

2. ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อตอบความมุ่งหมายข้อที่ 1 ดังนี้

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร มีความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.96$, $S = 0.55$) และเมื่อพิจารณาความเชื่อแต่ละด้าน พบว่า

2.1 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.41$, $S = 0.45$) ร้อยละ 98.90 ปานกลาง ร้อยละ 0.40 และ ระดับไม่ดี ร้อยละ 0.70

2.2 มีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.40$, $S = 0.43$) ร้อยละ 99.60 ระดับไม่ดี ร้อยละ 0.40

2.3 มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.41$, $S = 0.42$) ร้อยละ 100.00

2.4 มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.425$, $S = 0.59$) ร้อยละ 43.30 ปานกลาง ร้อยละ 23.10 ไม่ดี ร้อยละ 33.60

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบความมุ่งหมายข้อที่ 2 ดังนี้ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.39$, $S = 0.47$) และ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมก ารดูแลตนเองแต่ละด้าน พบว่า

3.1 การรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.56$, $S = 0.14$) ร้อยละ 52.40 ปานกลาง ร้อยละ 46.90 ควรปรับปรุง ร้อยละ 0.70

3.2 การออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.64$, $S = 0.19$) ร้อยละ 62.90 ปานกลาง ร้อยละ 31.80 ควรปรับปรุง ร้อยละ 5.30

3.3 การกำจัดความเครียดส่วนใหญ่ร้อยละ 61.10 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.04$, $S = 0.17$) รองลงมา ร้อยละ 28.90 อยู่ในระดับดี และ ร้อยละ 9.30 อยู่ในระดับควรปรับปรุง

3.4 การป้องกันอุบัติเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 89.80 อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.77$, $S = 0.19$) รองลงมา ร้อยละ 10 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.20 อยู่ในระดับควรปรับปรุง

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร เพื่อตอบความมุ่งหมายข้อที่ 3 ดังนี้
 - 4.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย
 - 4.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
 - 4.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา มัธยมศึกษา และประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุ ที่มีการศึกษาดำกว่าระดับประถมศึกษา
 - 4.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
 - 4.5 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
 - 4.6 ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร เพื่อตอบความมุ่งหมายข้อที่ 4 ดังนี้
 - 5.1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 5.2 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 5.3 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 5.4 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร มีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดี และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ร้อยละ 62.60
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแล

ตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุชาย

3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มี การศึกษาระดับอุดมศึกษา มัธยมศึกษาและประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา

4. ผู้สูงอายุที่มีอายุ รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

5. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร สามารถแยกอภิปรายตามสมมติฐานดังนี้

1. เพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน และพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย ในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการกำจัดความเครียดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า เพศหญิงเป็นเพศที่ละเอียดอ่อน พฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน จะไม่โลดโผนและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ อันตรายมากเท่าเพศชาย นอกจากนี้ระบบสังคม วัฒนธรรม กำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัวในเรื่องของความสะอาด สบายปลอดภัยภายในบ้าน ตลอดจนการป้องกันอุบัติเหตุเล็กๆ น้อยๆ เช่น ดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อย ความสะอาดภายในห้องน้ำ และสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วอลสตัน วอลส และ เมทส์ (Wallston, Wallston and Malds. 1976: 1173) ที่ว่า เพศหญิงจะชวนชวนหาความรู้ทางสุขภาพมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับ คูทเนอร์ คูทเนอร์ (Kutner, Kutner. 1979: 62-66) พบว่า เพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุลี ทองวิเชียรและคณะ (2532: 42) ที่พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอัสร อารณ์ (2540: 96) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2. อายุกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารและการกำจัดความเครียด ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกาย และการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 69.60 มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ใกล้เคียงกันมาก สภาพร่างกาย จิตใจ และความต้องการพื้นฐานไม่แตกต่างกันมากนัก จะเห็นได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชมรม เช่น การออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมนันทนาการ การทัศนศึกษา ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็เข้าร่วมกิจกรรมอย่างพร้อมเพรียงสม่ำเสมอ และมีความสามารถเหมือนๆ กัน ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ากิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกๆ วัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่เป็นสุขได้ ควรมีส่วนร่วมหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควรและเหมาะสมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันเกิดความรู้สึกมั่นใจเหมือนกัน จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอรรช ศรีไทรล้น (2541: บทคัดย่อ) ที่พบว่า

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ นวลจันทร์ ปรีดาพันธ์ (2545: 137) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับเคมีบำบัด ที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3. ระดับการศึกษา กับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มัธยมศึกษา ประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 42 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำ ส่งผลต่อการปรับตัวในการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบัน ซึ่งถือว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต และเมื่อพิจารณาในกลุ่มที่ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการกำจัดความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถแสวงหาความรู้ ข่าวสารต่างๆ แหล่งประโยชน์ ตลอดจนแหล่งค้นหาการต่างๆ ได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย และการกำจัดความเครียด เป็นกิจกรรมที่ทางชมรมได้จัดให้แก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถพิจารณาเข้าใจการกระทำต่างๆ ได้ดีกว่า และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้มากกว่าและกล้าที่จะซักถามปัญหาที่สงสัยหรือไม่เข้าใจมากกว่าและสนใจในสุขภาพมากกว่า ผลการศึกษาค้นคว้านี้ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลพรรณ หอมน่าน (2539: 62) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี และสอดคล้องกับเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529: 98) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ และสอดคล้องกับสำรวมจิต สุทธกรภิรมย์ สุข (2540: 97-98) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับนิรนาท วิทยาโชคกิตติคุณ (2534: 50-51) ที่พบว่า จำนวนปีในการศึกษาในโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

4. รายได้ กับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในด้านการออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนในด้านการรับประทานอาหาร พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 8,001-13,000 บาท/เดือน และ 13,000 ขึ้นไปจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารต้องมีการใช้จ่าย ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย การกำจัดความเครียดและการป้องกันอุบัติเหตุเป็นกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติเป็นประจำในชมรม ซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายประกอบกับผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ จะได้รับบริการตรวจรักษา เมื่อเจ็บป่วยและการตรวจสุขภาพประจำ

จำปีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และเมื่อพิจารณาในด้าน ความเพียงพอในการใช้จ่าย พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.80 มีรายได้พอเพียงและไม่เป็นหนี้ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา(2542: 90) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันและ มณฑนา เจริญกุล (2534: 48) พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 143) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ จอนผะจง เพ็งจาด (2533: 45) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

5. สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันใน ด้านการออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนในด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และโสด มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง เหมือนกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่า/แยก และคู่สมรสเสียชีวิตมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี เหมือนกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า บุคคลทั่วไปไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใดก็ตามจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ย่อมสนใจ และดูแลตนเองอย่างดี จากการศึกษาข้อมูล พบว่า จำนวนผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่และคู่สมรสเสียชีวิตมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 39.30 และ ร้อยละ 29.60 ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยเหลือกันและกันอย่างดี สอดคล้องกับ การศึกษาของอัสรา อารณ (2540: 93-94) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาลที่มี สถานภาพสมรสต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และ สปีก โควเวิร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pellet, 1989: 92-100) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความ สัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต และสอดคล้องกับกรรณิการ์ พัฒนาผดุงวิทยา (2542: 90) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับนิรนาท วิทยาโชคกิตติคุณ (2534: 46) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ สมรสคู่จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่า หย่า, แยก และไม่สอดคล้องกับสุวิมล พนาวิวัฒนกุล (2534: 48) พบว่าสถานภาพสมรสมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

6. ลักษณะครอบครัวกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ในด้านการออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ แตกต่างกันในด้านการรับประทานอาหาร โดยผู้สูงอายุที่อยู่กับลูกหลานจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 46 อยู่กับลูกหลานเป็นครอบครัวใหญ่ จึงได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากลูกหลานอย่างดีในเรื่องการรับประทานอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ศิริบุญ (2536: 212) พบว่า คนหนุ่มสาวมากกว่าร้อยละ 98 ยังให้การเลี้ยงดูบิดามารดาที่สูงอายุต่อไป

และจะดูแลไปจนกว่าจะแยกบ้านหรือแต่งงาน ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน เพราะเป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุธีรา เทศวงษ์ (2543: 107) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกลางที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539: 145) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวหลายคน และไม่สอดคล้องกับ พนิดา คุณาธรรม (2538 : 181) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

7. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r=0.272$) กับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 98.90 มีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุอยู่ในระดับดี ย่อมมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องว่าผู้สูงอายุย่อมมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคและอุบัติเหตุต่างๆ สูง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับดีตามไปด้วย โดยเชื่อว่าเมื่อมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีแล้ว จะสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974: 330) เบคเกอร์และไมแมน (Becker and maiman. 1974: 348) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ จะต้องมีความเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเกิดการรับรู้ต่อไปว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรืออาจทำให้เสียชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โกคา (2532: 92) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดของโรค ในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีและสอดคล้องกับประยงค์ สัจจพงษ์ (2534: 65) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด

8. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=0.329$) กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านคือ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การกำจัดความเครียดและการป้องกันอุบัติเหตุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 99.60 มีการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุในระดับดี หมายถึงมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องว่าโรคต่างๆ และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุย่อมจะมีความรุนแรง หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้สูงอายุ ได้มากกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531: 60) พบว่า การรับรู้ความรุนแรง ของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งศรี ศศิธร (2536: 98) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้าง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสสุนันท์ (2529: 81) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความ สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

9. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r=0.418$) กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 มีการรับรู้ประโยชน์ของการเกิดโรคและอุบัติเหตุในระดับดี หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและเห็นผลประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพว่าสามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุได้ และเป็นประโยชน์แก่ตนเอง จึงได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974: 331) กล่าวว่า ถ้าต้องการให้บุคคลปฏิบัติคำแนะนำ จะต้องให้บุคคลมีการรับรู้ว่าการปฏิบัตินี้จะทำให้ได้รับผลดี คือ หลีกเลี่ยงจากสภาพหรือสภาวะ ที่เขาไม่ต้องการจะได้รับ และสอดคล้องกับการศึกษาของรันดอลล์และวิลเลอร์ (Rundall and Wheeler, 1979: 379) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยการฉีดวัคซีน

10. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน

โรคและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ ทางลบ ($r = -0.081$) กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการกำจัดความเครียด แต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันอุบัติเหตุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เสียเวลา หรือเจ็บปวด ไม่สุขสบายต่อการมารับบริการหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและการป้องกันอุบัติเหตุในระดับดี ซึ่งอาจเนื่องมาจากการรับรู้และเกิดความเข้าใจว่าการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุย่อมมีปัญหาและอุปสรรค แต่ไม่มากพอที่จะไปขัดขวางพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการกำจัดความเครียดได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า อุปสรรคเหล่านั้นเกิดจากการคาดคะเนหรือนึกคิดเอาเอง ซึ่งอาจไม่เกิดขึ้นจริงก็ได้ หรืออาจเป็นเพราะว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่จะมาขัดขวางการปฏิบัติแต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ด้านนโยบาย

- ควรส่งเสริมให้มีการเปิดชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เพราะ เป็นแหล่งที่ให้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ในด้านความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความรู้ ช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่า มั่นใจ และมีความหวังในชีวิต มากขึ้น

- ควรมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเพศหญิงและผู้ที่มีวุฒิทางการศึกษามีความรู้ ความเข้าใจในด้านสุขภาพดีเป็นแกนนำของกลุ่มเพื่อจะได้ช่วยกระตุ้นและถ่ายทอดความรู้ให้กับสมาชิกคนอื่นๆ ที่ไม่รู้ และไม่เข้าใจ

2. ด้านการปฏิบัติ

- ควรใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในด้านต่างๆ แก่สมาชิกในชมรม

- ควรมีการพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการกำจัดความเครียดและด้านอื่นๆ สำหรับผู้สูงอายุทุกคน โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารและการกำจัดความเครียด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อ
2. ตัวแปรอายุ รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ความจริงอาจไม่เป็นเช่นนั้นเพราะเป็นการศึกษาทั่วๆ ไป ไม่เจาะลึก
3. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาอุปสรรค ความคาดหวัง ความพึงพอใจ ความวิตกกังวล อึดทนโน้ทน เป็นต้น
4. ปัญหาในการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุ คือ ตามองไม่เห็นและหูไม่ได้ยิน เครื่องมือ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลควรให้เหมาะสมกับสภาพทางร่างกาย ของผู้สูงอายุ คือใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึกและให้เวลาในการสัมภาษณ์นานพอ

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542) *ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุชัชวาลย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร* อัดสำเนา
- เกษม ดันติผลาชีวะและกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528) *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อรุณการพิมพ์.*
- กมลพรรณ หอมน่าน (2539) *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเรียนรู้สมรรถนะ ในตนเองกับพฤติกรรมแสดงตนของผู้สูงอายุ. วิทยาลัยนิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยมหิดล* อัดสำเนา
- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2542) *แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข*
- คณะกรรมการการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา (2534) *ปัญหาผู้สูงอายุและ แนวทางแก้ไข พ.ศ.2534. กรุงเทพฯ : มป.ป.*
- คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ *แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544. กรุงเทพฯ: กองวิชาการ กรมการแพทย์*
- โครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัยในประเทศไทย (2538) *มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : มป.ป.*
- จอนณะจ พึ่งจาก (2533) *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคน ด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิง อาชีพพิเศษ. วิทยาลัยนิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยมหิดล* อัดสำเนา
- จรรจา สุวรรณทัต. (2527) *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพัฒนาเด็กและการเลี้ยงดูหน่วยที่ 8-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ: ชนวนพิมพ์*
- จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ดันศิริ (2536) *การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม*
- จินตนา รอดนำพา (2535) *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยาลัยนิพนธ์ วิทยาลัยมหาบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2531) *การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ: สุภาวิชัยการพิมพ์*
- ชนิดา สุขแสง (2544) *ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะไขมันในเลือดสูงที่ได้รับการตรวจที่แผนกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร วิทยาลัยนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร* อัดสำเนา

- ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534) การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาน
สงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานครปริญญาณิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร อัดสำเนา
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัด
ชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยมหิดล
- นริศรา ลีลามานิตย์ (2534) การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้าน
สันโป่ง ตำบลบ้านลาด กิ่งอำเภอแม่วง จังหวัดเชียงใหม่ ความรู้และการปฏิบัติตนใน
การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง วิทยานิพนธ์ ศส.ม. เชียงใหม่ .มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ อัดสำเนา
- นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์
วท.ม. พยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล อัดสำเนา
- นรินาถ วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล อัดสำเนา
- นวลจันทร์ ปรีดาพันธ์ (2545) การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมา
รับบริการ ณ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร อัดสำเนา
- นิภา มนูญปัจจุ (2528) การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่2 กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต
- บรรลุ ศิริพานิช (2526) ระบาดวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2525
กรุงเทพฯ : ชนะการพิมพ์
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2535) โลกยามเช้าและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข. พิมพ์ครั้งที่ 6
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง
- ประยงค์ สัจจงพงศ์ (2534) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทาง
สังคมและลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอด เขตอำเภอ
ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. พยาบาลสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยมหิดล อัดสำเนา
- เพชรรัตน์ ออมศรีวิน (2541) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จังหวัดลพบุรี. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม.
(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร อัดสำเนา
- พนิดา คุณาธรรม (2538) ทศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง.
วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล อัดสำเนา

- พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2538) *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- พ่อง เกิดแก้ว (2525) *อนามัยส่วนบุคคล*. กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช
- มณฑนา เจริญกุล (2534) *แรงสนับสนุนทางสังคมความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล อุดลำนเา
- ภัทรพร ไพเราะ (2539) *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี*. . วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล อุดลำนเา
- รุ่งศรี ศศิธร (2536) *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่งจังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. พยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล อุดลำนเา
- วิเชียร เกตุสิงห์ (2530) *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช
- วรรณวิมล เบญจกุล (2535) *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อุดลำนเา
- ศิริวรรณ ศิริบุญ (2536) *งานวิจัยลำดับที่ 30 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2536) *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล อุดลำนเา
- ศิริพร พงษ์โกศา (2532) *การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. พยาบาลศาสตร์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล อุดลำนเา
- สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540) *การเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุงและในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร อุดลำนเา
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2542) *ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

- สิริพร พงษ์โกคา (2532) การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจินต์ ปรีชามารถ (2535) สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) อัตมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อุดลำนเา
- สมจิต หนูเจริญกุล (2537) การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : หจก. วี เจ. พรินต์ติ้ง
- สมจิต หนูเจริญกุล (2540) การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ : หจก. วี เจ. พรินต์ติ้ง
- สุชาติ โสมประยูร (2525) การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช
- สุภาพ ไบแก้ว (2528) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล อุดลำนเา
- สุรกุล เจนอบรม (2534) วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. พยาบาลสาธารณสุข กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล อุดลำนเา
- สุรี บุญญานุพงศ์ (2534) ศึกษาสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อุดลำนเา
- สุลี ทองวิเชียรและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุวิชา จันทร์สุริยกุล (2536) ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตัวเองโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. สุขศึกษา กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล อุดลำนเา
- สมทรง ศุภศิลป์ (2526) ความเชื่อและปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
- อรรช ศวีไทรล้น (2541) ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท วท.ม. สุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อุดลำนเา

อรพรรณ อิศราภรณ์ (2536) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อุดลำนนา

Becker, MH.et al. (1977) "The Health Beliefs Model and Prediction of dietary Compliance: A field Experiment" *Journal of Health and Social Behavior*. 18 Dec 1977: 348-366.

Becker, MH. (1974) "The Health Belief Model and sick role behavior" *Health Education Monographs*. 2(winter): 409-419.

Becker, MH. And Maiman, LA. (1974) "The Health Belief Model: Origins and Correlates In Psychological Theory" *Health Education Monographs*. 2(winter): 336-385.

Birren, J.E. and K.W. Schaie. (1981) *Handbook of psychology of aging*. New York: Van nustrand reinhold Company.

Harris,W.S.,et al. (1991) "Effect of Four Doses on n3 Fatty acid Given to Hyperlipidermia Patients for six Months" *American Journal of Clinical Nutrition*. 10(3) : 220-227;June.

Hallai, JC. (1982) "The Relationship of Health Belief, health Locus of Control, And Self Concept to the Practice of Breast self Examination in Adult Women" *Nursing Research*. 31 May-June 1982: 137-142.

Hochbaum, DM. (1987) "Public participation in Medical Screening Program" *PHS Publication*. 572 May: 1-28.

Kutner, N.G. and M H. Kutner. (1991) "Race and Sex as Variables Affecting Reactions to Disability" *Archives of Physical Medical and Rehabilitation*. 60: 62-66;February.

Lashely, ME. (1987) "Predictors of Breast self examination practice among elderly Women" *Advance in Nursing Science*. 9 July: 25-34.

Levin (1981) "Self-care in health potentials and Pitfalls" *World Health Forum*. 2(2)" 177-184.

Olenn, MB. (1981) "Motivating BSE American" *Journal of Nursing*. 8 September: 1656-1657.

Orem, D. (1985) *Nursing: Concepts of Practice*. New York: Mc Graw-Hill Book Co.

- Pender, N.J. (1987) *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd Ed Conn Appleton & Lange.
- Rundall, T.J. and Wheeler R.C. (1978) "Factors Associated with Utilization of Swine-Fly Vaccination Programme among Citizens is in Tompkins Country"
Medical Care.172 February: 191-200.
- Rosenstock, I.M. (1974) "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior"
Health Education Monographs. 2,4 winter: 354-385.
- Speak, D.L., ME Cowart and L. Pellet (1989) "Health Perceptions and Life style of the Elderly" *Research in Nursing and Health*. 12 September: 93-100.
- Wallston, K.A., B.S. Wallston S Maides. (1976) "Health Related Information Seeking as A Function of Health-Related Locus of Control and Health Value" *Journal of Research in Personality*. 20 October: 1193.
- Walker,S.N. and Other (1988) "Health-promotion lifestyles of older adults: comparisons with young and middle aged adult, Correlates patterns' *Advances in Nursing Science*. 79-90; October.
- Yamane', T. (1973) *Statistic: An Introduction Analysis*. 3 rd Ed New York: Harper and Row.1088.





ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองส่งเสริมสุขภาพ (ฝ่ายอนามัยชุมชน โทร. ๐ ๒๒๔๗ ๖๐๒๖)

ที่ กท ๒๐๐๕/ วันที่ ตุลาคม ๒๕๔๔

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ศูนย์ประสานงาน

(เลขที่ ๔๕๐๕)

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงาน ๑

วันที่ ๙ ต.ค. ๒๕

เวลา

ด้วย นางวิริยา สุขวงศ์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ทำหนังสือถึงสำนักอนามัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์ประสานงาน ๑, ๒, ๓ และ ๔ โดยการตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม ๒๕๔๔ และสำนักอนามัยได้อนุมัติโดยให้ผู้อยู่อาศัยดำเนินการเอง (ตามเอกสารที่แนบ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และอนุญาตให้ นางวิริยา สุขวงศ์ ได้ดำเนินการตามช่วงเวลา
ดังกล่าว

พ.อ.ท.หญิง

(วัฒนา ตาลานนท์)

นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ๘

หัวหน้าฝ่ายอนามัยชุมชน

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพ

นางสาววิริยา สุขวงศ์ (นางสาววิริยา สุขวงศ์) คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ใน สบ. ๑๓ ๑๗๔.๑. ๓/๑ ๓๔

(นายรัชชัย วัชรพุกษัตติ)

๑๓๓ ๒๔

ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๓ สีพระยา

ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงาน ๑



บันทึกข้อความ

วันที่ ๘ ต.ค. ๒๕๔๔
 ๘๐๘
 ๘ ต.ค. ๒๕๔๔

ส่วนราชการ..... กองส่งเสริมสุขภาพ (ฝ่ายอนามัยชุมชน โทร. ๐ ๒๒๔๗ ๖๐๒๖)

ที่..... กท ๒๐๐๕/๑๕๗/๕..... วันที่..... ตุลาคม ๒๕๔๔.....

เรื่อง..... ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม.....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงาน ๒

ด้วย นางวิริยา สุขวงศ์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ทำหนังสือถึงสำนักอนามัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์ประสานงาน ๑, ๒, ๓ และ ๔ โดยการตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม ๒๕๔๔ และสำนักอนามัยได้อนุญาต โดยให้ผู้วิจัยดำเนินการเอง (ตามเอกสารที่แนบ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และอนุญาตให้ นางวิริยา สุขวงศ์ ได้ดำเนินการตามช่วงเวลา ดังกล่าว

พ.อ.ท.หญิง
 (วัฒนา ตาลานนท์)
 นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ๘
 หัวหน้าฝ่ายอนามัยชุมชน
 รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพฯ

ในว. ๓๐. ๓๐. ๓๕, ๕๐, ๕๕
 ๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒

๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒
 (นายวินทร์ สิริมาศ)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๕ สาขาน้ำ
 ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงาน ฯ

๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒
 ๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒
 ๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒ ๒๒๒

ทช.๗
 ๒ ต.ค. ๒๕๔๔

๒๒๒
 ๒๒๒ ๒๒๒
 ๒ | ๑๐ | ๔๔

๒๒๒, ๒๒๒, ๒๒๒



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองส่งเสริมสุขภาพ (ฝ่ายอนามัยชุมชน โทร.0 2247 6026)

ที่ กท 2005/ 1495 วันที่ ๖ ตุลาคม 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงาน ๖

ด้วย นางวิริยา สุขวงศ์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ทำหนังสือถึงสำนักอนามัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์ประสานงาน 1,2,3 และ 4 โดยการตอบแบบสอบถามความเชื่อด้าน สุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2544 และสำนักอนามัยได้อนุญาต โดยให้ผู้วิจัยดำเนินการเอง (ตามเอกสารที่แนบ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และอนุญาตให้ นางวิริยา สุขวงศ์ ได้ดำเนินการตามช่วงเวลา
ดังกล่าว

พ.อ.ท.หญิง

(วัฒนา ตาลานนท์)

นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ๙

หัวหน้าฝ่ายอนามัยชุมชน

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพ

เรียน ผอ.สช.ใน ๖

เพื่อโปรดทราบ.

(นายโกวิท พงษ์นิเวศ)

แพทย์เวช ๖

ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขเขต ๖๖ วัดสุทัศน์

ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงาน ๖



๒๕๔๔
 ๒๕๔๔
 ๒๕๔๔

ที่ กท 2005/ 1495 วันที่ ตุลาคม 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงาน 

ด้วย นางวิริยา สุขวงศ์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ทำหนังสือถึงสำนักอนามัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์ประสานงาน 1,2,3 และ 4 โดยการตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2544 และสำนักอนามัยได้อนุญาต โดยให้ผู้วิจัยต้องดำเนินการเอง (ตามเอกสารที่แนบ)

จึงรีบมาเพื่อโปรดยา และอนุญาตให้ นางวิริยา สุขวงศ์ ได้ดำเนินการตามช่วงเวลา

ตั้งกล่าว

พ.อ.ท.หญิง

(วัฒนา ตาลานนท์)

นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ 8 ๗

หัวหน้าฝ่ายอนามัยชุมชน

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพ

170/100. 23, 6, 11, 24

ନିମ୍ନଲିଖିତ ସମସ୍ତ ଶବ୍ଦର ଅର୍ଥ ଲେଖିବା:

ନିଶ୍ଚୟ ଘଟି ଯାଉଛି ୩, ୫, ୧୧

ထိုသို့ပြောဆိုနေသောအခါ

d. 27-

(นางสาวปิยธิดา สุนทรประภูต) 10 ก.ค. 44

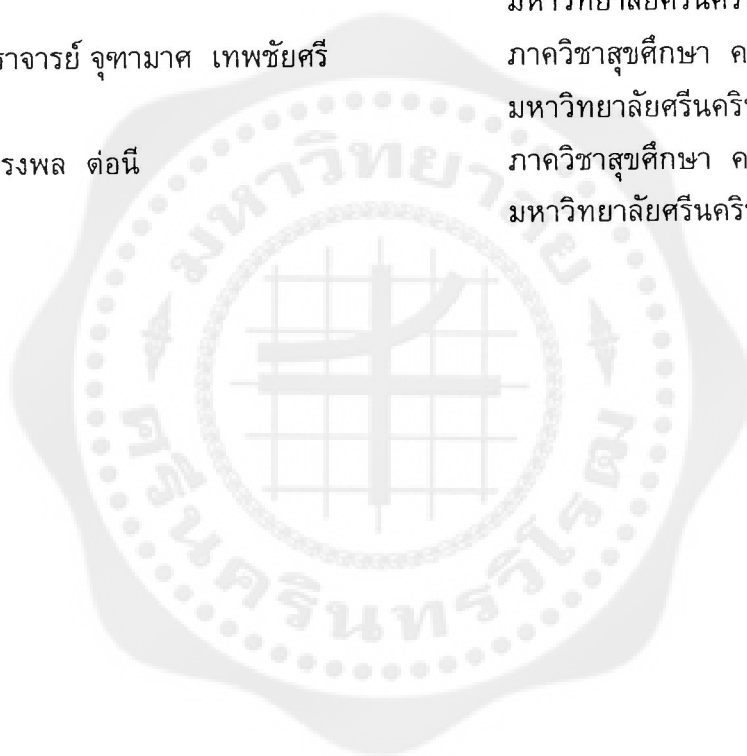
๑๗๖๖๖๖๖ ๘

ผู้อำนวยการศูนย์ 24 บางเขน

ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงาน 4

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือ

- | | |
|---|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. กุลยา ตันติผลาชีวะ | ภาควิชาหลักสูตรการสอน
คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัชฌิมามกุล | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 5. อาจารย์ ทรงพล ต่อนี่ | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |



ภาคผนวก ข
แบบสอบถาม



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจงในแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ดังนั้น จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริงให้ครบถ้วนทุกข้อ คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามชุดนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ กับท่าน

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามไว้ในโอกาสนี้

นางวิริยา สุขวงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8

ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด
 - ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา
 - ☐ ประถมศึกษา
 - ☐ มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
 - ☐ อุดมศึกษาหรือเทียบเท่า
4. รายได้ต่อเดือน
 - ☐ ต่ำกว่า 3,000 บาท
 - ☐ 3,001 – 8,000 บาท
 - ☐ 8,001 – 13,000 บาท
 - ☐ 13,001 บาทขึ้นไป
5. แหล่งที่มาของรายได้ของท่าน
 - ☐ เงินบำนาญ
 - ☐ เงินเก็บดอกเบี้ย
 - ☐ เงินรายได้หาเอง
 - ☐ อื่นๆ เช่น บุตรหลานให้
6. สถานภาพสมรส
 - ☐ โสด
 - ☐ คู่
 - ☐ หม้าย / หย่า / แยก
7. ลักษณะครอบครัว
 - ☐ อยู่คนเดียว
 - ☐ อยู่กับคู่สมรส
 - ☐ อยู่กับลูกหรือหลาน
 - ☐ อยู่กันหลายคนเป็นครอบครัวใหญ่

8. รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

- ☐ เหลือเก็บ
- ☐ ไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้
- ☐ เพียงพอไม่เหลือเก็บ
- ☐ เป็นหนี้

9. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี โรคที่เป็น.....



ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ					
1. การรับประทานอาหารประเภทไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม มากเกินไป จะทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้					
2. การรับประทานอาหารเค็มจัดเกินไปจะทำให้เป็นโรคไตได้					
3. การรับประทานอาหารพวกแป้งและน้ำตาลมากเกินไปจะทำให้อ้วนหรือเป็นโรคเบาหวานได้					
4. การรับประทานพวกปิ้ง ย่าง ร่มควัน บ่อยเกินไป จะทำให้เป็นโรคมะเร็งได้					
5. การสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับปอดได้					
6. การดื่มสุร่าบ่อยๆ จะทำให้โรคพิษสุราเรื้อรังได้					
7. การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ อาจจะทำให้เป็นโรคพยาธิได้					
8. การขาดการออกกำลังกาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้					
9. การออกกำลังกายที่หักโหมมากเกินไปจะเป็นอันตรายต่อกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ ได้					
10. การข้ามถนนโดยไม่ใช้สะพานลอยอาจเกิดอุบัติเหตุได้					
11. การลุกจากที่นั่งหรือที่นอนเร็วเกินไป จะทำให้ท่านหน้ามือหกล้มได้					
12. การยกของหนักเกินไปจะทำให้ท่านหกล้มได้					
13. การขึ้นลงบันไดโดยไม่จับราวบันได จะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
14. การคิดหมกมุ่นเรื่องใดนานๆ จะทำให้ท่าน นอนไม่หลับ					
15. เมื่อรู้สึกโกรธโมโห จะทำให้เกิดความดันโลหิต สูงได้					
16. ถ้าท่านนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ จะทำให้ท่าน อ่อนเพลียหน้ามืดได้					
<u>การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ</u>					
1. การเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง จะทำให้เกิด อันตรายกับเส้นเลือดในสมองได้					
2. การมีภาวะความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดเป็น อัมพาตได้					
3. การเป็นโรคใดนานๆ จะทำให้เกิดโรคใดวายได้					
4. การเป็นโรคขาดสารอาหารจะทำให้ร่างกายอ่อน แอ					
5. โรคข้ออักเสบจะมีอาการปวดรุนแรงมาก					
6. อุบัติเหตุที่เกิดจากการออกกำลังกายหักโหมจะ มีอันตรายมาก					
7. การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมกับวัยจะเกิด อันตรายกับหัวใจได้					
8. การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุมักจะรุนแรงกว่าวัยอื่นๆ					
9. การพลัดหกล้มมักจะเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีความรุนแรงมาก					
10. อุบัติเหตุต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ มักจะมี ความรุนแรงและหายช้า					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11. ถ้าท่านไม่สวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัด นิรภัยอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิต ได้					
12. การรับประทานอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด จะ ทำให้เป็นแผลในกระเพาะอาหารได้					
<u>การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และอุบัติเหตุ</u>					
1. การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ จะทำให้ร่าง กายสมบูรณ์แข็งแรง					
2. การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ จะป้อง กันโรคมะเร็งที่ลำไส้ได้					
3. การรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย จะทำให้ ไม่เป็นโรคลำไส้ได้					
4. การรับประทานเนื้อปลาจะช่วยลดภาวะไขมันใน เลือดได้					
5. การไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุราจะทำให้เป็นคนมีสุข ภาพดี					
6. การไม่ติดสารเสพติดต่าง ๆ จะทำให้ร่างกายแข็ง แรง					
7. การนอนพักผ่อนในเวลากลางวันจะช่วยให้ท่าน ปลอดภัยจากโรคความดันโลหิตสูง					
8. การข้ามถนนตรงทางข้ามหรือใช้สะพานลอย จะ ปลอดภัยจากอุบัติเหตุรถชนได้					
9. การสวมหมวกนิรภัยและคาดเข็มขัด ลดความ รุนแรงของอุบัติเหตุได้					
10. การไปตรวจสุขภาพเป็นประจำจะเป็น ประโยชน์ต่อการป้องกันโรค					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11. การศึกษาหาความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้รู้สาเหตุของการเกิดโรคได้					
12. การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ จะป้องกันโรคได้					
13. การหลีกเลี่ยงไม่เดินในที่สั่นหรือทางลาดชัน สามารถป้องกันอุบัติเหตุได้					
14. การระมัดระวังในการขึ้นลงบันได จะสามารถป้องกันอุบัติเหตุได้					
15. การพบปะเพื่อนฝูงในชมรมทำให้ท่านมีความสุขสบายใจไม่เครียด					
16. การออกกำลังกายในชมรมทำให้ท่านได้รับรู้ถึงการเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง					
17. การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชมรม ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง					
18. การเข้าร่วมกิจกรรม การนัดพบการทำ ลดความวิตกกังวลในการดูแลสุขภาพตนเอง					
<u>การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและอุบัติเหตุ</u>					
1. การงดของหวานหลังอาหารเย็นเป็นเรื่องที่ปฏิบัติได้ยาก					
2. การเตรียมอาหารที่ทำจากเนื้อปลา ทำให้เสียเวลามาก					
3. การไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลแต่ละครั้ง เป็นเรื่องที่ยุ่งยากและเสียเวลา					
4. การออกกำลังกายเป็นประจำทำให้เสียเวลามาก					
5. แม้รู้สึกอ่อนเพลียท่านก็ไม่มีเวลาพักผ่อน					
6. ท่านไม่ค่อยได้ดูแลสุขภาพตนเองเพราะท่านไม่มีเวลา					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. ท่านไม่สามารถควบคุมการบริโภคอาหารได้ เพราะไม่ได้ปรุงเอง					
8. ท่านไม่ค่อยได้ดูแลสุขภาพตนเองเพราะท่านไม่ มีเวลา					
9. ท่านนอนหลับพักผ่อนน้อยกว่าวันละ 6-8 ชั่วโมงเพราะท่านมีปัญหาสุขภาพ					
10. ท่านมักจะลืมรับประทานยาตามแพทย์สั่งเสมอ					
11. ท่านไม่ชอบทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการดูแลตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของท่าน

โปรดอ่านข้อความอย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวาข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาตรงกับกรปฏิบัติตนของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ทำเป็นประจำสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้น ท่านทำไม่สม่ำเสมอ

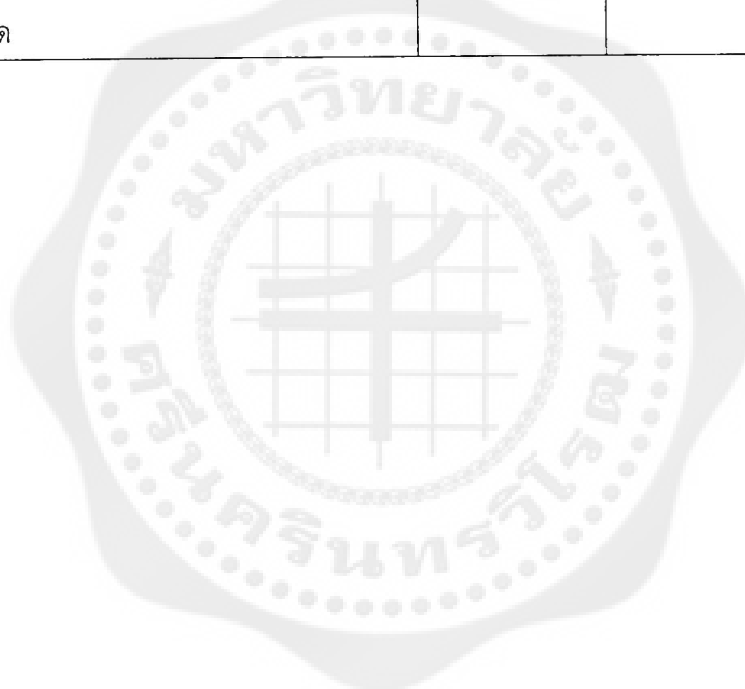
ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้น ท่านไม่ได้ทำเลย

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
<u>การรับประทานอาหาร</u>			
1. ท่านรับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ			
2. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่			
3. ท่านดื่ม นม โอวัลติน			
4. ท่านดื่มน้ำสมุนไพร เช่น น้ำกระเจียว หรือ หญ้าหนวดแมว			
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทปลา			
6. ท่านรับประทานอาหารที่มีใยพืชมาก เช่น ข้าว โพด ถั่ว เม็ดแมงลัก			
7. ท่านรับประทานอาหารผักสด			
8. ท่านรับประทานผลไม้ เช่น กล้วย มะละกอสุก มะม่วง			
9. ท่านรับประทานถั่ว เต้าหู้ น้ำเต้าหู้			
10. ท่านหมั่นเวียนชนิดของอาหารไม่ให้ซ้ำ			
11. ท่านรับประทานอาหารที่ชอบได้ทุกมื้อ			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
<u>การออกกำลังกาย</u>			
1. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินหรือบริหารร่างกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที- 1 ชั่วโมง			
2. ก่อนออกกำลังกาย ท่านมีการยืดเส้นยืดสายเตรียมตัวให้มีความพร้อมก่อน			
3. หลังการออกกำลังกายท่านมีการผ่อนคลายเพื่อให้ร่างกายสู่ภาวะปกติก่อนหยุดออกกำลังกาย			
4. นอกจากการออกกำลังกายท่านได้ทำกิจกรรมอย่างอื่น เช่น ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน มีงานอดิเรกอื่น ๆ			
5. ท่านจะหยุดออกกำลังกายทันที เมื่อรู้สึกไม่สบาย หน้ามืด ใจสั่น			
6. ท่านจะออกกำลังกายเวลาเดียวกันทุกวัน			
7. ท่านออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์ช่วย			
8. ท่านออกกำลังกายกลางแจ้งมากกว่าในร่ม			
9. ก่อนออกกำลังกายท่านอบอุ่นร่างกาย 3-5 นาทีขึ้นไป			
<u>การกำจัดความเครียด</u>			
1. ท่านค้นหาสาเหตุความเครียด			
2. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ วางเฉย			
3. ท่านไปวัดสันทนาธรรมกับพระสงฆ์ในวันสำคัญทางศาสนา			
4. ท่านปรึกษาเพื่อนและญาติเมื่อมีปัญหา			
5. ท่านระบายความรู้สึกโกรธ โมโห ด้วยการออกกำลังกาย ไปเที่ยว ไปดูภาพยนตร์			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
6. ท่านปรึกษาผู้อื่นเพื่อระบายความทุกข์หรือคับ ข้องใจ			
7. ท่านจะไปซื้อของกับเพื่อนสนิท			
8. ท่านชอบฟังเพลง ร้องเพลง เมื่อท่านมีความสุข			
9. ท่านมักจะยิ้มแย้มและมีอารมณ์ขัน			
10. ท่านร้องไห้เสียใจกับการสูญเสียของหรือคน ที่ท่านรัก			
<u>การป้องกันอุบัติเหตุ</u>			
1. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด			
2. ท่านจัดบ้านให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ			
3. ท่านอยู่ในที่ๆ มีแสงสว่างเพียงพอ			
4. ท่านไม่ฝืนทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเมื่อรู้สึก อ่อนเพลีย			
5. ท่านข้ามถนนบริเวณทางม้าลายหรือใช้สะพาน ลอย			
6. ท่านไม่ใช่แว่นตาที่เสื่อมสภาพหรือไม่เหมาะสม กับสายตา			
7. ท่านไม่เปลี่ยนนอริยาบถต่างๆ อย่างรวดเร็ว			
8. ท่านวัดความดันโลหิตประจำปี			
9. ท่านขึ้นลงบันไดด้วยความระมัดระวัง			
10. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจนแน่น ท้อง			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
11. ท่านตรวจสอบพื้นปloom แวนดา หรือไม่เท่า			
12. ท่านสวมรองเท้าที่พอดี เดินสบาย			
13. ท่านระมัดระวังในการใช้รถประจำทาง			
14. ท่านหลีกเลี่ยงการยืนที่บันไดรถประจำทาง			
15. ถ้าท่านขับรถเองท่านปฏิบัติตามหลักการขับ รถอย่างเคร่งครัด			



ภาคผนวก ค
คุณภาพเครื่องมือ



คุณภาพเครื่องมือ

ตาราง 10 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ		ความเชื่อด้านสุขภาพ		ความเชื่อด้านสุขภาพ	
ข้อ	r	ข้อ	r	ข้อ	r
1	5.96	20	7.36	39	3.96
2	4.56	21	7.16	40	2.15
3	5.75	22	5.82	41	3.03
4	6.01	23	6.35	42	3.36
5	5.37	24	6.59	43	4.17
6	6.39	25	6.79	44	2.69
7	5.35	26	5.52	45	2.99
8	6.12	27	2.39	46	5.40
9	5.77	28	4.42	47	6.61
10	6.46	29	2.76	48	5.23
11	5.87	30	2.83	49	5.17
12	7.29	31	2.45	50	5.02
13	6.91	32	3.47	51	4.95
14	6.29	33	4.01	52	5.50
15	7.41	34	5.12	53	5.93
16	5.15	35	4.53	54	5.75
17	5.22	36	4.76	55	3.02
18	6.90	37	2.69	56	5.18
19	5.90	38	3.47	57	5.35

ค่าความเชื่อมั่น = 0.86

ตาราง 11 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง		พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
ข้อ	r	ข้อ	r
1	2.56	24	4.63
2	5.20	25	5.25
3	3.23	26	4.92
4	4.5	27	2.80
5	3.88	28	5.59
6	4.37	29	3.31
7	4.38	30	2.63
8	3.19	31	3.96
9	3.85	32	4.90
10	4.42	33	3.16
11	2.79	34	3.89
12	3.73	35	3.04
13	3.54	36	4.25
14	4.51	37	3.72
15	5.18	38	2.58
16	3.70	39	2.91
17	3.99	40	3.76
18	2.75	41	2.67
19	4.58	42	3.17
20	5.77	43	3.75
21	2.85	44	2.64
22	3.80	45	2.97
23	2.36		

ค่าความเชื่อมั่น = 0.79



เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน
ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครตามตัวแปร

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติของการดูแลตนเองในด้าน
ต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน ตามตัวแปร

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
เพศ					
1. ด้านการรับประทานอาหาร	ชาย	77	1.29	0.28	ปานกลาง
	หญิง	373	1.35	0.28	ดี
	รวม	450	1.33	0.28	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	ชาย	77	1.34	0.42	ดี
	หญิง	373	1.41	0.38	ดี
	รวม	450	1.40	0.29	ดี
3. ด้านการกำจัดความเครียด	ชาย	77	1.11	0.35	ปานกลาง
	หญิง	373	1.16	0.35	ปานกลาง
	รวม	450	1.15	0.35	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	ชาย	77	1.65	0.28	ดี
	หญิง	373	1.72	0.27	ดี
	รวม	450	1.71	0.27	ดี
การดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน	ชาย	77	1.35	0.25	ดี
	หญิง	373	1.41	0.25	ดี
	รวม	450	1.41	0.25	ดี

ตาราง 12 (ต่อ)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
	อายุ				
1. ด้านการรับประทานอาหาร	60-65	169	1.33	0.28	ปานกลาง
	66-70	144	1.36	0.27	ดี
	71-75	83	1.37	0.28	ดี
	75+	54	1.27	0.27	ปานกลาง
	รวม	450	1.33	0.28	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	60-65	169	1.40	0.37	ดี
	66-70	144	1.40	0.37	ดี
	71-75	83	1.43	0.41	ดี
	75+	54	1.43	0.44	ปานกลาง
	รวม	450	1.40	0.39	ดี
3. ด้านการกำจัดความเครียด	60-65	169	1.15	0.35	ปานกลาง
	66-70	144	1.18	0.35	ปานกลาง
	71-75	83	1.13	0.37	ปานกลาง
	75+	54	1.13	0.38	ปานกลาง
	รวม	450	1.15	0.36	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	60-65	169	1.69	0.28	ดี
	66-70	144	1.71	0.27	ดี
	71-75	83	1.71	0.27	ดี
	75+	54	1.72	0.25	ดี
	รวม	450	1.71	0.27	ดี
การดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน	60-65	169	1.39	0.24	ดี
	66-70	144	1.41	0.25	ดี
	71-75	83	1.41	0.26	ดี
	75+	54	1.36	0.25	ดี
	รวม	450	1.40	0.25	ดี

ตาราง 12 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
การศึกษา					
1. ด้านการรับประทานอาหาร	ต่ำกว่าประณม	94	1.29	0.27	ปานกลาง
	ประณมศึกษา	190	1.35	0.28	ดี
	มัธยมศึกษา	111	1.35	0.27	ดี
	อุดมศึกษา	55	1.38	0.29	ดี
	รวม	450	1.34	0.28	ดี
2. ด้านการออกกำลังกาย	ต่ำกว่าประณม	94	1.28	0.48	ปานกลาง
	ประณมศึกษา	190	1.42	0.37	ดี
	มัธยมศึกษา	111	1.44	0.38	ดี
	อุดมศึกษา	55	1.45	0.29	ดี
	รวม	450	1.40	0.39	ดี
3. ด้านการกำจัดความเครียด	ต่ำกว่าประณม	94	1.02	0.38	ปานกลาง
	ประณมศึกษา	190	1.19	0.36	ปานกลาง
	มัธยมศึกษา	111	1.17	0.34	ปานกลาง
	อุดมศึกษา	55	1.21	0.31	ปานกลาง
	รวม	450	1.15	0.35	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	ต่ำกว่าประณม	94	1.68	0.31	ดี
	ประณมศึกษา	190	1.71	0.26	ดี
	มัธยมศึกษา	111	1.71	0.26	ดี
	อุดมศึกษา	55	1.76	0.25	ดี
	รวม	450	1.71	0.27	ดี
การดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน	ต่ำกว่าประณม	94	1.32	0.28	ปานกลาง
	ประณมศึกษา	190	1.41	0.23	ดี
	มัธยมศึกษา	111	1.42	0.24	ดี
	อุดมศึกษา	55	1.45	0.23	ดี
	รวม	450	1.40	0.25	ดี

ตาราง 12 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
รายได้					
1. ด้านการรับประทานอาหาร	ต่ำกว่า 3,000 บาท	214	1.33	0.28	ปานกลาง
	3,000-8,000 บาท	162	1.33	0.28	ปานกลาง
	8,001-13,000 บาท	35	1.36	0.28	ดี
	13,000+	39	1.39	0.28	ดี
	รวม	450	1.33	0.28	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	ต่ำกว่า 3,000 บาท	214	1.37	0.41	ดี
	3,000-8,000 บาท	162	1.42	0.39	ดี
	8,001-13,000 บาท	35	1.49	0.31	ดี
	13,000+	39	1.42	0.34	ดี
	รวม	450	1.39	0.39	ดี
3. ด้านการกำจัดความเครียด	ต่ำกว่า 3,000 บาท	214	1.13	0.36	ปานกลาง
	3,000-8,000 บาท	162	1.17	0.36	ปานกลาง
	8,001-13,000 บาท	35	1.16	0.35	ปานกลาง
	13,000+	39	1.19	0.32	ปานกลาง
	รวม	450	1.15	0.36	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	ต่ำกว่า 3,000 บาท	214	1.70	0.26	ดี
	3,000-8,000 บาท	162	1.71	0.28	ดี
	8,001-13,000 บาท	35	1.78	0.23	ดี
	13,000+	39	1.68	0.30	ดี
	รวม	450	1.71	0.27	ดี
การดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน	ต่ำกว่า 3,000 บาท	214	1.38	0.25	ดี
	3,000-8,000 บาท	162	1.40	0.25	ดี
	8,001-13,000 บาท	35	1.45	0.22	ดี
	13,000+	39	1.42	0.23	ดี
	รวม	450	1.40	0.25	ดี

ตาราง 12 (ต่อ)

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
สถานภาพสมรส					
1. ด้านการรับประทานอาหาร	โสด	46	1.32	0.26	ปานกลาง
	คู่	177	1.32	0.27	ปานกลาง
	หย่า/แยก	94	1.34	0.30	ดี
	คู่สมรสเสียชีวิต	133	1.36	0.28	ดี
	รวม	450	1.34	0.28	ดี
2. ด้านการออกกำลังกาย	โสด	46	1.41	0.27	ดี
	คู่	177	1.39	0.41	ดี
	หย่า/แยก	94	1.34	0.44	ดี
	คู่สมรสเสียชีวิต	133	1.43	0.37	ดี
	รวม	450	1.39	0.39	ดี
3. ด้านการกำจัดความเครียด	โสด	46	1.23	0.23	ปานกลาง
	คู่	177	1.11	0.36	ปานกลาง
	หย่า/แยก	94	1.17	0.39	ปานกลาง
	คู่สมรสเสียชีวิต	133	1.17	0.37	ปานกลาง
	รวม	450	1.15	0.36	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	โสด	46	1.70	0.22	ดี
	คู่	177	1.69	0.28	ดี
	หย่า/แยก	94	1.69	0.29	ดี
	คู่สมรสเสียชีวิต	133	1.74	0.26	ดี
	รวม	450	1.71	0.27	ดี
การดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน	โสด	46	1.42	0.16	ดี
	คู่	177	1.38	0.25	ดี
	หย่า/แยก	94	1.39	0.28	ดี
	คู่สมรสเสียชีวิต	133	1.42	0.24	ดี
	รวม	450	1.40	0.24	ดี

ตาราง 12 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S	ระดับการปฏิบัติ
ลักษณะครอบครัว					
1. ด้านการรับประทานอาหาร	อยู่คนเดียว	42	1.27	0.29	ปานกลาง
	อยู่กับคู่สมรส	84	1.32	0.26	ปานกลาง
	อยู่กับลูก/หลาน	207	1.36	0.29	ดี
	อยู่เป็นครอบครัวใหญ่	117	1.32	0.27	ปานกลาง
	รวม	450	1.33	0.28	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	อยู่คนเดียว	42	1.44	0.58	ดี
	อยู่กับคู่สมรส	84	1.35	0.42	ดี
	อยู่กับลูก/หลาน	207	1.41	0.38	ดี
	อยู่เป็นครอบครัวใหญ่	117	1.39	0.39	ดี
	รวม	450	1.40	0.39	ดี
3. ด้านการกำจัดความเครียด	อยู่คนเดียว	42	1.23	0.33	ปานกลาง
	อยู่กับคู่สมรส	84	1.09	0.31	ปานกลาง
	อยู่กับลูก/หลาน	207	1.14	0.37	ปานกลาง
	อยู่เป็นครอบครัวใหญ่	117	1.19	0.37	ปานกลาง
	รวม	450	1.15	0.36	ปานกลาง
4. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	อยู่คนเดียว	42	1.73	0.24	ดี
	อยู่กับคู่สมรส	84	1.69	0.26	ดี
	อยู่กับลูก/หลาน	207	1.72	0.28	ดี
	อยู่เป็นครอบครัวใหญ่	117	1.69	0.28	ดี
	รวม	450	1.71	0.27	ดี
การดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน	อยู่คนเดียว	42	1.42	0.23	ดี
	อยู่กับคู่สมรส	84	1.36	0.23	ดี
	อยู่กับลูก/หลาน	207	1.41	0.26	ดี
	อยู่เป็นครอบครัวใหญ่	117	1.40	0.25	ดี
	รวม	450	1.40	0.24	ดี

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ทั้ง 4 ด้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร**

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การกำจัดความเครียดและป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	n	Y	p-value
- การรับประทานอาหาร	450	0.184	.00
- การออกกำลังกาย	450	0.176	.00
- การกำจัดความเครียด	450	0.234	.00
- การป้องกันอุบัติเหตุ	450	0.244	.00
รวม		0.272	.00
การรับรู้ความรุนแรงกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			
- การรับประทานอาหาร	450	0.258	.00
- การออกกำลังกาย	450	0.231	.00
- การกำจัดความเครียด	450	0.282	.00
- การป้องกันอุบัติเหตุ	450	0.324	.00
รวม		0.329	.00
การรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง			
- การรับประทานอาหาร	450	0.316	.00
- การออกกำลังกาย	450	0.377	.00
- การกำจัดความเครียด	450	0.345	.00
- การป้องกันอุบัติเหตุ	450	0.278	.00
รวม		0.418	.00

ตาราง 13 (ต่อ)

การรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	n	$\bar{Y}$	p-value
- การรับประทานอาหาร	450	-.097	.039
- การออกกำลังกาย	450	-.107	.023
- การกำจัดความเครียด	450	.049	.298
- การป้องกันอุบัติเหตุ	450	-.106	.025
รวม		-.081	.087



ภาคผนวก จ
ประวัติผู้วิจัย



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์

Assistant Professor. Viriya Sukwongs

รหัสประจำตัว 100724

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8

วุฒิการศึกษา

ระดับ ปริญญา	อักษรย่อปริญญา ชื่อเต็ม	สาขา วิชาเอก	ชื่อสถาบัน การศึกษา	ประเทศ
ประกาศนียบัตร	ประกาศนียบัตรพยาบาล และผดุงครรภ์และอนามัย	พยาบาล ผดุงครรภ์และ อนามัย	วิทยาลัย พยาบาล กรุงเทพฯ	ไทย
อนุปริญญา	อนุปริญญาพยาบาล สาธารณสุข	พยาบาล สาธารณสุข	ม.มหิดล	ไทย
ตรี	วท.บ./วิทยาศาสตร์ บัณฑิต	พยาบาล สาธารณสุข	ม.มหิดล	ไทย
โท	วท.บ./วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต	สาธารณสุข ศาสตร์	ม.มหิดล	ไทย

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2512-2517	พยาบาลตรี	โรงพยาบาลมหาราช จ.นครศรีธรรมราช
พ.ศ. 2517-2536	วิทยาจารย์ ระดับ 4,5,6	แผนกวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2536-2540	อาจารย์ ระดับ 7	ภาควิชาสุขศึกษา มศว
พ.ศ. 2540-ปัจจุบัน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8	ภาควิชาสุขศึกษา มศว

ประสบการณ์การวิจัย

- พ.ศ.2531 วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล
ในสังกัดกองงานวิทยาลัยพยาบาล (หัวหน้าโครงการ)
- พ.ศ.2541 ร่วมวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบพฤติกรรมเจ็บป่วยของประชาชนในเขต
ชนบท กรณีศึกษาในตำบลหนองแสง และตำบลปากพลี จ.นครนายก