

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์
ของ
นางลักษณ์ ศรีสุจริต

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2548
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

นางลักษณ์ ศรีสุจิริต

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2548

นางลักษณ์ ศรีสุจริต (2548) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการ
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
ปริญญาโท วท.ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ คณะกรรมการควบคุม รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที,
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริม
สุขภาพ ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จักรวรรดิศึกษา
ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ มีคุณค่า
ในตนเอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน
200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ
ANOVA และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation
coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

- 1 ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี
- 2 ผู้สูงอายุ ที่มี อายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการ
ส่งเสริมสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน
- 3 ตัวแปรตาม การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ
แรงสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากร ตัวแปรตาม/มีความ
สัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 แต่ตัวแปรความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์ กับ การรับรู้ความสามารถตนเอง
ในการส่งเสริมสุขภาพ

FACTORS RELATED TO PERCEIVED SELF - EFFICACY FOR HEALTH
PROMOTING SELF-CARE OF ELDERLY AT BANGKAE HOME, BANGKOK

AN ABSTRACT
BY
NONGLUK SRISUTJARIT

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Science Degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 2005

Nongluk Srisutjarit (2005) *Factors Related to Perceived Self - efficacy for Health Promoting Self - care of Elderly at Bangkae Home Bangkok* Master thesis
M Sc (Health Education) Bangkok Graduate School, Srinakharinwirot
University Advisor Committee Assoc Prof Dr Thada Wimonwatwatee,
Assist Prof LT JG Dr Paiboon Onmung

The objectives of this study was to determine factors related to perceived self - efficacy for health promoting self - care of elderly at Bangkae Home Bangkok The study variables were age, educational levels perceived self - efficacy on health practice, self - esteem family support, and friends and health personnel support

The Samples in this study were 200 elderly at Bangkae Home The were selected by simple random sampling Data were gathered by using questionnaires constructed by the researcher and the data were analyzed through percentage mean standard deviation, One - way ANOVA and Pearson product moment correlation

The result were as follows

- 1 The elderly had good level on perceived self - efficacy for health promoting self - care
- 2 The elderly with different age and educational levels had no significant differences in perceived self - efficacy for health promoting self - care
- 3 The independent variables, perceived self - efficacy on health practice family support, and friends and health personnel support, had statistically significant positively correlated with perceived self - efficacy for health promoting self - care of the elderly at .05 level However, the self - esteem of the elderly had no significant correlation with perceived self - efficacy for health promoting self - care of the elderly in this study

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

ของ

นางลักษณ์ ศรีสุจรีต

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

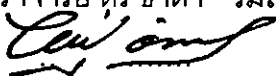
วันที่ ๒๖ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



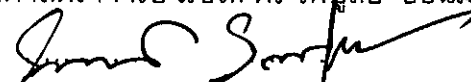
ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที)



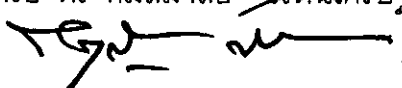
กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อาจารย์ ดร. กมลมาลย์ วิรัตน์ศรีสุสน)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กฤตกรณ์ ประทุมวงษ์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร ธาดา วิมลวัตรเวที ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร ไพบุญย์ อ่อนมั่ง กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และอาจารย์ ดร กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน ที่ได้กรุณา สละเวลาในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ และให้กำลังใจ ตลอดจนช่วย ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส บัณฑาสพงษ์ อาจารย์ ดร ทรงพล ต่อนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลักขณา ยอดกลกิจ ศาสตราจารย์ กาญจนา ศิริเจริญวงศ์ และอาจารย์ นงลักษณ์ นฤวัตร ที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม และให้คำแนะนำในการสร้าง เครื่องมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชราบางพลี มูลนิธิร่วมกุศลวิวัฒนาวาส อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ผู้อำนวยการบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร เจ้าหน้าที่และ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานครทุกท่าน ที่ได้กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อสถิตย์ คุณแม่ราตรี ศรีสุจริต น ส ภูมิกิจ ศรีสุจริต น ส พวงเพชร ศรีสุจริต น ส เพ็ญรุ่ง ศรีสุจริต นายปราวการ ศรีสุจริต นายกริช มีคุณ พี่ๆน้องๆ ทุกคนในครอบครัว และเพื่อนๆทุกคนที่ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจสำคัญให้กับผู้วิจัยตลอดมา จนทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ในที่สุด

นงลักษณ์ ศรีสุจริต

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	4
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	5
ตัวแปรที่ศึกษา	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	9
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	9
การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพ	10
แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	14
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเอง	18
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	30
แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุน	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	36
งานวิจัยในต่างประเทศ	36
งานวิจัยในประเทศ	40
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	45
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	45
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	45
ลักษณะของเครื่องมือ	45
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	46
เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย	47
การหาคุณภาพเครื่องมือ	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	50

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	50
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	52
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	51
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	55
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	70
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า	70
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	70
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	70
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	71
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	72
อภิปรายผล	73
ข้อเสนอแนะ	79
บรรณานุกรม	81
ภาคผนวก	87
ภาคผนวก ก	87
ภาคผนวก ข	91
ภาคผนวก ค	103
ประวัติย่อผู้วิจัย	114

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและคำร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร	57
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับการปฏิบัติตัว ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน	59
3	จำนวน ร้อยละ ของระดับความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ใน 3 อันดับแรก และ 3 อันดับหลัง	60
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความคิดเห็น ความมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน	61
5	จำนวน ร้อยละ ของระดับความรู้สึกคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ใน 3 อันดับแรก และ 3 อันดับหลัง	61
6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความคิดเห็น แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ	62
7	จำนวน ร้อยละ ของระดับความคิดเห็นแรงสนับสนุนจากครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ใน 3 อันดับแรก และ 3 อันดับหลัง	63
8	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความคิดเห็น แรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชรา	64
9	จำนวน ร้อยละ ของระดับความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน สมาชิกและเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ใน 3 อันดับแรกและ 3 อันดับหลัง	64
10	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนการรับรู้ ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายด้านและรายรวม	66
11	จำนวน ร้อยละ ของระดับคะแนนการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ใน 3 อันดับแรกและ 3 อันดับหลัง	67
12	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา	68

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
13	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความมีคุณค่าในตนเอง ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชรา	69
14	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	103
15	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	103
16	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	104
17	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา	104
18	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านโภชนาการ	105
19	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการออกกำลังกาย	105
20	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับมือต่อสุขภาพ	106
21	แสดงค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการจัดการความเครียด	106
22	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของระดับความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ	107
23	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของระดับความรู้สึกคุณค่าในตนเอง	107
24	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของระดับความคิดเห็นแรงสนับสนุนจากครอบครัว	108
25	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของระดับความคิดเห็นแรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา	109

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
26 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านโภชนาการ	. 110
27 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านการออกกำลังกาย	. 111
28 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านการรับมือต่อสุขภาพ	112
29 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้านการจัดการความเครียด	112

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

7

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นซึ่งรวมทั้งประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยด้วย อัตราการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 12 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 (ร้อยละ 4.6 ของประชากรทั้งหมด) เป็น 40.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 และคาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุถึง 12 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 (ร้อยละ 15.7 ของประชากรทั้งหมด) (บรรลุ ศิริพานิช 2535 : 432)

สุวิชา จันทรสุริยกุล (2538 : 1) ได้รายงานเกี่ยวกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยเมื่อปี พ.ศ. 2530 อายุขัยเฉลี่ยของประชากรชาย-หญิงไทย มีอายุขัยเฉลี่ย 53.64 ปีและ 58.74 ปี ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2533 เพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 62.24 ปี ส่วนเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 66.19 ปี และในปี พ.ศ. 2544 พบว่าเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 68.15 ปี ส่วนเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 72.39 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอายุยืนยาวกว่าอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 10-15 ปี นั่นคือมีอายุประมาณ 75-90 ปี หรือมากกว่า จากสถิติการเพิ่มทั้งจำนวนและอายุขัยในผู้สูงอายุไทยนี้ ทำให้ความต้องการด้านบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งความต้องการบริการในภาวะสุขภาพทั่วไปและภาวะเจ็บป่วย ดังนั้น การที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่นนี้ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน ซึ่งรัฐบาลได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวนี้ ดังจะเห็นได้จากรัฐบาลได้กำหนดนโยบายและมาตรการของแผนงานระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุขึ้น (พ.ศ. 2525 - 2545) เพื่อใช้เป็นแผนแม่บทสำหรับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม (อรพินท์ บุนนาค 2537 : 28-30) นอกจากนี้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ยังได้เน้นการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัยและดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า สำหรับการส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งงานส่งเสริมสุขภาพเน้นให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองเพื่อเป็นการพัฒนาผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงตามวัย และดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า ลดการเกิดโรค ความพิการต่างๆที่อาจพบได้บ่อยๆในผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข 2540 : 177,183)

ปัญหาสุขภาพ เป็นปัญหาหลักในผู้สูงอายุไทย (นภาพร ชัยวรรณและมาลินี วงษ์สิทธิ์ 2535 : 7-10) พบว่าปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 40-80 มีโรคเรื้อรัง โรคที่มีผลต่อผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ โรคที่เกิดจากวิถีชีวิต(Lifestyle disease)เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคของระบบหัวใจ และหลอดเลือด (Geyer 1990 : 33) จากการศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพ ของผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร ของอารมณ วุฒิพฤษ และคณะ (2537

45) พบว่าผู้สูงอายุไทยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมากถึงร้อยละ 50.38 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคตา ไตเรื้อรัง และหอบหืด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ เหมะธร และคณะ (2535 ข) รายงานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดข้อ ร้อยละ 69 ปัญหาการเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 59 มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ร้อยละ 36 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.7 เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบร้อยละ 40 ของการตายในผู้สูงอายุไทยเกิดจากโรคหัวใจ วัณโรคปอด มะเร็ง -เนื้องอก และโรคหลอดเลือดในสมอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ เป็นโรคที่เกิดสืบเนื่องจากวิถีชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น มีความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า สำหรับครอบครัวและสังคม มีความเจ็บป่วยเป็นภาระแก่ลูกหลาน ทำให้มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเพศชายพบว่ามีอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากการสูญเสียคู่ชีวิต การขาดเพื่อน ทำให้รู้สึกอ้างว้าง เหงา และท้อแท้ในชีวิตซึ่งอาจจะมีปฏิกิริยาแยกตัวจากสังคม (นิศา ชูโต 2535 45) ประกอบกับสังคมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป สภาพเศรษฐกิจที่ตกต่ำและมีการแข่งขันสูง ทำให้บุตรหลานส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เต็มที่ (อาภา ใจงาม 2537 290) ทำให้ผู้สูงอายุร้อยละ 5 ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2535 18) ซึ่งถ้าผู้สูงอายุขาดความตระหนักในคุณค่า และความสามารถในตนเองของการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ขาดการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ก็จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เรื้อรังตามมา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรคพร้อมๆ กันทั้งโรคเรื้อรัง และโรครักษาไม่คอยได้ผล บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2535 75-76) กล่าวว่าอดีตนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพเคยเชื่อกันว่าโรคของผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมชราของสังขาร และเข้าใจว่าผู้สูงอายุทุกคนจะต้องเป็นเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อนสิ้นอายุขัย แต่ภายหลังที่คณะแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยดุ๊กประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ทำการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมดนั้นที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังก่อนสิ้นอายุขัย บุคคลในวัยทั่วไปที่มีการดูแลสุขภาพดีก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ มักจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง โรคต่างๆที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและเกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิต หรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคที่พบในผู้สูงอายุมักเป็นโรคที่สามารถป้องกันและสามารถลดความเสี่ยงได้โดยการให้ความสนใจการดูแลสุขภาพ ซึ่งการดูแลตนเองเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตพร้อมด้วยภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี (สมจิตร หนูเจริญกุล 2537 23)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว และการมีอายุขัยที่ยาวขึ้นของผู้สูงอายุย่อมก่อให้เกิดปัญหาความต้องการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องการสถานสงเคราะห์ และสถานพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพหรือผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคประจำตัวเรื้อรัง จากรายงานการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพ

พบว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลวิธีที่สำคัญ ที่นักวิชาการสุขภาพให้การยอมรับมากที่สุดในปัจจุบัน โดยเชื่อว่าการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการสนับสนุนวิถีชีวิตให้มีสุขภาพดี (Healthy Lifestyle) (Gott & O' Brien 1990 , Downie ,Tannahill,1996 , Pender 1996 , Green & Krueter, 1991 , วสันต์ ศิลปสุวรรณ 2536 , สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 2536)

เพนเดอร์ (Pender 1987 57 - 72) ได้กล่าวว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก (Well-being) การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆ การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่างๆเพื่อลดความเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ เพนเดอร์ (Pender 1987 57 - 72,144) ยังได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) นั้นเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต เพื่อยกระดับความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิต

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ พบว่าตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self – efficacy) ตัวแปรที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Davidson, 1988 , Pender 1996 , มนัสนันท์ พรเจริญโรจน์ 2543 , พิรพันธ์ วิศาลสกุลวงศ์ 2544) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ทำให้ทราบว่ามียังปัจจัยใดบ้าง ที่จะสามารถกระตุ้นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ซึ่งในการศึกษาผู้วิจัยจะทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ และพักในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ลักษณะของผู้สูงอายุที่ศึกษามีความหลากหลาย ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

- 1 เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
- 2 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา
- 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้นักศึกษา และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพใช้ในการวางแผนสร้าง โปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา

ข้อตกลงเบื้องต้น ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีคุณสมบัติดังนี้

- 1 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และสามารถตัดสินใจ ประกอบกิจกรรมอื่นๆ ได้ด้วยตนเอง
- 2 สามารถอ่านออก เขียนได้ และสื่อสารรู้เรื่อง

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร มีจำนวน 320 คน (สถิติประจำปี พ.ศ. 2546)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครซี และมอร์แกน (Krejcie and Morgan 1960-99) และใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

- 1 1 อายุ
- 1 2 ระดับการศึกษา
- 1 3 ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในตนเอง
- 1 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- 1 5 แรงสนับสนุนจากครอบครัว
- 1 6 แรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์

2 ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

หมายถึง การตัดสินใจพิจารณาความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ ที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้บรรลุผลสำเร็จเพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ สุขและมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้

1 1 ด้านโภชนาการ (Nutrition) หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารเพื่อให้ได้รับ สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ มีคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย

1 2 ด้านการออกกำลังกาย (Exercise and physical activity) หมายถึง วิธีการและความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืน และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถต่าง ๆ

1 3 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) หมายถึง การดูแล ตนเองทั่วไป และการใช้ระบบบริการสุขภาพ เช่น การประเมินเกี่ยวกับการเอาใจใส่ดูแล และรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การหาความรู้ด้านสุขภาพ และแสวงหาความช่วยเหลือจาก บุคลากรด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น

1 4 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) หมายถึง กิจกรรมที่ ผู้สูงอายุกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และแบบ แผนการนอนหลับ

2. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการและพักในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

3. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีบริบูรณ์ของผู้สูงอายุ

4. ระดับการศึกษา

หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษา แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ 2537 25-26)

4 1 ประถมศึกษา

4 2 มัธยมศึกษา

4 3 ปริญญาตรี

4 4 สูงกว่าปริญญาตรี

5. ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ

หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าสามารถปฏิบัติในแต่ละวันได้ด้วยตนเอง ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล และกิจกรรมที่ทางสถานสงเคราะห์คนชราจัดให้

6 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติที่ผู้สูงอายุมีต่อตนเองด้านความสำคัญ ความสามารถ คุณค่าที่ดี ความพึงพอใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลใกล้ชิด

7. แรงสนับสนุนจากครอบครัว

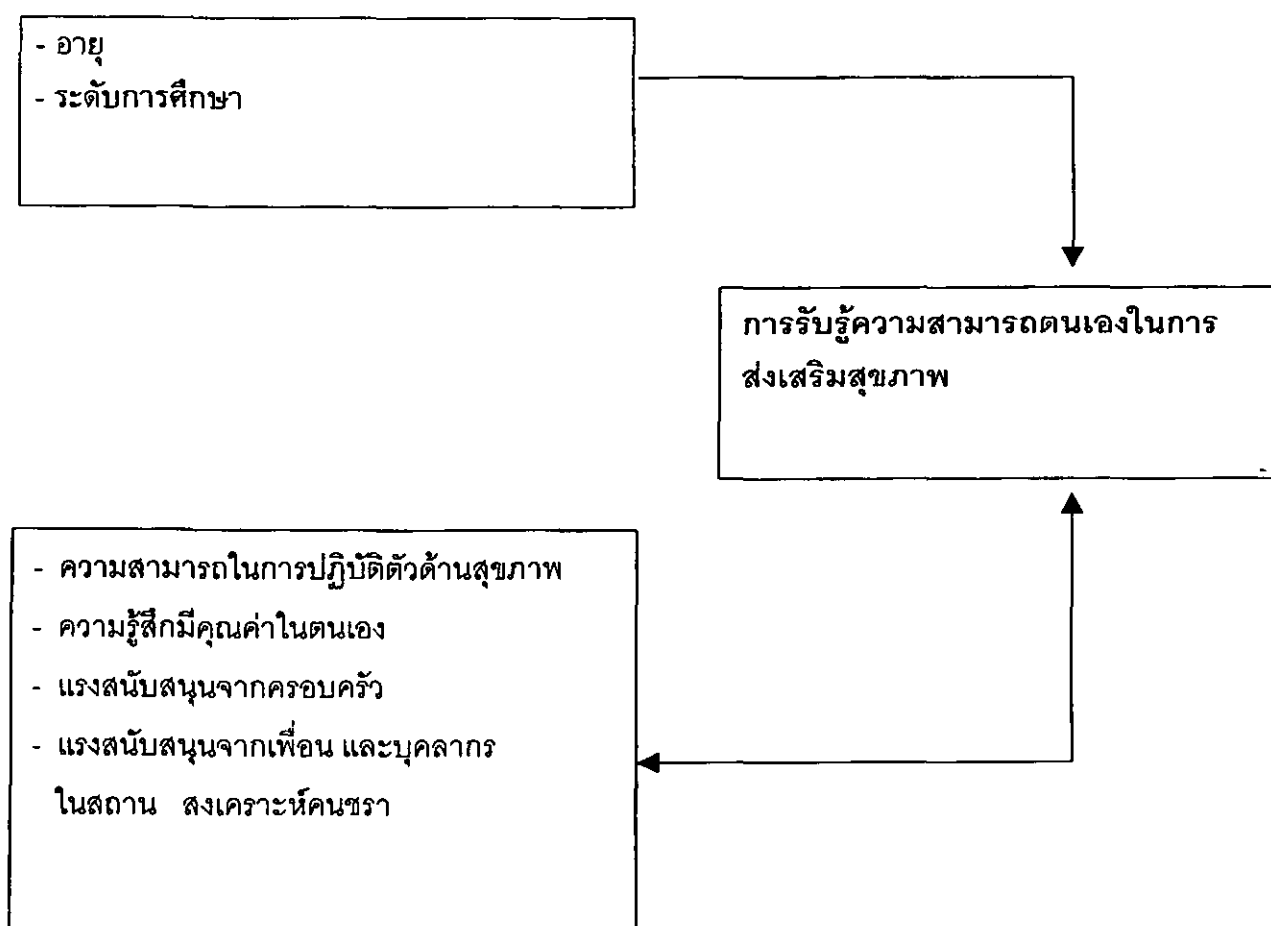
หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การยอมรับ การช่วยเหลือต่างๆ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการประคับประคอง การช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส ลูก หลาน บุคคลในครอบครัว รวมถึงบุคคลอื่น ๆ

8 แรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์

หมายถึงการ ที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกที่อาศัยร่วมกันในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค และแรงสนับสนุนที่ได้รับจากบุคลากรของสถานสงเคราะห์ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูราที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทฤษฎี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่าง ประเทศที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบ

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

- 1 ผู้สูงอายุ ที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
- 2 ผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
- 3 ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 4 ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 5 แรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 6 แรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

- 1 1 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 1 2 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
- 1 3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง
- 1 4 แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

- 2 1 งานวิจัยในต่างประเทศ
- 2 2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ (Aging , Elderly) คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกัน ให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช 2526 40 , สกุล เจนอบรม 2534 3) และเป็นผู้ที่มีความเสื่อมของเซลล์ร่างกาย จากการมีอายุขัยเพิ่มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพ ความแก่ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอย่างช้า ๆ ในผู้สูงอายุ อัตราการเสื่อมของร่างกายมีมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้านครอบครัวและสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ร่างกายเกือบทุกระบบ โดยในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานน้อยลง ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เห็นได้ชัด ได้แก่

ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีและนิ่มลง ต่อมเหงื่อจำนวนและขนาดลดลง การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่ดี ต่อมไขมันทำงานลดลง ผมและขนมีจำนวนลดลง เซลล์สร้างสีผมลดลง กลายเป็นสีเทาหรือขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย

ระบบประสาทและประสาทสัมผัสพิเศษ ขนาดและน้ำหนักรับรู้รวมทั้งจำนวนของเซลล์สมองลดลง มีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น ความรู้สึก สติปัญญาเสื่อมลง การเคลื่อนไหวและความคิดช้า จำเรื่องอดีตได้มากกว่าเรื่องปัจจุบัน ความกระตือรือร้นลดลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

ตาและการมองเห็น ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึก เพราะไขมันลูกตาลดลงกล้ำมเนื้อลูกตาเสื่อม การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้ง สายตายาวขึ้นความสามารถในการแยกสีลดลง ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง ความไวในการมองเห็นลดลง

หูและการได้ยิน อาจสูญเสียการได้ยิน ความไวต่อการรับคลื่นความถี่สูงนั้น ลดลง การรับเสียงในหูชั้นในเปลี่ยนแปลง

การรับรสของลิ้น จะเสียไปประมาณร้อยละ 10 - 30 เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง การพูดจะมีน้ำเสียงเปลี่ยนไป เสียงเบาขาดน้ำหนัก ขาดความเข้มแข็ง และเสียงต่ำกว่าระดับปกติพูดช้าลง

การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเย็น ความรู้สึกเจ็บปวดทั้งภายในและภายนอกในร่างกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก จำนวนกล้ามเนื้อลดลง และมีพังผืดเข้ามาแทนที่ ทำให้ความทนทานและความไวลดลง อาจเป็นสาเหตุให้เคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อไม่มีแรง จึงหกล้มได้ง่าย และในวัยผู้สูงอายุ การมีความสามารถเคลื่อนไหวได้ดี แสดงถึงการพึ่งพาตนเองได้ ช่วยเพิ่มความมีคุณค่าให้ตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ และไม่ต้องเป็นภาระให้แก่ผู้อื่น นอกจากนี้มืออาจจะสั่น ทำให้จับสิ่งของไม่มั่น ของจึงอาจหลุดมือบ่อย ๆ และจากการอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงและกระดูก อาจทำให้การหายใจหรือปอดขยายไม่เต็มที่ การหย่อนกำลังของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ทำให้การถ่ายอุจจาระและปัสสาวะลำบาก และนอกจากนี้กล้ามเนื้อยังเป็นแหล่งสะสมไกลโคเจน และโปรตีนตามธรรมชาติ การที่มีไกลโคเจนและโปรตีนน้อยลงในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเสี่ยงสูง เมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัด เพราะหลังผ่าตัดเกิดการ

เสียสมดุลในไตรเจน และเนื้อเยื่อสลายออก ยิ่งให้นอนเฉยๆ หรือใส่เฝือกยิ่งทวีความรุนแรง ของการเสียสมดุลในไตรเจนมากขึ้น

โครงกระดูก พบว่ากระดูกมักเสื่อมและแคลเซียมละลายออก ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ และผลจากการเปลี่ยนแปลงทางกระดูกทำให้เกิดหลังโก่งหรือค่อมได้ และมีโครงร่างเล็ก นอกจากนี้ความแข็งแรงของกระดูกก็น้อยลง กระดูกจึงเปราะและหักง่าย ข้อต่ออาจเกิดการอักเสบจากกระดูกงอกตามข้อใหญ่ๆ หรือเกิดข้ออักเสบรูห์มาตอยด์ ตามข้อต่างๆ เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง เป็นเหตุให้การเคลื่อนไหวติดขัด ไม่คล่องตัว และปวดข้อต่างๆ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง การบีบตัวของหัวใจจึงลดน้อยลง เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ก็น้อยลง ปัญหาด้านการไหลเวียนโลหิต ในผู้สูงอายุจึงพบได้เสมอๆ เกี่ยวกับอุบัติเหตุเกี่ยวกับเส้น โลหิตในสมอง ซึ่งเกิดได้ทันทีทันใด ทั้งนี้มักเป็นผลมาจากไขมันจับ หรือเกาะสะสมกันอยู่ตามผนังของเส้นโลหิต (Atherosclerosis) หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นโลหิตเอง (Atherosclerosis) แล้วทำให้เส้นโลหิตตีบแคบลงหรือตัน ทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หรือบางแห่งเส้นโลหิตอาจโป่งหรือแตกออก (Aneurysm) หรือมีการแตกของเส้นโลหิต ล้วนแล้วแต่เป็นผลเสียต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น เมื่อสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอด้วยเหตุใดก็ตาม จะทำให้หน้าที่การทำงานของสมองเสื่อมลง อาจทำให้ความจำเสื่อม นอนไม่หลับ หงุดหงิด พุดซ้ำซาก ในรายที่มีเส้นโลหิตแตกในสมอง จะมีผลกระทบต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น อัมพาต พุดไม่รู้เรื่อง พุดไม่ชัด ลิ้นแข็ง นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุ มีการเคลื่อนไหวน้อย จะทำให้การไหลเวียนของโลหิตช้าลงหรือหยุดไหล ก่อให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ และภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Thrombophlebitis) ที่ส่วนล่างของแขนขาได้ง่าย

ระบบทางเดินหายใจ ขนาดของหลอดลมและปอดใหญ่ขึ้น แต่น้ำหนักเบาลงความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เนื้อเยื่อปอดมีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การซึมซาบออกซิเจนในปอดลดลงด้วย การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง เพราะมีแคลเซียมเกาะที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้น รูปร่างทรงงอกเปลี่ยนแปลง หลังโค้งงอ ทำให้ความจุปอดลดลง ปริมาณอากาศค้างในปอดมากขึ้น ทำให้การหายใจลำบาก โดยเฉพาะการหายใจออกเมื่อนอนราบ จะรู้สึกหายใจไม่สะดวกจึงต้องหายใจทางปาก ทำให้ปากแห้ง กล้องเสียงหย่อน ทำให้เสียงเปลี่ยน และอาจมีหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และมีถุงลมโป่งพองได้

ระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงในปาก ฟันห่าง เหงือกถอยร่น บางคนจำเป็นต้องถอนฟันและใส่ฟันปลอมทั้งชุด เหล่านี้เป็นผลกระทบต่อการเคี้ยว บดอาหาร ทำให้การรับรส

อาหารไม่ดี รับประทานอาหารไม่อร่อยจนมักยังดมกลืนผิดไปจากเดิมอีกด้วย ประสิทธิภาพการย่อยอาหารและการดูดซึมของสารอาหารจะลดลงด้วย เพราะเซลล์ที่ผลิตน้ำย่อยลดน้อยลง อาหารจึงถูกย่อยไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะอาหารพวกไขมันและกรดเกลือในกระเพาะลดจำนวนลง จึงทำให้เหล็กถูกดูดซึมได้น้อย ทำให้เกิดโรคโลหิตจางง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังบริโภคอาหารที่ไม่ค่อยมีกาก ประกอบกับการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารช้าลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการท้องผูก เวลาถ่ายอุจจาระต้องเบ่งถ่ายมาก ระยะหลังมักเป็นริดสีดวงทวาร และมีการตกเลือด ในคนอ้วน โดยเฉพาะในผู้หญิงมักเป็นนิ่วในถุงน้ำดี มีการอักเสบของถุงน้ำดี ตับเสื่อมสมรรถภาพ เป็นผลให้มีการรบกวน การย่อยอาหารได้เช่นกัน

ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ขนาดของไต การทำงานของหน่วยไต ท่อไต และการกรองของไตลดลง เพราะปริมาณของเลือดที่ผ่านไปที่ไตลดลงร้อยละ 50 ทำให้อัตราการกรองลดลง จำนวนน้ำที่ขับออกก็น้อยลง ความจุของปัสสาวะลดลง จะจุได้เพียง 250 cc หรือประมาณครึ่งหนึ่งของวัยหนุ่มสาว หูรูดของกระเพาะปัสสาวะไม่มีแรงกำลังเหมือนวัยหนุ่มสาว ทำให้ปัสสาวะบ่อย เพศชายต่อมลูกหมากโตขึ้น อาจขัดขวางทางเดินปัสสาวะ ในเพศหญิง มดลูก รังไข่ จะฝ่อเหี่ยวลง เนื้อเยื่อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกจะเหี่ยว ช่องคลอดหนาและแห้งขึ้น มีความยืดหยุ่นน้อยลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อน นอกจากนี้ความผิดปกติที่อาจพบได้บ่อย ได้แก่การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะบ่อย และออกน้อย เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

ระบบต่อมไร้ท่อ วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการลดการทำงานของอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ลดการทำงานของต่อมไร้ท่อ มีผลมากต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้มีความเสื่อมและถดถอยตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ต่อมใต้สมอง โดยเฉพาะต่อมใต้สมองส่วนหน้า จะเสื่อมหน้าที่ลงอย่างรวดเร็วฮอร์โมนเป็นผลให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ขนบริเวณรักแร้และหัวเหน่าร่วง อวัยวะเพศเล็กลง

ต่อมไทรอยด์ ขนาดเล็กลงหลังอายุ 50 ปีไปแล้ว การผลิตฮอร์โมนต่ำ เป็นผลจากการขาดฮอร์โมนกระตุ้นจากต่อมใต้สมอง เป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร ตาฝ้าฟาง และขุ่นมัว

ต่อมพาราไทรอยด์ การลดฮอร์โมนเป็นผลให้กระดูกผุร่อนง่าย อันตรายที่สำคัญคือ กระดูกหัก

ตับอ่อน จะหลั่งอินซูลินน้อย การนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นเบาหวาน และ โรคอื่นๆ ได้

ต่อมหมวกไต โดยเฉพาะชั้นคอร์เทกซ์ จะถูกกระตุ้นให้ทำงานมาก ทำให้ผู้สูงอายุมี

อารมณ์เครียด หงุดหงิดง่าย แต่ขณะเดียวกันก็เฉื่อยชา เพราะการนำกลูโคสไปใช้น้อย

ต่อมเพศ รังไข่จะทำงานน้อยลง ลดการหลั่งเอสโตรเจน ผลที่ตามมาคือ มดลูกของคลอด และเต้านมเหี่ยวแฟบ บางรายอาจพบอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย สำหรับเพศชายต่อมเพศก็เสื่อมเช่นกัน แต่การหลั่งฮอร์โมนเพศชายยังปกติ อาจพบความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของเพศชายได้ เช่นเดียวกับสตรีแต่น้อยกว่า และความสนใจทางเพศปกติ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ สภาวะทางจิตใจเกี่ยวข้องกับผูกพันกับสภาวะทางร่างกายอย่างใกล้ชิด เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น อารมณ์และจิตใจก็ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย อีริกสัน (อาภา ใจงาม 2533 : 41 , อ้างอิงจาก Erikson 1980 : 85-90) ได้กล่าวถึงผู้สูงอายุว่าเป็นระยะที่รู้สึกว่าคุณค่าหรือสิ้นหวัง (Ego integrity versus despair) โดยผู้สูงอายุที่พบว่าชีวิตมีคุณค่า คือผู้สูงอายุที่มีความพอใจในชีวิตที่ผ่านมา มีความสุขความสำเร็จ มีความเจริญก้าวหน้าจะแสดงออกโดยมีความเฉลียวฉลาดเข้าใจโลก เข้าใจตนเอง ตระหนักในคุณค่าตนเอง ยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ตรงข้ามกับคนที่ไม่ยอมรับชีวิตจะมีความรู้สึกว่าคุณค่านั้นด้อยโอกาส และต้องการให้ชีวิตยืนยาวต่อไป เกิดความรู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และความสามารถในการเผชิญกับความสูงอายุลดน้อยลงนอกจากนี้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่นคู่ชีวิต เพื่อนวัยเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกแยกจากบุคคลที่เป็นที่รัก ก่อให้เกิดความเศร้าได้ง่าย การสูญเสียความสำคัญทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงาน คือการเกษียณอายุ ขณะเดียวกันสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงด้วย ทำให้ความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ประโยชน์ เสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียความนับถือที่ตนเคยได้รับ ขณะเดียวกันทำให้สูญเสียรายได้ อีกทั้งการสูญเสียสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรมีครอบครัวและแยกย้ายไปอยู่ ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว รู้สึกเจ็บเหงาเกิดความซึมเศร้า และเบื่อหน่าย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านครอบครัวและสังคม ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาวะต่างๆ ได้แก่ การเกษียณอายุ การออกจากงานที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ทำให้เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า สูญเสียสถานะภาพทางสังคม ขาดรายได้ และแบบแผนชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างครอบครัว จากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งตามลำพัง นอกจากนี้การตายของคู่ชีวิตหรือเพื่อนที่คบหากันมานาน หรือญาติพี่น้อง นำมาซึ่งความโศก ผู้สูงอายุจึงต้องการความรัก และเอาใจใส่จากคนในครอบครัว แต่ถ้าต้องอยู่กับลูกหลานต่างวัย ต่างความรู้ ต่างประสบการณ์ และรสนิยมนั้น อาจจะไม่พบความสุข ความพึงพอใจเหมือนชีวิตในสมัยก่อน

จนบางครั้งต้องแยกตนเองออกไปอยู่ต่างหาก หรือสถานสงเคราะห์ และสถาบันธุรกิจของเอกชนต่าง ๆ ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมีพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อลดปัญหาสุขภาพ และปัญหาทางด้านสังคมที่เปลี่ยนแปลงจะเห็นว่าผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ซึ่งเวบสเตอร์ (Webster 1985 714) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือความผาสุกของบุคคลได้แก่ กรรมพันธุ์ หรือสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้น มีอิทธิพลร้อยละ 16 สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ตนเอง ครอบครัว ชุมชน มีอิทธิพลร้อยละ 31 และปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ แบบแผนชีวิตหรือพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและความผาสุกของบุคคลถึงร้อยละ 53

ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง จะสามารถช่วยชะลอการคุกคามของโรคประจำตัวที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ทำให้ดำรงภาวะสุขภาพอยู่ได้ แม้ว่าอยู่ในวัยชรา

แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender 1987 59-60) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างต่อเนื่องหรือเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และยกระดับการมีสุขภาพดี

เมอร์เรย์ และเซนเนอร์ (Murray & Zentner 1993 659) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุกเกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำ ส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุขและความมีศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยพฤติกรรมหรือการกระทำนั้น ๆ มีทั้งที่สังเกตได้ และไม่ได้รับการแก้ปัญหสุขภาพอนามัยจะได้ผลดีหรือไม่นั้นจะต้องอาศัยการศึกษา พฤติกรรมของคนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความเจ็บป่วย ดังนั้นจึงมีการพัฒนารูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรม และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้น และรูปแบบที่ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพนเดอร์ (Pender 1987 57, 60) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ภายใต้พื้นฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพดี โดยมีจุดประสงค์ 3 ประการ คือ

1 เพื่อนำเสนอแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

2 เพื่อทดสอบสมมติฐานอันเกิดจากการสังเกต

3 เพื่อการผสมผสานงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ในปี 1996 เพนเดอร์ ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีการปรับปรุงแก้ไข (Pender 1996 66 - 73) โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่นี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมี 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมดั้งเดิม (Prior Related Behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยหลักอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 6 ปัจจัยคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลสถานการณ์

1 ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics

and Experiences) บุคคลแต่ละคนจะมีคุณลักษณะส่วนบุคคล และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมครั้งต่อไป ความสำคัญของผลกระทบจากคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ที่แตกต่างกันนี้จะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมายที่นำมาพิจารณา และการเลือกปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์เพื่อวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น จำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมหรือมีความสัมพันธ์โดยตรงเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการที่เฉพาะเจาะจงหรือที่ต้องการจะศึกษา หรือเลือกให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ต้องการศึกษาปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัย ดังนี้

1.1 พฤติกรรมดั้งเดิม (Prior Related Behavior) จากการศึกษาพบว่าตัวทำนายที่ดีที่สุดของพฤติกรรม คือความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกัน หรือพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันในอดีตที่ผ่านมา พฤติกรรมดั้งเดิมแสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรง และโดยอ้อมที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผลกระทบโดยตรงของพฤติกรรมดั้งเดิมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันอาจเกี่ยวกับการสร้างนิสัยจากการได้ปฏิบัติซ้ำ ๆ กัน ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพโดยอัตโนมัติ ส่วนผลกระทบโดยอ้อมของพฤติกรรมดั้งเดิมที่มี

อิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้นจะมีผลผ่านทางการรับรู้ความสามารถในตนเอง การรับรู้อุปสรรคและความรู้สึกนึกคิดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ซึ่งแบนดูรา (Bandura 1986 citing N J Pender 1996 67) ได้กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ก็ตาม และการได้รับข้อมูลป้อนกลับจากการได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ คือ ที่มาของสมรรถนะและลักษณะของบุคคล

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor) การเลือกปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษาเพื่อทำนายพฤติกรรมนั้นจะต้องเลือกปัจจัยส่วนบุคคลให้เหมาะสม หรือสัมพันธ์กับพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ประกอบไปด้วย

1.2.1 ลักษณะทางชีววิทยา (Personal Psychological factors) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว ไขมัน วัณโรคประจำเดือน ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง หรือความสมดุลของร่างกาย เป็นต้น

1.2.2 ลักษณะทางด้านจิตใจ (Personal Psychological factors) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การจูงใจในตนเอง (Self-motivation) ความสามารถของบุคคล (Personal competence) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) และการให้คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health)

1.2.3 ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม (Personal Sociocultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

การนำเอาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอยู่มากมายมาศึกษานั้นควรจะต้องมีข้อจำกัดโดยศึกษาเพียงส่วนที่มีทฤษฎีที่สามารถอธิบาย หรือทำนายถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้ ความแตกต่างของพฤติกรรมแต่ละพฤติกรรม จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลบางประการเท่านั้น เช่น ความสามารถในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารตามโภชนาการ ถึงแม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะแสดงให้เห็นถึง

อิทธิพลโดยตรงที่มีต่อความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล แต่ปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2 ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการแสดงพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affective) ปัจจัยด้านนี้เป็นตัวแปรที่สำคัญในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้านการจูงใจ นอกจากนี้ ยังเป็นตัวแปรที่เป็นส่วนสำคัญของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of action)

บุคคลซึ่งวางแผนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้นมักจะคาดการณ์ถึงประโยชน์ และผลที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ก่อนเสมอ และการคาดหวังในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เอง จะเป็นแรงเสริมหรือกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปในภายหลัง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความคาดหวังในคุณค่า ที่กล่าวไว้ว่าการคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมความเชื่อมั่นในการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ความเชื่อมั่นในประโยชน์หรือความเชื่อที่ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะนำไปในทางบวกนั้น แม้ว่าจะเป็นเงื่อนไขที่ไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แต่ก็เป็นสิ่งสำคัญซึ่งทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ โดยความคาดหวังในคุณค่าจะมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรงของบุคคล และขึ้นอยู่กับความรู้โดยการสังเกตจากประสบการณ์ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้อื่นประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเกิดได้ทั้งภายใน และภายนอก ตัวอย่างเช่น ประโยชน์ที่เกิดภายใน ประกอบด้วยความกระตือรือร้นที่เพิ่มมากขึ้น และความรู้สึกอ่อนล้าลดน้อยลง ประโยชน์ภายนอกที่ได้รับคือ รางวัลและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม เป็นต้น ในเบื้องต้นนั้นประโยชน์ที่คาดหวังว่าจะได้รับจากภายนอกภายหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจมีความสำคัญต่อการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในขณะที่ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายในอาจเป็นพลังงาน ในการจูงใจให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนั้น การรับรู้ประโยชน์เป็นพฤติกรรมการจูงใจโดยตรง และโดยอ้อมของบุคคล ในการตกลงใจหรือตั้งใจที่วางแผนปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะได้รับประโยชน์ภายหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers of Action)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และมีอิทธิพลต่อการวางแผนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อุปสรรคเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลรับรู้หรือคาดคะเนเท่านั้น อาจเป็นความจริงหรือไม่เป็นความจริงก็ได้ การรับรู้อุปสรรคประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความไร้ประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือความจำกัดระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นต้น อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้นักปฏิบัติพฤติกรรม หรือจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีมากพฤติกรรมหรือกิจกรรมนั้นก็ยากที่จะเกิดขึ้น ในทางกลับกันหากบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมมาก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีน้อยก็จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป

ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคตามรูปแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ปรับปรุง

ขึ้นมาใหม่ (Pender 1996 67) จึงอธิบายได้ว่า มีอิทธิพลหรือกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ โดยขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดีของบุคคลและมีอิทธิพลหรือผลกระทบทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยทำให้บุคคลขาดการวางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.3 การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

การรับรู้ความสามารถในตนเองตามความหมายของ แบนดูรา(Bandura 1986 citing N J Pender 1996 69) หมายถึง การตัดสินใจพิจารณาความสามารถของบุคคลในการจัดระบบและบริหารจัดการเกี่ยวกับการกระทำหรือพฤติกรรมต่าง ๆ โดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะในการทำกิจกรรมนั้นหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจพิจารณาว่า บุคคลนั้นสามารถที่จะทำอะไรได้บ้าง โดยมีทักษะหรือไม่มีทักษะก็ตาม การรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคลแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์โดยการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นการตัดสินใจพิจารณาเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการตัดสินใจพิจารณาที่ผลลัพธ์ (เช่น ถ้าไร, ค่าใช้จ่าย) ซึ่งจะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้เกี่ยวกับทักษะ และความสามารถในตนเองนี้ เป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจบุคคลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี หรือถูกต้องเหมาะสม และยังส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายมากกว่าความรู้สึกที่คิดว่าตนเองโง่เขลาและไม่มีทักษะ ซึ่งการรับรู้ความสามารถในตนเองนั้นสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ แบนดูราได้แบ่งความคาดหวังเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในตนเอง มีพื้นฐานจากการได้รับข้อมูล 4 ทาง ได้แก่

- 1 การกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการประเมินการกระทำตามมาตรฐานของตนเอง หรือจากการสะท้อนกลับที่ได้รับจากบุคคลอื่น ได้รับการประเมินจากผู้อื่น
- 2 โดยการสังเกตจากประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น และนำมาประเมินเปรียบเทียบกับตนเอง
- 3 การชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ซึ่งทำให้บุคคลสามารถที่มีอยู่ในตนเองสร้างสรรค์กิจกรรมต่าง ๆ
- 4 สภาพร่างกาย (เช่น ความวิตกกังวล , ความกลัว , ความเจ็บปวด)โดยปัจจัยทั้ง 4 นี้ บุคคลจะนำมาตัดสินใจพิจารณาความสามารถของตนเอง

ในรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลด้านความรู้สึกนึกคิดจากการเข้าไปเกี่ยวข้องกับกิจกรรม หรือจากการได้ปฏิบัติพฤติกรรม โดยผลกระทบในด้านบวกจะทำให้การรับรู้ความสามารถในตนเองสูงในทางกลับกันการรับรู้ความสามารถ

ภายในตนก็เปรียบเสมือนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วย โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง จะมีผลทำให้มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นการรับรู้ความสามารถในตนเองจึงก่อให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-Related Affect)

ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นขึ้นได้ทั้งก่อนที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมระหว่างที่ปฏิบัติพฤติกรรม และเกิดขึ้นหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมนั้นแล้ว ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณสมบัติการเร้าของตัวพฤติกรรมเอง การตอบสนองด้านอารมณ์ และความรู้สึกเหล่านี้อาจอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรงก็ได้ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และเก็บไว้ในความทรงจำ ทั้งยังก่อให้เกิดการสร้างพฤติกรรมในครั้งต่อไป การตอบสนองด้านอารมณ์ และความรู้สึกจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในพฤติกรรมประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ

2.4.1 การเร้าอารมณ์อันเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (activity-related)

การกระทำของบุคคลนั่นเอง (self-related)

2.4.2 สภาพแวดล้อมของสถานที่ซึ่งเป็นที่เกิดกิจกรรมหรือพฤติกรรม

(context related) ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการที่จะเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีกหรือคงพฤติกรรมนั้นให้ยาวนานต่อไป อารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นร่วมกับพฤติกรรมนั้นเป็นผลสะท้อนด้านอารมณ์โดยตรง จากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซึ่งอาจเป็นความรู้ด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ ได้แก่ ความรู้สึกสนุก ความรู้สึกปลื้มปิติ หรือเบิกบานใจ ความรู้สึกเพลิดเพลิน ความรู้สึกรังเกียจ หรือความรู้สึกไม่ชอบ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านลบจะส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะทำพฤติกรรมนั้น แต่จะพบว่าพฤติกรรมบางพฤติกรรมนั้นถูกเหนี่ยวนำให้เกิดขึ้นได้โดยความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่สมดุลระหว่าง ความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวกและด้านลบที่เกิดขึ้นก่อนมีพฤติกรรม ขณะมีพฤติกรรม และหลังจากมีพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรได้มีการประเมินหรือค้นหา การประเมินความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้นแตกต่างจากการประเมินทัศนคติตามแนวคิดของฟิชเบิน และเอเจน (Fishbein , and Ajzen 1975 citing N J Pender 1996 70) การประเมินทัศนคติสะท้อนถึงการประเมินความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มากกว่าที่จะประเมินการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรม

ในทุกๆ พฤติกรรมจำเป็นต้องมีการวัดระดับความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวกและด้านลบที่เหมาะสม จึงมีเครื่องมือหลาย ๆ อันที่ถูกเสนอให้นำมาใช้วัดความรู้สึก ความรู้สึกนึกคิดด้านลบนั้นมีการนำมาศึกษาอย่างกว้างขวางมากกว่าความรู้สึกนึกคิดด้านบวก จึงไม่ใช่เรื่องน่าแปลกที่ความวิตกกังวล ความกลัว และความกดดัน ถูกนำมาศึกษามากกว่าความเพลิดเพลิน ความปิติและความสงบ

จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมได้นำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสมรรถนะในตนเองและความรู้สึกนึกคิดจากการได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมนั้นโดยแมคออเร และเคอเนยา (McAuley , and Courneya 1992 citing N J Pender 1996 70) พบว่าการตอบสนองทางอารมณ์ด้านบวกตลอดระยะเวลาการออกกำลังกาย สามารถทำนายการรับรู้ความสามารถหลังออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของแบนดูรา พบว่าการตอบสนองทางอารมณ์และสภาพร่างกายตลอดการมีพฤติกรรม เปรียบเสมือนแหล่งที่มาของข้อมูลหรือการรับรู้ถึงความสามารถในตนเอง ดังนั้นความรู้สึกนึกคิดจากการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม จึงอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ขณะเดียวกันก็มีผลทางอ้อมต่อการรับรู้ความสามารถในตนเอง และการตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้

2 5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของผู้อื่น การเรียนรู้เหล่านี้อาจจะตรงกับความจริงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งกำเนิดแรกของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว (บิดา มารดา หรือพี่น้อง) เพื่อนและบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย 1) บรรทัดฐาน (ความคาดหวังของผู้อื่น) 2) การสนับสนุนทางสังคม (ด้านเครื่องมือ และด้านอารมณ์) และ 3) แบบอย่าง (เรียนรู้โดยการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 กระบวนการนี้แสดงให้เห็นถึงอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยบรรทัดฐานของสังคมเป็นตัวกำหนดมาตรฐานการกระทำซึ่งบุคคลสามารถที่จะรับไว้หรือปฏิเสธก็ได้ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแหล่งช่วยเหลือที่ได้รับจากผู้อื่น และแบบอย่างที่กระทำติดต่อกันมาประกอบขึ้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นกลุ่ที่ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยตรงขณะเดียวกันก็มีผลทางอ้อม โดยเป็นแรงดันต่อสังคมหรือส่งเสริม และกระตุ้นให้บุคคลมีการกระทำวางแผนในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ

2 6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational Influences) การรับรู้ของบุคคล

และการเรียนรู้จากสถานการณ์หรือบริบทต่าง ๆ สามารถเอื้ออำนวย หรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมได้ อิทธิพลของสถานการณ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของทางเลือก คุณลักษณะของความตึงเครียด และความสวยงามน่าชื่นชมของสภาพแวดล้อมที่ซึ่งจะให้พฤติกรรมนั้น ๆ เกิดขึ้น โดยทั่วไปบุคคลมักจะถูกชักจูงให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ดีในสถานการณ์

หรือสภาพแวดล้อมซึ่งบุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน รู้สึกผูกพัน ปลอดภัย และมั่นใจ มากกว่าความรู้สึกว่าไปด้วยกันไม่ได้ แยกแยก ไม่ปลอดภัย และถูกคุกคาม อาจกล่าวได้ว่าสภาพที่ตึงใจและน่าสนใจนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลปรารถนาหรือชอบในการที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่นี้อิทธิพลของสถานการณ์เปรียบเสมือนอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์อาจจะมีผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการบรรจุสัญลักษณ์ หรือสัญญาณของการแสดงในสิ่งที่ควรปฏิบัติ เช่น การติดป้าย “ห้ามสูบบุหรี่” แสดงให้เห็นคุณลักษณะที่เป็นที่ต้องการของสถานที่แห่งนั้น หรือบริเวณนั้นว่าต้องการให้ปฏิบัติพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งสถานการณ์นี้เป็นกระทำเพื่อให้มีสุขภาพดี ดังนั้นการศึกษาอิทธิพลของสถานการณ์อาจเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ใหม่ที่มีประสิทธิภาพ สำหรับเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

3. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior Outcomes)

การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม โดยผลักดันให้บุคคลแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม แต่การปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้ตกลงใจหรือตั้งใจ แล้วนั้นอาจจะไม่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการที่บุคคลนั้นต้องเลือก หรือมีความจำเป็นบางอย่างที่เข้ามาซึ่งบุคคลไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ หรือการที่บุคคลต้องต่อสู้กับความรู้สึกขึ้นชอบ ที่มีอยู่ภายในตนเอง ในการที่จะเลือกกระทำพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดหวังซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ขึ้นชอบ แทนการปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้ตกลงหรือวางแผนไว้ โดยที่บุคคลไม่สามารถที่จะต่อต้านได้เช่นกัน

3.1 การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ (Commitment to a Plan of Action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะมีความเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ ตามที่อาเซน และฟิชเบน (Ajzen, and Fishben 1975, citing N J Pender 1996 72) ได้กล่าวว่าความตั้งใจนั้นเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ของแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้ความเข้าใจ ได้แก่

(1) การตกลงใจหรือความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไปให้สำเร็จตามเวลา และสถานที่ที่กำหนด ไม่ว่าจะปฏิบัติร่วมกับบุคคลอื่นก็ตาม

(2) วิเคราะห์หาวิธีการหรือกลยุทธ์ที่จะทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป

วิธีการเฉพาะที่จะนำมาใช้กับพฤติกรรมซึ่งมีความแตกต่างกัน เพื่อนำไปสู่ความตั้งใจที่จะวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องที่ควรจะได้มีการศึกษากันต่อไปในอนาคต ซึ่งการวางแผน

เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จนั้น ได้มีการพัฒนาขึ้นโดยพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น วิธีการที่ใช้แบบมีข้อตกลงร่วมกันในการกระทำกิจกรรมอย่างหนึ่ง โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ตกลงกับอีกฝ่ายหนึ่งว่าจะให้ของรางวัล หรือให้การเสริมแรงอย่างอื่น ถ้าการตกลงใจที่จะกระทำนั้นจะยังคงอยู่ตลอดไป ซึ่งวิธีการนี้ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามวิธีการที่พวกเขาต้องการ รวมทั้งสามารถเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ต่าง ๆ ได้ด้วยการตัดสินใจในช่วงเวลานั้นที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำกับพฤติกรรมที่ชื่นชอบ (Immediate competing demands and preferences) พฤติกรรมที่ควรกระทำ กับพฤติกรรมที่ชื่นชอบนี้ จะเกิดขึ้นในทันทีทันใด และเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ตั้งใจไว้ก่อนหน้านี้แล้ว ความต้องการหรือความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลควบคุมได้ต่ำ เนื่องจากเป็นความต้องการหรือความจำเป็นที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น ความรับผิดชอบที่มีต่องานและความรับผิดชอบในการดูแลครอบครัว ซึ่งความล้มเหลวที่จะตอบสนองต่อความต้องการหรือ ความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำนี้ อาจมีผลอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญอื่น ๆ ส่วนพฤติกรรมที่ชื่นชอบนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้สูง เนื่องจากความรู้สึกชื่นชอบ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลไม่ได้เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงมากกว่าอาหารที่มีไขมันต่ำ เพราะความชอบ หรือการขับรถเข้าไปในศูนย์การค้าระหว่างทางที่จะไปออกกำลังกาย เพราะพอใจที่จะไปจับจ่ายซื้อของมากกว่าที่จะไปออกกำลังกายเป็นต้น การยับยั้งการปฏิบัติพฤติกรรมที่ชื่นชอบนั้น จะต้องใช้ความสามารถที่จะควบคุมตนเองของบุคคลและการตัดสินใจที่แน่วแน่ ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนการที่ได้กำหนดไว้แล้ว ซึ่งอาจจะสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่สมบูรณ์ได้ แต่อย่างไรก็ตามหากบุคคลไม่สามารถที่จะควบคุมความพึงพอใจหรือความรู้สึกชอบซึ่งเกิดขึ้นภายในตนเองแล้วนั้น จะส่งผลให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้

ดังได้กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าทั้ง พฤติกรรมที่ควรกระทำ ซึ่งเป็นความต้องการเกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก กับพฤติกรรมที่ชื่นชอบ ซึ่งเกิดจากความชอบที่เกิดภายในตัวบุคคล ต่างก็มีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดหวังออกมา และส่งผลให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้เช่นเดียวกันพฤติกรรมที่ควรกระทำแตกต่างจากอุปสรรคตรงที่บุคคลจะต้องแสดงพฤติกรรมที่ควรกระทำต่อไปนี้ให้สำเร็จ ส่วนพฤติกรรมที่ชื่นชอบแตกต่างไปจากอุปสรรค เพราะความรู้สึกชอบที่เกิดขึ้นนั้น จะถูกกระตุ้นในช่วงนาทีสุดท้าย บุคคลจึงมีเวลาจำกัดในการที่จะต้องตัดสินใจเลือกกระทำระหว่างพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งคือจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ หรือเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองชอบ

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนั้น พฤติกรรมที่ควรกระทำกับพฤติกรรมที่ชื่นชอบ มีผล

กระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ของการเกิดพฤติกรรม และมีผลต่อความตั้งใจหรือการตกลงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล

3.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) พฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติในแบบจำลองนี้ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทางบวกของผู้รับบริการ โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้เข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของบุคคล ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิตของบุคคลนั้นได้

แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีการปรับปรุงแก้ไขใหม่นี้ ได้รวมความคาดหวังในผลลัพธ์ของทฤษฎีการให้คุณค่า และความคาดหวังในความสามารถตนเองที่ครอบคลุมทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งนำไปปัจจัยด้านพฤติกรรม สถานการณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมทั้งสติปัญญา และปัจจัยด้านบุคคลอื่น ๆ จะถูกรวมอยู่ในแบบจำลองนี้ด้วย ดังนั้นปัจจัยต่าง ๆ จึงเป็นส่วนประกอบในกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender 1996 : 76) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behaviors) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุก (well being) และควมมีคุณค่าในตนเองโดยประเมินได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The lifestyle and health habits assessment LHHA) ซึ่ง วอล์คเกอร์ ซีคริสต์และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender 1987 : 76-81 , Pender 1996 : 134) ได้พัฒนารูปแบบของการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile) โดยมีพื้นฐานมาจากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ 6 ด้าน ดังนี้ คือ

1 ด้านโภชนาการ (Nutrition) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับรูปแบบการรับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารเพื่อให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ มีคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย

2 ด้านการออกกำลังกาย (Exercise and Physical activity) เป็นการประเมินแบบแผนวิธีการและความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืน และการปรับเปลี่ยนอิริยาบถต่าง ๆ

3 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการรวมกันของการประเมินเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั่วไป และการใช้ระบบบริการสุขภาพ เช่นการประเมินเกี่ยวกับการเอาใจใส่ดูแล และรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การหาความรู้ด้านสุขภาพ และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น

4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation or Interpersonal Support) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในด้านการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลง หรือช่วยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้

5 ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินเกี่ยวกับกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและแบบแผนการนอนหลับ

6 ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (Self actualization or spiritual growth) เป็นการประเมินเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความตระหนักในการ ให้ความสำคัญกับชีวิตการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพในของผู้สูงอายุใน

4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยทั้ง 4 ด้านนี้เป็นปัจจัยหลักสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เป็นการดำรงรักษาสุขภาพให้คงสภาพเดิมไว้นานที่สุดมากกว่าที่จะทำให้สุขภาพดีขึ้นกว่าวัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้เลือกนำมาศึกษา 4 ด้าน ดังนี้

ด้านโภชนาการ การส่งเสริมผู้สูงอายุให้ได้รับสารอาหารที่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการชะลอความชรา ความต้องการพลังงานโดยทั่วไป ประมาณ 1,500-2,300 แคลอรีต่อวัน ขึ้นอยู่กับการเคลื่อนไหวร่างกาย เมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุ ควรลดพลังงานจากอาหารลง ร้อยละ 10 ของวัยกลางคน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม และควรเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าสูงจากพืช หรือสัตว์ก็ได้ เช่น ปลา เนื้อหมู เนื้อวัว นม ไข่ ถ้าผู้สูงอายุได้รับสารโปรตีนมากเกินไปอาจเกิดผลเสียต่อไตและตับ ที่ต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อขับสารยูเรีย นอกจากนี้ยังพบว่า โปรตีนสูงมีผลให้การดูดกลับแคลเซียมที่ไลดลง แคลเซียมถูกขับออกทางปัสสาวะมากขึ้น มีปัญหาทำให้เกิดกระดูกบางได้

คาร์โบไฮเดรต ควรจะเป็นประเภทเชิงซ้อน เช่น ข้าว แป้ง เพราะทำให้น้ำตาลต่ำกว่า คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว ถ้าผู้สูงอายุได้คาร์โบไฮเดรตน้อยเกินไป อาจทำให้ร่างกายเกิดการสะสมของสารคีโตน มีผลให้เสียดุลกรดต่างเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ (อรุวรรณ วลัยพัชรา ไกรสิทธิ์ ดันดิศิริรินทร์ และ กัลยา กิจบุญชู 2534 : 39) ควรได้คาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 55 – 60 ของพลังงานจากอาหารทั้งหมด

ไขมัน ควรเป็นไขมันจากพืช เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว และรับประทานไขมันจากสัตว์ให้น้อยที่สุด ไม่ควรรับประทานไขมันมากกว่า ร้อยละ 30 ของพลังงานจาก

อาหารทั้งหมด ควรได้วิตามินสูง เพื่อป้องกันการขาดซึ่งมักจะเกิดจากการดูดซึมไม่ดีและมีแบคทีเรียที่ช่วยสร้างวิตามินบีน้อยลง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้นจะช่วยให้ได้วิตามินและแร่ธาตุที่เพียงพอ และช่วยให้การขับถ่ายสะดวก วิตามินที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ คือ บี 1 และ บี 2 เพราะช่วยให้หัวใจทำงานดีขึ้น ระบบประสาทแข็งแรง ช่วยให้เจริญอาหาร การย่อยอาหารดีขึ้น บี 1 มีมากในเนื้อหมู ถั่ว ข้าว บี 2 มีมากในตับ หัวใจ ถั่ว ผักใบเขียว นม วิตามินซี ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือด วิตามินเอจะช่วยรักษาสุขภาพของดวงตาบำรุงรักษามุม มีมากในตับ ไข่แดง นม แคลเซียมเป็นธาตุที่สำคัญในการป้องกันกระดูกบางซึ่งมีมากในนมการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทานควรจะเป็นไปตามใจชอบ และนิสัยการรับประทานอาหารเดิม การเปลี่ยนแปลงชนิดของอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารที่บำรุงร่างกายอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมรับประทานอาหารเลยก็ได้ ถ้าผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อย และได้อาหารไม่ครบส่วนอาจจะต้องเสริมให้ในรูปยา

ด้านการออกกำลังกาย กิจกรรมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้แรงงานน้อยลงเนื่องจากกล้ามเนื้อกระดูกและข้อเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม และเมื่อผู้สูงอายุหนึ่ง ๆ นอน ๆ ไม่มีกิจกรรมใดๆ จะยิ่งทำให้อวัยวะเหล่านั้นเสื่อมลงเร็วขึ้น ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ เป็นลมเมื่อยล้า หรือยืน เนื่องจากร่างกายปรับตัวไม่ทัน การออกกำลังกายจะช่วยให้หัวใจและหลอดเลือดมีสมรรถนะที่ดีช่วยป้องกันอาการหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่าได้ เพราะหลอดเลือดดำบริเวณขามีแรงบีบเลือดกลับสู่หัวใจได้มากและเร็วขึ้น และหัวใจสามารถบีบตัวแรงขึ้นโดยฉับพลัน ความดันโลหิตจึงไม่ลดต่ำมากขณะเปลี่ยนท่า นอกจากนี้ออกกำลังกายยังมีการเคลื่อนไหวข้อและการใช้กล้ามเนื้อ ให้น้ำหล่อเลี้ยงข้อมีมากพอทำให้ข้อไม่ติด เคลื่อนไหวได้สะดวกขึ้น

หลักการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

- 1 ควรออกกำลังกายอย่างช้า ๆ และเลือกออกกำลังกายชนิดที่ไม่ต้องใช้แรงมากเกินไป และค่อยๆ เพิ่มการออกกำลังกายขึ้นทีละน้อย
- 2 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- 3 หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายกลางแดด หรือขณะที่อากาศร้อนอบอ้าว หรือหลังรับประทานอาหารใหม่ๆ
- 4 หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มากเกินไป คือ ถ้าชีพจรยังเต้นเร็วนานเกิน 10 นาที หรือยังมีอาการปวดข้อหลังออกกำลังกายเกิน 2 ชั่วโมง หรือเป็นอยู่จนก่อนออกกำลังกายครั้งใหม่แสดงว่าการออกกำลังกายนั้นมากเกินไป
- 5 ถ้าออกกำลังกายเป็นหมู่หลายคน ควรอยู่ในวัยเดียวกันเพื่อหลีกเลี่ยงการฝึกท่าเพราะจะเป็นอันตราย

6 ควรได้รับการทดสอบร่างกายก่อนเริ่มออกกำลังกายครั้งแรก

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ฝึกออกกำลังกายมาก่อน คือ การเดิน โดยเริ่มแรกอาจจะเดินแบบธรรมดาบนที่ราบระยะทางไม่ไกลนักอาจเดินบริเวณสถานสงเคราะห์ ต่อมาจึงค่อยๆ เพิ่มระยะทางมากขึ้นตามความเหมาะสม ส่วนผู้ที่แข็งแรงและมีการออกกำลังกายอยู่เป็นประจำอาจเล่นกีฬาเหมือนที่เคยเล่น แต่จะต้องระวังและหยุดเล่นทันที ถ้ารู้สึกเหนื่อยมาก หายใจหอบ เวียนศีรษะ หูอื้อ ลมออกหู หรือชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ คือ เต้น 120 – 130 ครั้ง / นาที อาการผิดปกติเหล่านี้แสดงถึงการออกกำลังกายที่มากเกินไปของผู้สูงอายุ

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุควรมีศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ มีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกาย รู้จักหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ การหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุสายตา และการทรงตัวไม่ดี การระมัดระวังโดยเฉพาะเวลาที่ต้องเปลี่ยนท่าทางต่างๆ เป็นต้น มีการไปตรวจร่างกาย พบแพทย์อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละครั้ง การรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์ก่อนนัดหมาย รวมทั้งการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้มีความรู้ด้านสุขภาพตลอดจนเจ้าหน้าที่บุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำความรู้ข่าวสารที่ได้รับ มาใช้เป็นประโยชน์ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

ด้านการจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ช่วยลดความตึงเครียดผ่อนคลายอารมณ์และให้มีการแสดงออกที่เหมาะสม ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียดทั้งเรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ความเครียดจะส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่างๆ มากขึ้น ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ ความรุนแรงของความเครียดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ ระยะเวลา ความสามารถในการยอมรับ และการปรับตัวของแต่ละคนที่มีต่อความเครียดนั้น (กนกพร หมู่พยัคฆ์ 2535 : 45) การช่วยเหลือให้บุคคลมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ เพนเดอร์ (Pender 1996) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ดังนี้ คือ

1 การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด เป็นแนวทางการป้องกันการเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยปฏิบัติดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด เช่น การหางานอดิเรกให้ทำ การให้มีส่วนร่วมกิจกรรมที่ทางสถานสงเคราะห์คนชราจัดให้ หรือการพักผ่อนหย่อนใจ

1 2 หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่เกินความจำเป็น หากความเครียดมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุควรเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป พยายามทำให้รู้สึกในทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นการช่วยลดความเครียดได้

1 3 การจัดเวลาให้กิจกรรมนั้นโดยเฉพาะ เป็นการจัดเวลาเพื่อให้เกิดการปรับตัว และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การกำหนดช่วงเวลาให้งานสำเร็จช่วยลดความเร่งรีบลงได้ ซึ่งผู้สูงอายุมีเงื่อนไขทางสภาพร่างกาย ความคิด ที่ช้าอยู่แล้ว

1 4 การบริหารเวลา การจัดเวลาจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยจัดลำดับความสำคัญของการทำงานแต่ละขั้นให้ผู้สูงอายุ

2 การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด สามารถกระทำได้ทั้งด้านกายภาพ หรือด้านจิตวิทยา ซึ่งด้านจิตวิทยาสามารถทำได้โดย

2 1 ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การพูดถึงแต่ในด้านที่ด้อยของแต่ละคน ช่วยให้ตระหนักถึงความดีงามของตน และช่วยลดความรู้สึกด้อยคุณค่าของตนเองลงได้ ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

2 2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยการทบทวนถึงความสำเร็จในการกระทำสิ่งต่างๆ ซึ่งช่วยให้ตระหนักถึงความสามารถในตนเองที่สามารถเอาชนะอุปสรรคได้ ช่วยให้เชื่อมั่นในตนเอง มีจิตใจที่มั่นคง เชื่อว่าตนประสบความสำเร็จมากกว่าล้มเหลว และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดความจำเป็น

2 3 ส่งเสริมพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม ช่วยให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

2 4 การพัฒนาจุดมุ่งหมายของตนเอง ผู้สูงอายุควรค้นหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ แล้วเลือกใช้หลายๆ วิธีเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จที่ตั้งไว้ในชีวิต

2 5 เสริมสร้างแหล่งเผชิญความเครียด ได้แก่ มีความกล้าที่จะระบายความรู้สึก ความคิดเห็นต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผู้อื่นทราบ ความสามารถในการยอมรับต่อการตัดสินใจของตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถเอาชนะปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้ สำหรับการจัดการกับความเครียด โดยการเพิ่มแรงต้านทานความเครียดทางด้านกายภาพทำได้โดยการออกกำลังกาย

3 สร้างเงื่อนไขตรงกันข้ามเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นทางกายภาพที่มีผลมาจากความเครียด โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ หรือการฝึกการหายใจร่วมกับการใช้จิตควบคุมการตอบสนองของร่างกาย

การส่งเสริมสุขภาพจิต สุขภาพจิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ การปรับตัวและการะงาน

พัฒนาการอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและทางด้านสังคม ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวหลาย ๆ ด้านเพื่อสุขภาพจิตที่ดี ที่สำคัญได้แก่

- 1 ยอมรับความเสื่อมโทรมของร่างกายและสุขภาพทั่วไป
- 2 เตรียมและปรับตัวต่อการเกษียณอายุและรายได้ที่ลดลง
- 3 ยอมรับการสูญเสียชีวิตของกลุ่มสมรสที่อาจจะเกิดขึ้น
- 4 คงความสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกันและมีความสนใจ เหมือน ๆ กัน
- 5 กำหนดสถานที่อยู่อาศัยในสภาพที่ตนเองพอใจ และอยู่ในระเบียบของทางสถาน

สงเคราะห์คนชรา

- 6 ปรับแผนการดำเนินชีวิตให้ได้รับความพึงพอใจจากการเปลี่ยนบทบาท
- 7 ปรับตัวต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพใหม่กับบุคคลอื่นๆ ในสถานสงเคราะห์
- 8 เรียนรู้และพัฒนาการใช้เวลาว่างเพื่อช่วยส่งเสริมบทบาทเดิมที่เสียไป
- 9 ปรับตัวต่อการอยู่คนเดียว โดยไม่ได้อยู่กับครอบครัว
- 10 เรียนรู้และยอมรับการพึ่งพาผู้อื่น เช่น เพื่อนคนชราอื่นๆ และบุคลากรในสถาน

สงเคราะห์คนชรา

ถ้าผู้สูงอายุยังมีร่างกายที่แข็งแรง และช่วยเหลือตัวเองได้ ปัญหาจะไม่ค่อยมีมากนัก แต่ถ้าเมื่อไรที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่บุคคลรอบข้าง ทุกคนจะต้องพยายามเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุ การปฏิบัติตัวของลูกหลาน และบุคคลรอบข้างจะเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่

- 1 การให้เกียรติและเคารพบนอบต่อผู้สูงอายุ
- 2 ให้ความดูแลเอาใจใส่ไม่แสดงอาการรำคาญหรือรังเกียจ ไม่ว่าทางสีหน้าท่าทาง

หรือด้วยวาจา

- 3 ปรึกษาหารือปัญหาต่าง ๆ และยอมรับความคิดเห็น โดยแสดงอาการโต้แย้งให้น้อยที่สุด

4 ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสถานสงเคราะห์ เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ของสถานสงเคราะห์ การทำกิจกรรมกลุ่มต่างๆ ที่ทางสถานสงเคราะห์จัดโปรแกรมไว้ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมงานวันสำคัญทางศาสนา ให้ท่านมีโอกาสไปร่วมทำบุญตามความศรัทธา เมื่อมีแขกมาเยี่ยม แนะนำแขกให้รู้จัก ได้มีโอกาสได้พูดคุยกับแขกเป็นต้น

5 ให้มีโอกาสเป็นเยี่ยมเยียนเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องในวัยเดียวกัน การมีโอกาสพูดคุยกับบุคคลที่รู้จักหรือคุ้นเคยมาในอดีตเป็นความสุขอย่างยิ่งของผู้สูงอายุ ซึ่งควรที่จะหาโอกาสตอบสนองความต้องการนี้แก่ผู้สูงอายุบ้างเป็นครั้งคราวโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งจากภายในตัวเอง และจากสิ่งแวดล้อม ปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุเอง ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจ ความคาดหวัง ความตั้งใจ การรับรู้สถานะสุขภาพ และที่สำคัญคือการรับรู้ความสามารถในตนเอง สวนปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลทั้งโดยตรง และโดยอ้อมต่อการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิต (Hirst and Metcalf 1984 70) เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow and Morgan 1985 12 –15) เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับความรัก และความเป็นเจ้าของแล้วบุคคลมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นคนมีประโยชน์และต้องการแสดงออกความสามารถที่มีอยู่ ซึ่งเป็นความสามารถที่จะทำบางอย่างเพื่อให้ตนเองพอใจ (Gibson 1980 8, Powell 1983 10, Taylor 1982 119)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ บางครั้งใช้คำว่าความนับถือในตนเอง การเห็นพ้องด้วยตนเอง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Taylor 1985 120) หรืออาจใช้การปกป้องตนเอง การยอมรับตนเอง หรือภาพพจน์ของตนเอง (Muhlenkamp and Sayles 1986 334) จากการศึกษาต่างๆ ได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

โรเซนเบอร์ (Rosenberg 1965 citing Pensiero and Adam 1987 11) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นความรู้สึกยอมรับนับถือในตนเอง และคิดว่าตนเองมีคุณค่า

คูเปอร์สมิธ (ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา 2539 6, อ้างอิงจาก Coopersmith 1984 5) กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคือ ขอบเขตที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของเขาว่า เขามีความสำคัญและมีคุณค่า โดยจำแนกคุณลักษณะพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ 4 ประการคือ 1) ความสำคัญ (significance) เป็นวิถีทางที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองยังเป็นที่รัก ซึ่งพิสูจน์ให้คนอื่นเห็นความสำคัญของตนเอง 2) ความสามารถ (Competence) เป็นวิธีการที่จะพิจารณาถึงความสำคัญโดยการกระทำ 3) คุณความดี (Virtue) เป็นการบรรลु ซึ่งมาตรฐานตามศีลธรรมและจริยธรรม และ 4) พลังอำนาจ (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเองและผู้อื่นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งจำเป็นต่อความเป็นปกติสุขของร่างกายและจิตใจของบุคคล (Kozier, et al 1989 168,

Meisenhelder 1985 127 , Whall 1987 41) หากบุคคลได้รู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง ก็จะสามารถเผชิญโลกได้อย่างมั่นใจ และมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ มีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ (Lindber , et al 1990 85) ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลได้ประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตของผู้อื่น หรือของเขาเอง ความรู้สึกมีคุณค่าก็จะลดลงด้วย (Tolor 1982 129) นอกจากนี้บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำอาจจะเกิดเจ็บป่วยได้ง่าย (Golberg and Fitzpatrick 1980 citing Whall 1987 41) และเมื่อเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะขาดการสนใจรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่สนใจดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอัตมโนทัศน์(Beare and Myers 1990 402 , Milliken 1987 56-66) แต่ไม่เหมือนกันด้วยเหตุที่อัตมโนทัศน์ได้มีขึ้นในช่วงอายุต้นๆ และเป็นสิ่งคงอยู่ถาวร แต่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ แต่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Barry 1989 99 , Gibson 1980 7) อาจจะเปลี่ยนวันต่อวัน หรือจากช่วงเวลาหนึ่งสู่ช่วงเวลาหนึ่ง แต่ในบุคคลเดียวกัน ความรู้สึกนี้เปลี่ยนไปไม่มากนัก แต่ถ้ามีเหตุการณ์ภายนอกเกิดขึ้น และเป็นเหตุการณ์ที่ดึงเครียดมาทำลายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะต่ำกว่าปกติกระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มี 2 ขั้นตอน ดังนี้ (Taft 1985 79)

1 ประเมินทัศนคติและการกระทำของสังคมที่มีต่อตน

กระบวนการนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดการมองตนเองของคูเลย์ (Cooley) ที่ว่าบุคคลสามารถรู้จักตนเองได้โดยอาศัย “กระจกมองตน” กระบวนการนี้เป็นกระบวนการรับรู้คุณค่าในตนเองที่มีรากฐานมาจากการประเมินและยอมรับของผู้อื่น เป็นความรู้สึกได้รับจาก “ภายนอก” ต่อคุณค่าของตน (Outlet – Self esteem)

2 ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อม และผลที่ตนได้รับกระบวนการนี้เป็นความรู้สึก “ภายใน” (Inner –Self esteem) เป็นความสัมพันธ์ของปัจเจกบุคคลที่แท้จริงในสังคม และผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม นั่นคือเป็นความรู้สึกที่มีอยู่ภายในตนเองตามความสามารถในการปฏิบัติเพื่อควบคุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งอำนาจช่วยให้สามารถกระทำหรือควบคุมสิ่งต่างๆ เกิดจากความรู้ ทักษะ รายได้ และสถานภาพของบุคคล

พรทิพย์ ตั้งไชยวรวงศ์ (2540 13) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการประเมินคุณค่าของตนเองตามทักษะและความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ในเรื่องของความสามารถ ความสำคัญ การประสบผลสำเร็จและการประสบความล้มเหลว การยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าในสังคมรวมถึงการได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น เช่นบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และเพื่อน

เกียรติวรรณ อมาตยกุล (2540 4 - 8) กล่าวไว้ว่า การเห็นคุณค่าตนเองเป็นการสร้างภาพพจน์ที่ดีกับตนเอง มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง มองตนเองเป็นคนที่มีความสำคัญต่อการดำเนินของคณะเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองทำให้เป็นคนที่มีความพยายามที่จะทำงานจนประสบผลสำเร็จ ทำให้เป็นคนที่มีความรู้สึกต่อตัวเองและผู้อื่นในด้านดี เป็นคนที่มีบุคลิกดีในทางตรงข้ามถ้าบุคคลขาดการเห็นคุณค่าในตนเองจะทำให้เป็นคนชอบโยนความผิดของตนให้ผู้อื่น ชอบหาความผิดพลาดของผู้อื่น มีความต้องการความเอาใจใส่ดูแลและได้รับการยอมรับจากผู้อื่นสูงเป็นคนไม่มีเพื่อนสนิท บุคคลประเภทนี้มักจะใช้ทุกวิถีทางที่รุนแรงเพื่อที่จะทำให้ตนชนะ มักเป็นคนสิ้นหวังในชีวิต เป็นคนเห็นแก่ตัว คนที่ขาดการเห็นคุณค่าในตนเองมักจะพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งจะเห็นได้จากสภาวะการณ์ในปัจจุบันที่เศรษฐกิจตกต่ำ ผู้คนเกิดความเครียด พยายามหนีปัญหาโดยการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

สรุปได้ว่า การมีคุณค่าในตนเอง เป็นการประเมินตนเองของแต่ละบุคคล ว่าตนเองมีความสามารถ มีคุณค่า มีประโยชน์เป็นที่น่าสนใจถ้อยยกย่อง เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือไม่อย่างไร ความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น ทำให้เกิดความพยายามที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้บรรลุผลที่ตั้งไว้ การเห็นคุณค่าในตนเองจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและบุคคลอื่น ทำให้มีสุขภาพจิตและบุคลิกภาพที่ดี และส่งผลถึงการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านที่ดี ทำให้มีสุขภาพดี

Abraham Maslow (1970) ได้กล่าวถึง ชั้นความต้องการของมนุษย์ดังนี้

- 1 ความต้องการพื้นฐาน (Basic physical needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุด ได้แก่ ความต้องการทางกาย อากาศ อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย เป็นต้น
- 2 ความปลอดภัย (Safety needs) เป็นความต้องการที่มีความสำคัญที่สุดในลำดับแรงจูงใจ นั่นคือความต้องการที่จะพ้นจากสิ่งคุกคามทั้งด้าน ร่างกาย และจิตใจเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปลอดภัย
- 3 สัมพันธภาพ (Relationship / social needs) ความต้องการที่จะได้รับความรัก มิตรภาพ ความอบอุ่น การยอมรับ คนที่ขาดเพื่อน ขาดความรัก รู้สึกว่าไม่มีใครต้องการ มักจะเป็นคนที่ขาดความมั่นใจในตนเอง หดหู่ ท้อแท้
- 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Esteem needs) เป็นความเชื่อมั่นในตนเอง ความเคารพในตนเอง (Self - respect) เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดำรงชีวิต ความรู้สึกเหล่านี้ส่วนหนึ่งเกิดจากปฏิกิริยาของผู้อื่น เช่นถ้าผู้อื่นเห็นคุณค่าของเรา ทำให้เรารู้สึกในคุณค่าของตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น
- 5 ความต้องการที่พัฒนาตนเอง (Self- actualization) ได้แก่ความต้องการที่จะ

เข้าใจและรู้จักตนเอง การอยากรู้ความรู้สึกของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง อยากรู้ว่าตนเองมีความสามารถระดับไหน และมีวิธีการอย่างไรบ้างที่จะพัฒนาตน

องค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลเป็นการประเมินอัตมโนทัศน์ของบุคคลซึ่ง ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และเจตคติที่มีต่อตนเอง องค์ประกอบของตนเองที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองมีดังนี้

โลเวลล์ (Lovell 1980 : 115 -118) ได้แบ่งองค์ประกอบของตนออกเป็น 3 ส่วน คือ

1 ภาพพจน์ของตนเอง (Self- image) เป็นลักษณะของบุคคลที่ปรากฏออกมาในช่วงแรกของชีวิตซึ่งได้ภาพพจน์มาจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะ บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน ๆ ตามลำดับ

2 ตนในอุดมคติ (Ideal -self) เป็นภาพบุคคลที่ตนเองต้องการในอุดมคติมีจุดเริ่มต้นมาจากการที่มีบุคคลอื่น ๆ เป็นแบบอย่าง และสร้างแบบอย่างของตนเองขึ้นมา (Model self) ในเด็กเล็กจะมีแบบอย่างโดยเริ่มจาก บิดา มารดา หรือบุคคลอื่นที่ใกล้ชิด

3 การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self esteem) เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองหรือตนเองในอุดมคติ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินคุณค่าในตนเอง และเกี่ยวข้องเองสูง และถ้าแตกต่างกันมากกับความแตกต่างระหว่างภาพลักษณ์แห่งตนและตนในอุดมคติ ถ้าใกล้กันมากก็จะเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะทำให้เป็นคนที่มีความวิตกกังวลสูง มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยและมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี

ซาน (Siann 1980 : 73) กล่าวว่า ตน (Self) ของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1 อัตมโนทัศน์ (Self concept) ความคิดเกี่ยวกับตนเอง คิดว่าตนเองเป็นอย่างไร เป็นส่วนของความคิดเกี่ยวกับภาพรวมของตนเอง

2 การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self esteem)เป็นส่วนของความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองที่เราคิดว่าเราเป็นอย่างไร จากนั้นก็ประเมินคุณค่า ดูว่าความรู้สึกที่มีต่อตนเองว่ามีคุณค่าหรือไม่ เป็นส่วนของความมีคุณค่าในภาพรวมของตน

แบรนเดน (ภาวินี ธนบดีธรรมจารี 2540 : 2 , อ้างอิงจาก Branden 1985) ได้สรุปพฤติกรรมกรรมการแสดงออกทางร่างกายของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงดังนี้

- 1 มีความยินดีที่มีชีวิต มีความสนุกสนานร่าเริง ประกายตาแจ่มใส
- 2 สามารถชมเชยหรือกล่าวอะไรตรงไปตรงมาได้ด้วยความสัตย์
- 3 มีความสามารถในการวิจารณ์ ยอมรับข้อผิดพลาดของตนได้ มีความอิสระในการแสดงความรู้สึก และรับฟังคำแนะนำด้วยความพึงพอใจ
- 4 สามารถพูดหรือกระทำในสิ่งที่เห็นเป็นไปได้

- 5 มีความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างคำพูดและการแสดงกริยาที่เป็นธรรมชาติ
 - 6 มีความเปิดเผยและกระตือรือร้นในการรับประสบการณ์และโอกาสใหม่ในชีวิต
 - 7 การมีอารมณ์ขัน มองเห็นสิ่งที่ดีทั้งในตนเองและผู้อื่น
 - 8 มีความยืดหยุ่นในการตอบสนอง มีความคิดสร้างสรรค์และมีอารมณ์ดีอยู่เสมอ
 - 9 มีความพอใจที่ได้เป็นเจ้าของ
 - 10 สามารถอดทนต่อแรงกดดัน และความเครียดต่างๆได้อย่างสมศักดิ์ศรีในตนเอง
- การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยทั่วไป (General Self-esteem) มีดังนี้

(Lovell 1980 115 – 118)

- 1 การประเมินตนเองทางการเรียน (Academic Self-esteem)
 - 1 1 การอ่าน (Reading)
 - 1 2 คำนวณ คณิตศาสตร์ (Math)
 - 1 3 วิชาอื่นๆ (Other school subjects)
- 2 การประเมินตนเองทางสรีระร่างกาย (Physical Self-esteem)
 - 2 1 ความสามารถทางกาย (Physical ability)
 - 2 2 รูปลักษณ์หรือส่วนที่ปรากฏทางกาย (Physical appearance)
- 3 การประเมินตนเองทางสังคม (Social self-esteem)
 - 3 1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน (Relationship with peers)
 - 3 2 ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา (Relationship with Parents)

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ลูกหลาน และสังคม เกิดความรู้สึกว่าเหว่ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต้องพึ่งพาเพื่อน บุคลากรของสถานสงเคราะห์ในการดูแลทั่วไปทำให้การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพลดลงด้วย ดังนั้นจึงควรช่วยให้ผู้สูงอายุตระหนักให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเองเพื่อการดำรงชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในทางสังคมศึกษา พฤติกรรมศาสตร์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริหารสุขภาพ เนื่องจากพบว่ามียาเสพติด พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งแรงสนับสนุนนี้บุคคลอาจได้รับมาจากบุคคล

ใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ทั้งนี้เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยพึ่งพาซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีระวิทยา และเกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับในสังคม จากแนวคิดดังกล่าวได้มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายแนวคิด ได้แก่

คอบบ์ (Cobb 1976 300) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก และสนใจ เอาใจใส่ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

บาร์ริรา (Barrera 1981 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

ฮับบาร์ด และบราวน์ (Hubbard and Brown 1984 266) ได้สรุปว่า แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในแง่ดีทำให้รู้สึกผูกพัน เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

สรุปความหมายของแรงสนับสนุน หมายถึงการที่บุคคลมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์ การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคนอื่น และบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านกาย อารมณ์ และสังคม จะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนมีความสำคัญกับกลไกที่ช่วยให้มีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมสังคมแต่ถ้าได้มีการคงไว้ซึ่งการติดต่อในเครือข่ายทางสังคม ก็จะส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้นมีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆดีขึ้น และเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงแรงสนับสนุนที่เป็นเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งแรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา

แรงสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพได้

ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีผลต่อการปรับตัว เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาใน การปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ช่วยทำนายความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ จากการศึกษาของนวลชนิษฐ์ ลิ้มปณวัสน์ (2540) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่บริเวณศีรษะและคอที่มีระยะเวลา

ของการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลแตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่ป่วยน้อยกว่า 6 เดือน สามารถดูแลตนเองได้น้อยที่สุดเพราะเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันมาก แต่ถ้าป่วยเกิน 24 เดือนผู้ป่วยจะหมดหวัง ลังเลใจในการรักษาและการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง สมใจ ยิ้มวิไล (2541 ง) พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 นอกจากนี้ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2539) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้โดยสามารถอธิบายความแปรผันของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ร้อยละ 11 ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วย จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

มาริโน และคูเซอร์ (Marino and Kooser 1981 56) กล่าวว่า ปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกันตามสภาวะของการเจ็บป่วย โดยเวลาที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ มีความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับเบล (Bell 1977 137) ที่กล่าวว่า เมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะค่อยๆ เรียนรู้การเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และแก้ไขได้มากขึ้นตามลำดับ

จากการศึกษาของปราณี กาญจนวรรณศรี (2539 : 81) พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังนานๆ จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองได้น้อยลง ทำให้แบบแผนการการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อม รวมทั้งการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน และการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น และจากการศึกษาของนภาพร ชัยวรรณ และคนอื่นๆ (2536 : 26) พบว่าผู้สูงอายุในชนบทมีโรคประจำตัวเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

จากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม โดยมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และการจัดการกับความเครียด เป็นสิ่งสำคัญที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ก็คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุ เกิดความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจนประสบความสำเร็จ ในขณะเดียวกันความสำเร็จในการปฏิบัติ

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพก็มีผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นด้วยเช่นกัน โดยผู้สูงอายุได้รับรู้และมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดๆได้สำเร็จ และเกิดผลในทางบวกต่อตนเองก็จะเป็นแรงเสริมให้ผู้สูงอายุพยายามปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆอย่างต่อเนื่อง จนเกิดความเคยชินและสามารถสอดแทรกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขตลอดช่วงชีวิตตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น จากการศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมพบว่าม้งงานวิจัยเกี่ยวข้องที่จะอ้างอิงถึง ในการศึกษาของผู้วิจัยท่านต่างๆ ดังนี้

สปีก (Speak D L 1987 25-30) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ การรับรู้สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่าง 118 คน ผลการวิจัยพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = 0.31$, $P = 0.001$) นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ และสถานภาพสมรส สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30 ($P < 0.05$)

การศึกษาของ เวทเซล (Weitzel 1989 99 – 104) ที่ศึกษาเพื่อทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987) และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงาน จำนวน 179 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถในตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในองค์ประกอบย่อย ได้แก่การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ($r = 0.42$, $P < 0.001$) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.42$, $P < 0.001$) ภาพโดยรวม ($r = 0.33$, $P < 0.001$)

ไวท์เซล (Weitzel 1989 99 – 104) ได้ศึกษาในกลุ่มคนงานที่เป็นลูกจ้างของมหาวิทยาลัย ซึ่งไม่ใช่ระดับวิชาชีพ จำนวน 179 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในระดับสูง

เพนเดอร์และคณะ (Pender et al 1990 326- 332) ทดสอบตัวทำนายวิถีชีวิตที่ส่ง

เสริมสุขภาพของคนงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จำนวน 589 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในตน การรับรู้สภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31

เคลลี ไชซานสกี และอลิแมกโน (Kelly, Zyzanski , and Alemagno 1991 311 -320) ศึกษาการทำนายการตั้งใจ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจากบทบาทความเชื่อทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 215 ราย โดยการจัดโปรแกรมให้มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงในวิถีชีวิต การให้ความรู้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองในการจัดหาสิ่งของต่างๆ หลังการทดลอง 6 สัปดาห์ พบว่ามีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองสามารถทำนายการตั้งใจในการปฏิบัติตนตามวิถีชีวิตเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การเลือกชนิด และปริมาณการรับประทานอาหารรวมทั้งการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ ($P < 0.05$)

เกรมโบวสกีและคณะ (Grembowski et al 1993 66 - 67) ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยศึกษาจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุจากสถานดูแลทางสุขภาพ จำนวน 2,524 ราย เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไขมัน การควบคุมน้ำหนัก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน ดังนี้

ความคาดหวังในความสามารถของพฤติกรรมหนึ่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เช่น ความคาดหวังในความสามารถของการรับประทานอาหารไขมัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังในความสามารถ ของการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวยังพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และพบว่าผู้ที่สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง จะมีสุขภาพที่ดีกว่า และไปพบแพทย์น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ กิจกรรมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30 ($P < 0.05$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

พาเรนท์และวอลล์ (Paren and Whall 1984 77 - 84) ศึกษาถึงผลของการจัด

กิจกรรมที่ทำเป็นงานอดิเรกต่อระดับความมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสูง ย่อมมีการรับรู้ความสามารถในตนเอง จึงมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อยก็จะเบี้อหน่าย ท้อแท้ ขาดกำลังใจ และขาดความมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง (Taft 1985 77- 84 , Goss 1990 45-60)

วอลเลซและคณะ (Wallace et al 1984 261 - 262) กล่าวถึงงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคน โดยผู้ที่รู้สึกว่ามีคุณค่าจะเชื่อในอำนาจการกระทำของตน เมื่อประสบกับความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะพยายามค้นหาข้อเท็จจริงและแก้ไขสถานการณ์นั้นๆ ในขณะที่ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกคนมักยอมรับเหตุการณ์โดยไม่คิดแก้ไข แสดงว่าผู้ที่รู้สึกว่ามีคุณค่าย่อมเชื่อมั่นว่า การกระทำของตนจะก่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ ซึ่งย่อมรวมถึงการกระทำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของตนเองด้วย

มุลเลนแคมป์ (Muhlenkamp 1986 334 -338) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่อายุ 18-67 ปี ตัวอย่างจำนวน 98 คน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ($r=0.25$, $p>0.01$)

กรอสแมนและคณะ (Grossman al 1987 325-328) ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองของวัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง

อย่างไรก็ตามแครบทรี่ (Crabtree 1986 citing Hurley 1990 33) ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่ทุกประเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 48 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

การศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนในผู้สูงอายุมีผู้ศึกษา ดังนี้

ยีเนน (Genean 1988 120) ศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะความเครียด สุขภาพและการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ พบว่าการได้รับแรงจูงใจจากเพื่อนจะช่วยให้อารมณ์แจ่มใส การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้ลดการเก็บกด และอาการทางจิต เพิ่ม

ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ

เบอร์เทรา (Bertera 1991 214) ศึกษาความสัมพันธ์ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้ความสามารถตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง ดังนี้

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการเรียนรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ สามารถแปลความหมายและตัดสินใจพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันจึงน่าจะมีการรับรู้ความสามารถในตนเองแตกต่างกัน

คอคเกอร์แฮม (อัจฉรา จังพานิช 2541 43 , อ้างอิงจาก Cockerham 1982 90) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูง มีการรับรู้ความสามารถที่จะดูแลตนเองสูงกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ

กัวร์สกี และคนอื่น ๆ (Guarask and others 1987 413 - 423) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ผลการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากการประเมินสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดการของตนเข้าสู่โรคที่ไม่รู้จักพิจารณาตัดสินใจในการรักษาเพื่อให้อาการป่วยทุเลาลงได้รวดเร็ว

สปีค , โควาร์ท และเพลเลท (Speak Cowart , and Pellet 1989 93 -100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากร และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

บัลล์ (Bull 1997 1205) ได้ศึกษาเรื่องการมีชีวิตอยู่อย่างลำพังของหญิงวัยสูงอายุ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของการมีชีวิตอยู่อย่างลำพัง อัน ได้แก่ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สุขภาพจิต สุขภาพกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และความหวัง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง 94 คน อายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างปัจจัยด้านสังคม สุขภาพจิต สุขภาพกาย และความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความหวัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ และสุขภาพจิต สุขภาพกาย และความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่พบความแตกต่างระหว่าง กลุ่มอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม จากการสัมภาษณ์ พบว่าหญิงสูงอายุตั้งแต่ 65-74 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ตามลำพังมากขึ้น

การวิจัยในประเทศไทย

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในประเทศไทย จากการทบทวนทางวรรณกรรมพบว่างานวิจัยดังกล่าวที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองมีดังนี้

ชัชวาล สิงห์ตันศิริ (2538 : 84) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาการงดสูบบุหรี่ของนักเรียนชายวิทยาลัยเทคนิค สุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาชายระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพที่สูบบุหรี่เป็นประจำและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม การงดสูบบุหรี่ จำนวน 180 คน เป็นกลุ่มทดลอง 90 คน ผลการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความสามารถตนเองในการงดสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

มณีรัตน์ วิริยะประสบโชค (2538 ก) ศึกษาการรับรู้ในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ประสิทธิภาพของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ ที่มารับการตรวจสุขภาพในคลินิกกามโรค ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และพะเยา กลุ่มตัวอย่าง 214 คน พบว่าการรับรู้ในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

จากการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 ก 44 – 46) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง กับการรับรู้สภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จำนวน 150 ราย พบความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติการรับรู้ความสามารถตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ($r = 0.18$, $P < 0.05$) และรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การบรรลุอุดมการณ์ของตน การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด

จารุณี นันทวันโนทยาน (2539 บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถในตนเอง จัดกิจกรรมสุขศึกษาให้แก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 36 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความคาดหวังเพิ่มมากกว่าก่อนการศึกษาและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในด้านการหลีกเลี่ยงใช้ท่าทางที่เพิ่มแรงกด การลดน้ำหนักตัว การบริหารกล้ามเนื้อคอวทไทรเซ็ปส์ เพิ่มมากกว่าก่อนการ

ศึกษาและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติกับพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน

ศิริมา เนาวรัตน์ (2541 ง) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับบุคคลอ้างอิง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 79 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 39 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และผลการตรวจค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือด (Hba 1C) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา และพฤติกรรมการปฏิบัติไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตนที่ ๔ กตองในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา สำหรับ ค่าน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือด (Hba 1C)ลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิรวรรณ อินคัม (2541) ได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามแนวความคิดของเพนเดอร์ (Pender 1996) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยข้อคำถามกิจกรรมแบ่งเป็น 6 ด้าน คือ การรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด มีข้อคำถามด้านละ 9 ข้อ รวมทั้งหมด 54 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 87 และนำมาใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาด้วยยาจำนวน 120 คน

ประทีน อิมสุขศรี (2542 ง) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของสตรีอายุ 36-55 ปี ในการส่งเสริมสุขภาพสตรีในเรื่องการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 93 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 45 คน ใช้ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายประกอบวีดิทัศน์ การสาธิต การใช้ตัวแบบการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สามารถทำให้สตรีอายุระหว่าง 36 - ปี รับรู้ตนเองมีความสามารถเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่า น้ำหนักตัว ความดันโลหิต และชีพจรขณะพัก เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นุชลี ศรีเมือง (2543 บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีในวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัวแปร ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่หมดประจำเดือน การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุ 45-59 ปี จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2534 81 - 90) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จ. สระบุรี พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2534 117 - 123) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 ราย พบว่า ปัจจัยความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ภาวะสุขภาพ เพศ ($p < 0.001$)

ศิริลักษณ์ ณ กาศสินธุ์ (2544 บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจิตลักษณะกับ พฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น และนักเรียนวัยรุ่นตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มนักเรียนตอนต้น จำนวน 214 คน และวัยรุ่นตอนปลายจำนวน 167 คน ซึ่งได้มาโดยการใช้เทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบจิตลักษณะ และแบบวัดพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรจิตลักษณะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น และนักเรียนวัยรุ่นตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเอง ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความรู้สึกเป็นอิสระในตนเอง ด้านความศรัทธาในตนเอง และความต้องการมีอำนาจเหนือผู้อื่น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับการรับรู้ความสามารถตนเอง ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษายังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการเรียนรู้ประสบการณ์ต่างๆ สามารถแปลความหมายและตัดสินใจพิจารณาสิ่งต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันจึงน่าจะมีการรับรู้ความสามารถในตนเองแตกต่างกัน

จากการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิตฺต (2534 : 46) ซึ่งศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล กับการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

กมลพรรณ หอมนาน (2539 : 62) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองไม่ดี

จากการศึกษาของ รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2539 : 48) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการและการรับรู้ความสามารถตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าระยะเวลาในการศึกษาของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า

สำรวมจิตร สุนทราภิรมย์สุข (2540 : 97-98) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีระวิทยาในทางเสื่อมถอย ทำให้มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพมากขึ้น ดังนั้นการให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นในการรักษาสมดุลของการทำหน้าที่ และความผาสุกของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านการรู้คิดและการรับรู้ความสามารถตนเอง และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในส่วนของ อายุ ระดับการศึกษา ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เสริมสุขภาพ ในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งประสบปัญหามากมายจึงเป็นประเด็น
ให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา วามมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุเหล่านั้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 320 คน (สถิติประจำปี พ.ศ. 2546)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเกรซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan 1960 : 99) โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 200 คน
2. เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่พักในเรือนดูแล และผู้สูงอายุที่พักในบ้านที่เช่าพื้นที่เอง โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลาก

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ ลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ มีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบในกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ทำได้เป็นส่วนใหญ่ ทำได้พอควร ทำไม่ได้เลย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทั้งทางบวก และทางลบ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เป็นจริง ไม่ค่อยเป็นจริง เป็นจริงบางครั้ง เป็นจริงส่วนใหญ่ โดยมีข้อความที่แสดงลักษณะทั้งทางบวก และทางลบ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามประเมินแรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เป็นจริง ไม่ค่อยเป็นจริง เป็นจริงบางครั้ง เป็นจริงส่วนใหญ่

ตอนที่ 6 แบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับมือกับโรค และด้านการจัดการกับความเครียด โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองสำหรับผู้สูงอายุ สร้างจากกรอบแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender 1996) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ คือ ปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์ ปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติได้เล็กน้อย ปฏิบัติไม่ได้เลย

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1 ศึกษาทฤษฎี เนื้อหาแนวความคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพของ Pender การรับรู้ความสามารถตนเองของเบนดูรา ทฤษฎีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และศึกษาจากงานวิจัยอื่นๆ จากตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2 ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3 สร้างแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านจิตสังคม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับมือกับโรค และด้านการจัดการกับความเครียด

4 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาโทตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

5 นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 5 ท่าน ตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไข

แล้วนำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบอีกครั้ง

6 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ (Try out) ในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดสมุทรปราการที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวจำนวน 60 ราย เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ

7 จัดเตรียมเครื่องมือที่ตรวจสอบคุณภาพเรียบร้อยแล้วนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

ผู้วิจัยได้ให้เกณฑ์ประเมินจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1 แบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ มีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบในกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ทำได้เป็นส่วนมาก	ให้	2
ทำได้พอควร	ให้	1
ทำไม่ได้เลย	ให้	0

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538 10)

ค่าเฉลี่ย 1 34-2 00 หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0 67-1 33 หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0 00 - 0 66 หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพระดับต่ำ

2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นรายข้อดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก			ข้อความที่มีความหมายทางลบ		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3 คะแนน	เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	ให้	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน เมื่อรวมคะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538 10)

ค่าเฉลี่ย 3 01 - 4 00 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2 00 – 3 00 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย 1 00 – 1 99 หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ

3 แบบสอบถามประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

ข้อความที่มีความหมายทางบวก				ข้อความที่มีความหมายทางลบ			
ไม่เป็นจริงเลย	ให้	0	คะแนน	ไม่เป็นจริงเลย	ให้	3	คะแนน
ไม่ค่อยเป็นจริง	ให้	1	คะแนน	ไม่ค่อยเป็นจริง	ให้	2	คะแนน
เป็นจริงบางครั้ง	ให้	2	คะแนน	เป็นจริงบางครั้ง	ให้	1	คะแนน
เป็นจริงส่วนใหญ่	ให้	3	คะแนน	เป็นจริงส่วนใหญ่	ให้	0	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538 10)

ค่าเฉลี่ย 2 01 – 3 00 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูง
 ค่าเฉลี่ย 1 00 - 2 00 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย 0 00 – 0 99 หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ

4 แบบสอบถามประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับแรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ไม่เป็นจริงเลย	ให้	0	คะแนน
ไม่ค่อยเป็นจริง	ให้	1	คะแนน
เป็นจริงบางครั้ง	ให้	2	คะแนน
เป็นจริงส่วนใหญ่	ให้	3	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่อไปนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538 10)

ค่าเฉลี่ย 2 01 – 3 00 หมายถึง แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา อยู่ในระดับสูง
 ค่าเฉลี่ย 1 00 - 2 00 หมายถึง แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา อยู่ในระดับปานกลาง
 ค่าเฉลี่ย 0 00 – 0 99 หมายถึง แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา อยู่ในระดับต่ำ

5 แบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยดัดแปลงจากทฤษฎีของเพนเดอร์ 4 ด้าน ดังนี้ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบสุขภาพ และด้านการจัดการกับความเครียด ลักษณะคำถามแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

ปฏิบัติไม่ได้เลย	ให้	0	คะแนน
ปฏิบัติได้เล็กน้อย	ให้	1	คะแนน
ปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่	ให้	2	คะแนน
ปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์	ให้	3	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพมีดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์ 2538 :10)

ค่าเฉลี่ย 1.34- 2.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึง การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Face validity) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้มีประสบการณ์ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาเป็นรายข้อว่าแต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนเพื่อนสมาชิกและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา และการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้คะแนนดังนี้

+1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

0 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น ไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

นำข้อคำถามจำนวน 94 ข้อ มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม ซึ่งได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) เท่ากับ 0.5 หรือมากกว่าขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์ 2539) ถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องที่น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามนั้นออก จำนวน 7 ข้อ เหลือข้อคำถามจำนวน 87 ข้อ ที่สามารถนำไปใช้ได้

2 ทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้วมาตรวจให้คะแนน และวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น (ภาคผนวก ข)

2.1 หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ของแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุน เพื่อนสมาชิกและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุทิน รักษาเกียรติศักดิ์ 2539 : 116 – 118) และเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป พบว่า แบบสอบถามความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพได้ 12 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.39 - 0.81 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้ 16 ข้อจาก 17 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.20 - 0.80 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ได้ 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.20 – 0.54 แบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา ได้ 9 ข้อ จาก 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.30 – 0.77 และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน ได้ 40 ข้อ จาก 45 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง 0.20 – 0.81

2.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach 1990 : 161) พบว่าแบบสอบถามความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามการได้รับ แรงสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.44 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิก และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ 4 ด้าน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงหัวหน้าสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดสมุทรปราการ และ อธิบดีกรมพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือและรวบรวมข้อมูล

2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานสงเคราะห์คนชรา

บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ด้วยตนเอง

3 ทำการเก็บแบบสอบถามกลับคืนและรวบรวมข้อมูลที่ได้

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาดำเนินการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1 ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และคัดเลือกเฉพาะที่สมบูรณ์ และตรวจให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป

2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยนำมาวิเคราะห์แจกแจงค่าความถี่ และค่าร้อยละตามตัวแปรอิสระ

3 แบบสอบถามตัวแปรด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา และการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1, 2

5 คำนวณหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนเพื่อนสมาชิกและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 3, 4, 5, 6

6 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1 สถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร 2525 : 73)

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

เมื่อ P	แทน	การร้อยละ
f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1 2 ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2537 40)

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

เมื่อ $\bar{X}$,	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1 3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2537 73)

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

เมื่อ S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2 สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2 1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2538

117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบทดสอบ
 R แทน ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) แบบสอบถามใช้วิธี
 การวิเคราะห์หาคาสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวมทั้งฉบับโดยตัดคะแนนข้อนั้น
 ออก (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์ 2539 117-118)

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

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร X กับตัวแปร Y
 n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (item) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum Y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (total) ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนน X และคะแนน

2.3 การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น(Reliability)ของแบบสอบถามโดยการหาค่า
 สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์
 ทวีรัตน์ 2538 125 – 126)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s^2_i}{s^2_t} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
 n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถามที่ใช้วัด
 $\sum s^2_i$ แทน ผลรวมคะแนนความแปรปรวนของแต่ละข้อ
 s^2_t แทน คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3 สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการทดสอบค่าเอฟ (F – test) หรือการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One – way analysis of variance) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1.2 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2541 : 236)

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

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบเอฟ
 MS_B แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
 MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

3.2 ทดสอบหาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2538 : 144 – 145)

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

เมื่อ r แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 $\sum X$ แทน ผลรวมสูงสุดของคะแนน X
 $\sum Y$ แทน ผลรวมสูงสุดของคะแนน Y
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนน X แต่ละตัวยกกำลังสอง
 $\sum Y^2$ แทน ผลรวมของคะแนน Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
 $\sum XY$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
N แทน จำนวนคนหรือสิ่งที่ศึกษา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	แทน	ค่าสถิติใช้พิจารณาใน F - distribution
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
df	แทน	จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean square)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ที่รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย จำนวน 20 คน เพศหญิงจำนวน 180 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวน และค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตามตาราง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตาม

ตอนที่ 3 วิเคราะห์การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตามตาราง 4

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การประเมินการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ ในบ้านบางแคกรุงเทพมหานครโดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตามตาราง 6

ตอนที่ 5 วิเคราะห์การประเมินการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตอนที่ 6 วิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตามตาราง 10

ตอนที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กับตัวแปรอายุ ,ระดับการศึกษา โดยทดสอบค่าสถิติเอฟ (F - test) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตอนที่ 8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 13

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชรารบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 1 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	10 00
หญิง	180	90 00
อายุ (ปี)		
60-70 ปี	42	21 00
71-80 ปี	126	63 00
81-90 ปี	30	15 00
91 ปีขึ้นไป	2	1 00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	32	16 00
ประถมศึกษา	102	51 00
มัธยมศึกษาตอนต้น	40	20 00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	8	4 00
ปวส /อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	14	7 00
ปริญญาตรี	4	2 00

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	116	58 00
คู่	25	12 50
ม้าย/หย่า/แยก	59	29 50
ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การมองเห็นผิดปกติ เช่น ต้อกระจก/ต้อหิน	78	19 50
หอบ	22	5 50
ปอดเรื้อรัง	8	2 00
โรคความดันโลหิต	64	16 00
โรคหัวใจ	8	2 00
ไขมันในเลือดสูง	42	10 50
โรคปวดเมื่อยตามร่างกาย	124	31 00
ข้ออักเสบ	68	17 00
โรคเบาหวาน	14	7 00
โรคกระเพาะ	40	10 00
โรคไต	8	2 00
อื่นๆ		
- มีความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล	85	21 50
- โรคลมชัก	12	3 00

จากตาราง 1 แสดงว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร มีข้อมูลส่วนตัวดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุระหว่าง 71 - 80 ปี มีจำนวนมากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวอันดับแรกคือ โรคปวดเมื่อยตามร่างกาย รองลงมาคือมีความรู้สึกไม่สบายใจ และโรคเกี่ยวกับการมองเห็นผิดปกติ เช่น ต้อกระจก / ต้อหิน ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน

ความสามารถในการปฏิบัติด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	179	89.50
ระดับปานกลาง	21	10.50
รวม	200	100.00
$\bar{X} = 1.81$ $S = 0.428$ ระดับดี		

จากตาราง 2 พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 89.50 โดย $\bar{X} = 1.81$ และความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.50

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของความสามารถในการปฏิบัติตัว ด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ใน 3 อันดับแรก และ 3 อันดับหลัง

ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ปฏิบัติเป็นประจำ n(%)	ปฏิบัติไม่ได้ n (%)
3 อันดับแรก				
1 ขับถ่ายอุจจาระโดยไม่ต้องใช้ยาระบาย	1.89	377	181(90.50)	4(2.00)
2 แปร่งฟันหลังรับประทานอาหาร	1.88	355	178(89.00)	5(2.50)
3 สามารถทำกิจกรรมที่ทางสถานสงเคราะห์จัด	1.87	337	174(87.00)	26(13.00)
3 อันดับหลัง				
1 สามารถร่วมกิจกรรมออกกำลังกายที่ทาง สถานสงเคราะห์จัดให้	1.73	562	150(75.00)	10(5.00)
2 รับประทานอาหารได้เอง	1.77	467	157(78.50)	4(2.00)
3 นอนหลับเมื่อมีเวลาว่างระหว่างวัน	1.75	434	158(79.00)	4(2.00)

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้สูงอายุในบ้านบางแค มีความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในการปฏิบัติเป็นประจำ และเมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุในบ้านบางแค มากกว่าร้อยละ 86 มีความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เป็นประจำ ในเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ การแปร่งฟัน และการทำกิจกรรมที่ทางสถานสงเคราะห์จัด ส่วนผู้สูงอายุน้อยกว่าร้อยละ 79 มีความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในเรื่อง สามารถร่วมกิจกรรมออกกำลังกายที่ทางสถานสงเคราะห์จัด รับประทานอาหารได้ และนอนหลับเมื่อมีเวลาว่างระหว่างวัน ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุที่ปฏิบัติเป็นประจำได้น้อย ตามลำดับ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	159	79.50
ระดับกลาง	36	18.00
ระดับต่ำ	5	2.50
รวม	200	100.00
$\bar{X} = 3.53$	$S = 0.637$	ระดับสูง

จากตาราง 4 พิจารณาโดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 79.5 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 ($S = 0.637$)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของระดับความคิดเห็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ใน 3 อันดับแรก และ 3 อันดับหลัง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	$\bar{X}$	S	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย
			n (%)	n(%)
3 อันดับแรก				
1 พึงพอใจกับกิจกรรมที่ทางสถานสงเคราะห์จัด	3.88	383	169(84.50)	9(4.00)
2 มีความสุขกับชีวิตความเป็นอยู่ในขณะนี้	3.85	363	165(82.50)	8(4.00)
3 ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่	3.81	488	164(82.00)	8(4.00)
3 อันดับหลัง				
1 รู้สึกจำเจ น่าเบื่อ	2.87	657	130(65.00)	4(2.00)
2 รู้สึกเหงา ไร้คุณค่า	2.93	638	133(66.50)	8(4.00)
3 ได้รับการยอมรับจากลูกหลาน	3.25	799	135(67.50)	8(4.00)

จากตาราง 5 พิจารณาโดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับความคิดเห็น เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 79 เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนใหญ่ ในด้านความพึงพอใจกับกิจกรรมที่ทางสถานสงเคราะห์จัดให้ผู้รู้สึกมีความสุขกับชีวิตความเป็นอยู่ ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์ และผู้สูงอายุคิดว่าตนเองมีความสำคัญอยู่ ตามลำดับ ส่วนใน 3 อันดับหลัง ที่ผู้สูงอายุน้อยกว่าร้อยละ 67.50 ที่รู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่งเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ รู้สึกจำเจ น่าเบื่อ รู้สึกเหงา ไร้คุณค่า และได้รับการยอมรับจากลูกหลาน ตามลำดับ

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ ในบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S) ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ของระดับแรงสนับสนุนจากครอบครัวผู้สูงอายุ ในบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน

แรงสนับสนุนจากครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	186	93.00
ระดับกลาง	14	7.00
รวม	200	100.00
$\bar{X} = 3.53$	$S = 0.637$	ระดับสูง

จากตาราง 6 พิจารณาโดยรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 93 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.58 ($S = 0.582$)

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ และความคิดเห็นการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุในบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ใน 3 อันดับแรก และ 3 อันดับหลัง

แรงสนับสนุนจากครอบครัว	X	S	เป็นจริงส่วนใหญ่	ไม่ค่อยเป็นจริง
			n (%)	n (%)
3 อันดับแรก				
1 สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยท่าน	2 75	457	142(71 00)	2(1 00)
2 มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติพี่น้อง	2 66	580	138(67 50)	6(3 00)
3 ท่านและสมาชิกในครอบครัวแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและปรึกษาหารือเวลาที่มาเยี่ยม	2 63	570	133(65 00)	8(4 00)
3 อันดับหลัง				
1 แต่ละวันท่านมักอยู่ตามลำพัง	2 15	714	112(51 00)	6(3 00)
2 ญาติพี่น้องให้ความสนใจสม่ำเสมอ	2 50	602	116(58 00)	6(3 00)
3 สมาชิกในครอบครัวท่านมาเยี่ยมท่าน	2 60	635	120(60 00)	10(5 00)

จากตาราง 7 พิจารณาโดยรวมกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ตอบเป็นจริงส่วนใหญ่มากที่สุด พิจารณาในรายข้อพบว่าผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 71 มีความคิดเห็นต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยตอบเป็นจริงส่วนใหญ่ในเรื่องสมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยท่าน มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติพี่น้อง และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนผู้สูงอายุน้อยกว่าร้อยละ 60 ที่มีความคิดเห็นต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โดยตอบเป็นจริงส่วนใหญ่ มีจำนวนน้อยตามลำดับ ได้แก่ แต่ละวันผู้สูงอายุมักอยู่ตามลำพัง ญาติพี่น้องให้ความสนใจสม่ำเสมอ และสมาชิกในครอบครัวท่านมาเยี่ยมท่านสม่ำเสมอ

ตอนที่ 5 วิเคราะห์การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ของการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน

แรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากร ในสถานสงเคราะห์คนชรา		
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	84	42 00
ระดับปานกลาง	116	58 00
รวม	200	100 00
$\bar{X} = 2.58$		$S = 0.848$ ระดับปานกลาง

จากตาราง 8 พิจารณาโดยรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.58 ($S = 0.84$)

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวน ร้อยละ การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ใน 3 อันดับแรก และ 3 อันดับหลัง

แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากร	$\bar{X}$	S	เป็นจริงส่วนใหญ่	ไม่ค่อยเป็นจริง
			n (%)	n (%)
3 อันดับแรก				
1 ท่านและเพื่อนสมาชิกใช้เวลาอยู่ด้วยกัน	2.40	650	108(54.00)	9(4.50)
2 เพื่อนสมาชิกมีวิธีการแสดงความรักเอาใจใส่				
และตอบสนองต่อความรู้สึกเมื่อท่านโกรธ ดีใจ	2.35	754	105(52.50)	8(4.00)
3 เพื่อนสมาชิกให้ความช่วยเหลือท่านในการทำ	2.32	735	102(51.00)	7(3.50)
กิจกรรม				

ตาราง 9 (ต่อ)

แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากร	$\bar{X}$	S	เป็นจริงส่วนใหญ่	ไม่ค่อยเป็นจริง
			n (%)	n (%)
3 อันดับหลัง				
1 เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือใน การทำกิจกรรมต่างๆ	2 10	1 09	81(40 50)	8(4 00)
2 เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ให้คำแนะนำคำปรึกษา	2 23	996	85(42 50)	8(4 00)
3 ได้ติดบัตรตอนเข้าตามที่สถานสงเคราะห์จัดให้	2 24	940	88(44 00)	8(4 00)

จากตาราง 9 พิจารณาโดยรวม กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา ตอบเป็นจริงส่วนใหญ่มากที่สุด และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 54 ตอบเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่ในเรื่องที่ผู้สูงอายุและเพื่อนสมาชิกได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกัน เพื่อนสมาชิกมีวิธีการแสดงความรัก เอาใจใส่ เพื่อนสมาชิกให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ส่วนผู้สูงอายุน้อยกว่า ร้อยละ 40 50 ที่ตอบเป็นจริงส่วนใหญ่ ในเรื่องที่ เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และได้ติดบัตรตอนเข้าตามที่สถานสงเคราะห์จัดให้ ตามลำดับ

ตอนที่ 6 วิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ของระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน

การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านโภชนาการ		
ระดับดี	178	89 00
ระดับปานกลาง	22	11 00
$\bar{X} = 1.99$	$S = 0.731$	ระดับดี
ด้านการออกกำลังกาย		
ระดับดี	166	83 00
ระดับปานกลาง	34	17 00
$\bar{X} = 2.08$	$S = 0.833$	ระดับดี
ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ		
ระดับดี	168	84 00
ระดับปานกลาง	32	16 00
$\bar{X} = 2.37$	$S = 1.003$	ระดับดี
ด้านการจัดการกับความเครียด		
ระดับดี	160	80 00
ระดับปานกลาง	40	20 00
$\bar{X} = 2.08$	$S = 0.833$	ระดับดี
รวม		
ระดับดี	168	84 00
ระดับปานกลาง	28	32 00
$\bar{X} = 2.13$	$S = 0.85$	ระดับดี

จากตาราง 10 พิจารณาโดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.13 ($S = 0.85$) ซึ่งจัดอยู่ในระดับการรับรู้ระดับดี และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดีหมดทุกด้าน

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ ใน 4 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ใน 3 อันดับแรก

การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์	ปฏิบัติได้เล็กน้อย
			n(%)	n(%)
ด้านโภชนาการ				
1 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ต่อวัน	2 14	645	170(85 00)	11(5 50)
2 รับประทานอาหารที่มีกากหรือเส้นใย	2 11	613	168(84 00)	12(6 00)
3 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	2 10	606	167(83 50)	10(5 00)
ด้านการออกกำลังกาย				
1 เลือกวิธีออกกำลังกายที่ชอบ	2 23	784	162(81 00)	13(6 50)
2 หยุดออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเหนื่อยมาก	2 21	689	160(80 00)	12(6 00)
หรือมีอาการเวียนศีรษะ				
3 ทำนออกกำลังกายโดยฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ	2 19	658	156(78 00)	14(7 00)
ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ				
1 ทำนสามารถดูแลร่างกายทั่วไปได้เอง	2 77	2 956	168(84 00)	15(7 50)
รับประทานอาหาร อาน้ำ เป็นต้น				
2 เลือกวิธีพักผ่อนที่ชอบฟังวิทยุ	2 64	2 720	167(83 50)	5(7 50)
3 สังเกตความผิดปกติเช่นมีบาดแผล	2 62	487	164(82 00)	12(6 00)
ด้านการจัดการกับความเครียด				
1 ศึกษาธรรมะ หรือคำสอนทางศาสนา	2 48	802	158(74 00)	14(7 00)
2 หางานอดิเรกทำเมื่อรู้สึกเหงา	2 36	874	156(78 00)	12(6 00)
3 พูดคุยกับเพื่อนสมาชิกเมื่อมีเรื่องต่างๆ	2 27	849	150(75 00)	12(6 00)

จากตาราง 11 พบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 4 ด้านนั้น ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์เป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาจากจำนวนความถี่ในรายด้านพบว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์เป็นส่วนใหญ่ทุกด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ซึ่งความถี่สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 85 ด้านการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 81 ด้านการรับมือกับโรคต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 84 และด้านการจัดการกับความเครียด คิดเป็นร้อยละ 74

ตอนที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กับตัวแปรอายุ, ระดับการศึกษา โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟ (F -test) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กับทางด้านอายุ ระดับการศึกษา

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	51	14428.33	28.007	906	651
	ภายในกลุ่ม	148	4575.48	30.915		
	รวม	199	6003.82			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	51	58.279	1.143	837	766
	ภายในกลุ่ม	148	202.101	1.366		
	รวม	199	260.380			

จากตาราง 12 พบว่า

อายุ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 8 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิก และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ของตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ	188 *	048
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	035	310
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	161*	011
แรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรของสถาน สงเคราะห์คนชรา	265*	000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

จากตาราง 13 พบว่า

ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

แรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

แรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

- 1 เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
- 2 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา
- 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

- 1 ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน
- 2 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แตกต่างกัน
- 3 ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 5 แรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

6 แรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2546 จำนวน 320 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2546 จำนวน 200 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว

ตอนที่ 5 แบบสอบถามประเมินแรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา

ตอนที่ 6 แบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับมือกับสุขภาพ และด้านการจัดการกับความเครียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1 ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับ

2 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมีขั้นตอนดังนี้

2 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงค่าความถี่ และค่าร้อยละ

2 2 วิเคราะห์ตัวแปรด้านจิตสังคม โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)

2 3 วิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)

2 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กับตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา โดยการทดสอบค่าสถิติเอฟ (F-test)

2 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับตัวแปรความสามารถในการปฏิบัติด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1 ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 71-80 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ ปวดเมื่อยตามร่างกาย

ความมุ่งหมายในการศึกษา ข้อที่ 1 ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับดี

ความมุ่งหมายในการศึกษา ข้อที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุและระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ความมุ่งหมายในการศึกษา ข้อที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกับตัวแปรดังนี้

1 ความสามารถในการปฏิบัติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3 แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

4 แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร อภิปรายผล ได้ดังนี้คือ

1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับดี ซึ่งเมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2 13 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2 37 รองลงมาคือด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2 08 ด้านโภชนาการ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1 99 ตามลำดับ ซึ่งตรงกับทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูราที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึงการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะปฏิบัติได้ระดับใด หรือมีความเชื่อว่าจะสามารถทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อการดำรงชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุจากการศึกษา ครั้งนี้ มีความเชื่อว่าตนเองสามารถบริโภคอาหารได้ครบ 5 หมู่ และเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย สามารถออกกำลังกายเป็นประจำ และเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม สามารถดูแลตัวเองหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้ เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่เชื่อว่าตนเองสามารถกระทำได้ ก็จะตัดสินใจกระทำสิ่งนั้นๆ ตามที่ตนเองเชื่อว่าทำได้ ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับ สุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 ก) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 สอดคล้องกับกชกร สมมัง (2542 97-107) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดลพบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับดี และมีการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับนาคยา เกรียงชัยพฤษ (2544 138-139) ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด โดยใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่าภายหลังการทดลองผู้สูงอายุ มีการรับรู้ความสามารถตนเองในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งจากการศึกษา

ครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์อาจกล่าวได้ว่า ทางสถานสงเคราะห์มีการจัดบริการ ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้ดี รวมทั้งมีทีม แพทย์ พยาบาลคอยตรวจสุขภาพ และให้ข้อมูลด้านการ ดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และเนื่องจากในปัจจุบัน สามารถหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้จากสื่อที่ทันสมัย หรือข้อมูลข่าวสารจากหนังสือสุขภาพต่างๆ ซึ่งเป็นสื่อสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ความสามารถตนเองดีขึ้น

2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกับตัวแปร อายุ ระดับ การศึกษา ได้ผลดังต่อไปนี้

2.1 ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน แสดงว่าอายุของผู้สูงอายุไม่ใช่ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอายุในช่วง 70 – 80 ปี จัดอยู่ในวัยที่มีความเสื่อมมักมีสุขภาพไม่แข็งแรง สอดคล้องกับ พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547 : 81-82) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารักษาในคลินิกโรคหัวใจ กับการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มี อายุต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับสุธิดา นิรพัฒน์ (2543 : 93) ที่ได้ศึกษาการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ สเปคค์ (Speake 1997 : 28) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับสุภากร รุ่งอุดม (2547) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีระดับอายุแตกต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ จะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้สูงอายุด้วยกัน และจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลอยู่ในสถานสงเคราะห์ ซึ่งมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจมีการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ จึงทำให้ผู้สูงอายุทุกระดับอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน สอดคล้องกับสุริดา นิรพัฒน์ (2543 : 93) ที่ได้ศึกษาการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้การส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2539 : 48) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ และการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าระยะเวลาในการศึกษาของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมารศรี นุชแสงพลี (2539 : 27) ได้ศึกษาเกี่ยวกับระดับการศึกษาที่ผู้สูงอายุได้รับกับการปรับตัว และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษาที่ผู้สูงอายุได้รับมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว และความพึงพอใจในชีวิต พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคะแนนความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อย มีความคิดทางบวกมากกว่าประเมินว่าตนเองเป็นคนมีคุณภาพสูง กระฉับกระเฉง และยังทำสิ่งต่างๆ ได้ดี ไม่สอดคล้องกับสำรวมจิต (2540 : 97-98) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540 : 87) ศึกษาการเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์บ้านบางละมุงและชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุงที่มีการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน เนื่องจากสภาพแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัยที่เหมือนกัน มีการจัดกิจกรรมในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชราจำเป็นต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการ การบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี และสามารถปฏิบัติต่อผู้สูงอายุแต่ละคนอย่างใกล้ชิด ด้วยความรัก ห่วงใย ทั้งยังควรได้ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดทีมแพทย์ พยาบาล ประจำสถานสงเคราะห์คนชราอย่างเพียงพอ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง กรุงเทพมหานคร อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกัน มีการดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่สามารถได้รับความรู้เพิ่มเติมจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ สิ่งพิมพ์ และในปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยซึ่งสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับด้าน

สุขภาพได้อย่างมาก รวมถึงการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้คาดว่าจะมีผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองได้ดีไม่ขึ้นกับระดับการศึกษา

3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพมี 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

3.1 ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติเมื่อมีความรู้สึกทางบวกมาก การรับรู้ความสามารถของตนเองก็จะมากขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม (Pender 1996 70) สอดคล้องกับ นุชระพี สุทธิกุล (2540 ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ ยุพดี กรรพทุทธิ์ (2543 87) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา และสอดคล้องกับ อุบล ไตรถวิล (2544 114) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติด้านสุขภาพนั้น ปรากฏว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีส่วนใหญ่ ปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตามที่สถานสงเคราะห์กำหนดได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพดี มีผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพระดับดีด้วย

3.2 การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็น

การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่เมื่อมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ โดยเมื่อได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ดีแล้ว ก็จะส่งผลถึงการดูแลสุขภาพปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง สอดคล้องกับ ฮับบาร์ด, มุชเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muchlenkamp & Brown 1984 266 – 269) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพปกติ 2 กลุ่ม พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ สอดคล้องกับสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2538 58) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม กับ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เช่นเดียวกับ อังคณา นวลยง (2535 บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง กับ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การรับรู้เกี่ยวกับโรค สอดคล้องกับเบญจมา เลหาพูนรังสี (2534 83) พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุของข้าราชการพลเรือน จังหวัดนครราชสีมา ถ้าผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีย่อมเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย ซึ่งจากการศึกษาค้างนี้ ผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา ยังมีการติดต่อพบปะกับครอบครัว และญาติพี่น้องอยู่ ถึงแม้ว่าจะอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์เป็นเวลานานก็ตาม แต่ผู้สูงอายุหลายท่านยังต้องการได้รับการช่วยเหลือเช่น ด้านเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีที่ต้องไปโรงพยาบาล รวมถึงต้องการสิ่งของ แม้กระทั่งอาหารและ ขนม นอกเหนือจากที่ทางสถานสงเคราะห์จัดให้ ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนเหล่านี้จากครอบครัวส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

3.3 การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา

ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในสถานสงเคราะห์คนชราของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับประทีน อัมสุขศรี (2542 132 - 137) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองรวมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพของสตรี อายุระหว่าง 36-60 ปี อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่าหลังการทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับวรัญญา มุรินทร์ (2541 ง) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรัก

คุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือนในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับพิมพรรณ กิตติ (2575 2) พบว่าแรงสนับสนุนจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของครูวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 สอดคล้องกับ สุทธิศรี ตระกูลสิทธโชค (2538 58) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม กับ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539 ก) พบว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับเพื่อน หรือเพื่อนบ้านในระดับแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 โดยที่ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมมาก ในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ส่วนร่วมน้อย ในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมมากในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ามีส่วนร่วมปานกลางในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน เพราะการที่ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมมากในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ความภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีการปรับตัวดี และช่วยลดความวิตกกังวล และความไม่พอใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจในการเสื่อมถอยให้หมดไปได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในบ้านบางแคได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง จะมีการผลให้การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพสูงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของเพนเดอร์ ที่กล่าวถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะก่อให้เกิด ความใกล้ชิดผูกพันการรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่นคำแนะนำ วัตถุประสงค์ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น และการที่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงอาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีความต้องการ การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรในสถานสงเคราะห์สูงเป็นส่วนใหญ่ ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมและใช้เวลาอยู่ด้วยกันกับเพื่อนสมาชิกและบุคลากรในสถานสงเคราะห์เป็นส่วนใหญ่ ทำให้เกิดความผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยเหลือให้คำแนะนำการปฏิบัติตน ทำให้ตระหนักถึงความสามารถตนเองในการที่จะทำให้มีสุขภาพแข็งแรง

3.4 สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับเยาวชนลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ (2539 : 81 - 90) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จ. สระบุรี พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ไม่สอดคล้องกับขวัญใจ ดันดิวัฒน์เสถียร (2534 : 117 - 123) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามรายงานของผู้สูงอายุ ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ภาวะสุขภาพ เพศ ($p < 0.001$) จากการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากลักษณะของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา อาศัยในสถานสงเคราะห์เป็นเวลานาน ส่วนใหญ่ประมาณ 10 ปี ขึ้นไป ผู้สูงอายุจึงมีความรู้สึกดีต่อสถานสงเคราะห์ คิดว่าเป็นที่พึ่งในวาระสุดท้ายของชีวิต มีการจัดการดูแลที่ผู้สูงอายุพอใจและรู้สึกว่าชีวิตในสถานสงเคราะห์ดีกว่าช่วงชีวิตก่อนหน้านั้น ที่ต้องโดดเดี่ยว เผชิญความผิดหวังจากครอบครัว และผู้สูงอายุยังรู้สึกเคยชินกับรูปแบบการดำเนินชีวิต ที่ทางสถานสงเคราะห์คนชราจัด จึงไม่ต้องการ การเปลี่ยนแปลงสิ่งอื่น ๆ ให้ชีวิตอีกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันทุกกลุ่มอายุ และเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์ควรมีกิจกรรมทบทวนบทบาทตนเอง เพื่อเป็นการประเมินและช่วยให้การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ส่วนการรับรู้ความสามารถตนเองรายด้านทุกด้านในระดับดี มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับดี ดังนั้นทางสถานสงเคราะห์ จึงควรมีการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นสุขนิสัยในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองต่อไป เช่นการจัดกิจกรรมการจัดการสอนสุขศึกษาที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรในสถานสงเคราะห์ คนชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นกลวิธี สุขศึกษาที่จะส่งผลต่อตัวแปรดังกล่าว ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ เปรียบเทียบกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยตามบ้านเรือนในชุมชนต่างๆ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ บางเสียม (2547) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานเก็บขนมูลฝอย กรุงเทพมหานคร ปริญญาโท วม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- กมลพรรณ หอมนาน (2539) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ วิทยานิพนธ์ พบ ม (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- กรรณิการ์ พัฒนผลวิทยา (2542) ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัยชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ปริญญาโท กศ ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- กาญจนา เกษกาญจน์ (ม ป ป) การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน วิทยานิพนธ์ วม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- กาญจนา คุ่มภัย (2544) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ปริญญาโท กศ ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- กัลยา จิระนคร (2547) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลนนทบุรี ปริญญาโท กศ ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- กุลยา ดันติผลาชีวะ (2535) การพยาบาลผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ โรงพิมพ์เจริญผล
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528) การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ กรุงเทพฯ โรงพิมพ์อรุณการพิมพ์
- จันทิมา จารณศรี (2539) สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ปริญญาโท กศ ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2537) ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ วารสารสุขศึกษา 7(27) 62 - 66 .

- จินตนา รอดนำพา (2535) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
วิทยานิพนธ์ คม (ครุศาสตร์) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถ่ายเอกสาร
- ชูดา จิตรพิทักษ์ (2535) พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2539) การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน กรุงเทพฯ ศุภวานิช
การพิมพ์
- ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534) การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาน
สงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ กศ ม (สุขศึกษา)
กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- ดวงพร รัตนอมรชัย (2540) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สภาวะสุ
ภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง
วิทยานิพนธ์ สส ม (สาธารณสุข) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ถ่ายเอกสาร
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชาย
แดนภาคใต้ของประเทศไทย วิทยานิพนธ์ พบ ม (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- ทิพวรรณ ขาวสำอางค์ (2535) แบบแผนชีวิตผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรค
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ วิทยานิพนธ์ กศ ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล , จิตินันท์ ศศิฉาย และประทุม สร้อยวงศ์ (2536) ความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณ
ภาพชีวิต ในผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลสาร 13-23
- นิรนาท วิทโยคกิตติคุณ (2534) ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
วิทยานิพนธ์ วท ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ถ่ายเอกสาร
- บรรลุ ศิริพานิช (2535) ระบาดวิทยาของโรคพิษและการและผู้สูงอายุในประเทศไทย พ ศ 2535
กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532) ทศนคติ การวัดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอนามัย
กรุงเทพฯ โรงพิมพ์ธีระพัฒนา

- พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2538) วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ กรุงเทพฯ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ภัทรพร ไพเราะ (2539) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม วิทยานิพนธ์ วท ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- มณฑนา เจริญกุล (2534) แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุข
ภาพของผู้สูงอายุ วิทยานิพนธ์ วท ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- ไมตรี ดิยะรัตนกุล (2536) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ สค ม (สังคมศาสตร์)
กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- เยาวรักษ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดสระบุรี วิทยานิพนธ์ วท ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล ถ่ายเอกสาร
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์ (2539) การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS กรุงเทพฯ สำนัก
คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- สุชาติพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
โรงพยาบาลนครปฐม วิทยานิพนธ์ กศ ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- สุนทรี ใจมีธรรม (2543) พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับการบริการฉีดวัคซีน
ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี วิทยานิพนธ์ กศ ม
(สุขศึกษา) กรุงเทพฯ (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- สุรกุล เจนอบรม (2534) วิทยาการผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย
- สำรวมจิต เจนอบรม (2540) การเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี
วิทยานิพนธ์ กศ ม (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2540) รายงานการเปลี่ยนแปลงประชากร 2538 - 2539 กรุงเทพฯ ม ป พ

- นัยรัตน์ วีระนรพานิช (2540) การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค
เอดส์ในนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช วิทยานิพนธ์ วท ม (สุขศึกษา)
กรุงเทพ ฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- อัจฉรา จังพานิช (2541) แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
ปริญญาณิพนธ์ กศ ม (สุขศึกษา) กรุงเทพ ฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- อัครา อารณ (2540) ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม
และ ปัจจัยทาง ชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรม
ผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ปริญญาณิพนธ์ กศ ม (สุขศึกษา)
กรุงเทพ ฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- อรชน ศรีไทยล้วน (2541) ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรก
ซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล ปริญญาณิพนธ์ วท ม (สุขศึกษา)
กรุงเทพ ฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร
- อรนาถ วัฒนวงษ์ (2543) การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทาง
สังคม ในการส่งเสริมการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพของแรงงานสตรีในโรงงาน
เฟอร์นิเจอร์ไม้ จังหวัดนนทบุรี วิทยานิพนธ์ วท ม (สุขศึกษา) กรุงเทพ ฯ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถ่ายเอกสาร
- Behler ,et al (1993) *Health Promotion Throughout the lifespan* 2 nd ed St louis C V
Mosby Company
- Bendura ,A (1986) *Social Foudations of Thought and Action* A social Cognitive Learning
New Jersy Prentice- Hall
- Cobb, S (1976) *Social support as a Moderator for life* Psychosomatic Medicine 38
(September – October) 300 –313
- Cohen, S (1985) *Stress Social Support and The Buffering Hypothesis* Psychological
Bullitin
- Cronbach, L J (1970) *Essential of Psychological Testing* 3 rd ed New York Harper
and Raw
- Duffy, ME (1988, June) *Determinants of Health Promotion Lifestye in Older Person*
IMAGE Journal of Nursing Scholarship 25 (1) 23 –28
- Hous, Jame S (1981) *Work Stress and Social Support Phillipines* Addison – Weley

- Johnson, J L et al (1993, May – June) *An Explorration of Pender's Health Promotion Model Using LISREL* Nursing Research P 266 –268
- Kasl and Cobb, S (1996) *Health Behavior, Illness behavior and sick role behavior* Archine environmental health
- Krejcie and Morgan (1960) *The NEA Research Bulletin Small-Sample Teachniques* 38 99 , December
- Muhlenkamp, AF (1986) *Self-Estreem , Social Support and Positive Health Practise* In Nursing Research 35 (5) 334-338
- Orem, D E (1991) *Nursing Concept of practice* New York McGraw – Hill Book Company
- Pender, N J (1987) *Health Promotion in Nursing Practice* 2 nd ed Norwalk – Connecticut Appleton and Lange
- Pender, N J (1996) *Health Promotion in Nursing Practice* Standford Connecticut Appleton and Lange
- Pender, N J (1996) *Health Promotion in Nursing Practice* 3 rd ed Connecticut U S A Appleton and Lange
- Rosenstock, I M (1974) *The Health Belief Model and Preventive health behavior* Health education Monograph 2 ,4 winter 354-385
- Siann, Gara (1980) *Educational psychological in A changing Word* London Gorge Allen and Unwin
- Speak, D L (1987) *Health Promotion Activity in the well elderly health values*, 11 25-30 ,November – December
- Speak, D L, M E Cowart and L Pellet (1989, September)" *Health Perception and Lifestyles of Elderly* Resaerch in Nursing and Health 12 93 – 100
- Travelbec ,B H (1997) *Social support and Health* Medicine Care 47-56
- Vroom, V H (1964) *Work and Motivation* New York John
- Walker, S N and others (1988 October) " *Health-promotion lifestyles of older adults comparisons with young and middleaged adult Correlates patterns* , Advances in Nursing Science 76 - 90

Wallston,K A , B S Wallston and S Mades (1976 October) *Health Related Information Seeking as a Function of Health- Related Locus of Control and Health Value*
Journal of Research in Personality 20 1193

ภาคผนวก



3 ธันวาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ ศรีสุจริต นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัชรเวที และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา ขอดกลกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์กาญจนา ศิริเจริญวงศ์ และ อาจารย์นงลักษณ์ นฤวัตร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ให้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวนงลักษณ์ ศรีสุจริต และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เจษฎา จิระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐2-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443000 ต่อ 3264 - 5



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๖ ธันวาคม 2547

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชรา บางพลี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ ศรีสุจริต นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไทใหญ่ย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในสถานสงเคราะห์คนชรา บางพลี เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนธันวาคม 2547 - มกราคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวนงลักษณ์ ศรีสุจริต ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เจี๊ยงสิริ จีระเชชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร 02-664-1000 ต่อ 5618 5731

หมายเหตุ ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443000 ต่อ 3264 - 5



ที่ ศธ 0519 12/ 11934

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 ธันวาคม 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน อธิบดีกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ ศรีสุจริต นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัชรเวที และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไนบุญ อ่อนกั้ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ในระหว่างเดือนธันวาคม 2547 - กุมภาพันธ์ 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวนงลักษณ์ ศรีสุจริต ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญาานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เจ็ญศิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร 02-664-1000 คอ 5731

หมายเหตุ ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิติ โทรศัทพ์ 02-2443000 ต่อ 3264-5



บันทึกข้อความ

90

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร 5731, 5618

ที่ ศธ 0519 12/ 114-71

วันที่ 3 ธันวาคม 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวนงลักษณ์ ศรีสุจริต นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสูงศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร” โดยมี รองศาสตราจารย์ธาดา วิมลวัตรเวที และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบุลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และ อาจารย์ทรงพล ค่อนี่ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวนงลักษณ์ ศรีสุจริต และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกียรติวิจิ จีระเชชากุล)

คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
คุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถาม

เรื่อง การรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
คำชี้แจง

แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว
- ตอนที่ 5 แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิก และบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในสถานสงเคราะห์คนชรา
- ตอนที่ 6 แบบสอบถามประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดนี้ใช้เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ และเพื่อนำข้อมูลใน

ภาพรวมมาวางแผนบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตอบตามความรู้สึกที่แท้จริง

ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวนงลักษณ์ ศรีสุจริต

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ใน ☐ หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1 เพศ

☐

ชาย

☐

หญิง

2 อายุ ปี

3 สถานภาพสมรส

☐

โสด

☐

คู่

☐

หม้าย / หย่า/แยก

4 ระดับการศึกษาสูงสุด

☐

ต่ำกว่าประถมศึกษา

☐

ประถมศึกษา

☐

มัธยมศึกษาตอนต้น

☐

มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช

☐

ปวส / อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

☐

ปริญญาตรี

☐

สูงกว่าปริญญาตรี

5 อาชีพของท่านในอดีตคือ

อาชีพของท่านในปัจจุบันคือ

6 ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไร (ในระยะเวลา 3 เดือน ถึงปัจจุบัน)

☐

ไม่ดี

☐

ปานกลาง

☐

ดี

☐

ดีมาก

เหตุผลอะไรท่านจึงเลือกตอบภาวะสุขภาพดังกล่าวตามข้อ 6

7 ท่านมีปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ การมองเห็นผิดปกติ เช่น ต้อกระจก ต้อหิน
- ☐ หูตึง / หูหนวก
- ☐ โรคไข้อี้อารัง
- ☐ โรคหลอดเลือดอากเสบ
- ☐ โรคหอบหืด
- ☐ โรคปอดเรื้อรัง (วัณโรค ถุงลมโป่งพอง)
- ☐ โรคหัวใจ
- ☐ โรคความดันโลหิตสูง
- ☐ ไขมันในเลือดสูง
- ☐ อัมพาต / อัมพฤกษ์
- ☐ โรคลมชัก
- ☐ โรคเบาหวาน
- ☐ โรคกระเพาะ
- ☐ โรคขาดสารอาหาร
- ☐ โรคตับ
- ☐ โรคไต
- ☐ โรคลำไส้อักเสบ
- ☐ โรคปวดเมื่อยตามร่างกาย
- ☐ ปวดหลัง
- ☐ ข้ออักเสบ
- ☐ มะเร็ง
- ☐ ได้รับอุบัติเหตุและมีความพิการหลงเหลือ ระบุ
- ☐ มีความวิตกกังวล ไม่สบายใจ
- ☐ มีความรู้สึกซึมเศร้า หดหู่
- ☐ อื่น ๆ ระบุ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับที่ท่านได้ปฏิบัติ

ลำดับ	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ปฏิบัติได้ เป็นประจำ	ปฏิบัติได้ เป็นบางครั้ง	ปฏิบัติไม่ได้
1	ท่านตื่นนอนแต่เช้าทันเวลารับประทานอาหาร อาหารเข้าตามที่สถานสงเคราะห์กำหนด			
2	ท่านรับประทานอาหารเองได้โดยไม่ต้องมี คนคอยช่วยเหลือ			
3	ท่านแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร			
4	ท่านสามารถอาบน้ำ ได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ ช่วยเหลือ			
5	ท่านสามารถลุกเดินได้เองโดยไม่ต้องมีคน คอยช่วยเหลือ			
6	ท่านขับถ่ายอุจจาระโดยไม่ต้องใช้ยาระบาย			
7	ท่านสามารถร่วมกิจกรรมในการ ออกกำลังกายที่สถานสงเคราะห์จัดไว้			
8	ท่านสามารถทำกิจกรรมที่ทางสถาน สงเคราะห์จัดให้			
9	ระหว่างวันท่านมักนอนหลับเมื่อมีเวลาว่าง			
10	ท่านเข้านอนแต่หัวค่ำ			
11	ท่านสดมภ์ก่อนเข้านอน			
12	ท่านแจ้งเจ้าหน้าที่ทันทีเมื่อรู้สึกไม่สบาย			

ตอนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับ

ความคิดหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ท่านรู้สึกมีความสุขกับชีวิตความเป็นอยู่ในขณะนี้				
2	ท่านรู้สึกพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในขณะนี้				
3	ท่านคิดว่าในช่วงวัยชราก็เป็นช่วงชีวิตที่ดี				
4	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง				
5	ท่านได้รับการยอมรับจากคนชราในสถานสงเคราะห์				
6	ท่านได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์คนชรา				
7	ท่านได้รับการยอมรับจากลูกหลาน				
8	ท่านคิดว่าท่านมีความสำคัญอยู่				

ลำดับ	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
9	ท่านคิดว่าชีวิตโดยทั่วไปของท่านแยกจาก คนชราคนอื่นๆ เมื่อเปรียบเทียบกับในวัยเดียว กัน				
10	ท่านคิดว่าชีวิตที่เป็นอยู่น่าจะมีความสุข กว่านี้				
11	ท่านพึงพอใจกับกิจกรรมที่ทางสถาน สงเคราะห์จัดให้				
12	ท่านรู้สึกจำเจ นาเบื่อ				
13	ท่านรู้สึกเหงา ไร้คุณค่า				
14	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง				
15	ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถตัดสินใจ ในเรื่องต่างๆ ได้				
16	ท่านรู้สึกไม่มีความภูมิใจในชีวิตปัจจุบัน				

ตอนที่ 4 แบบสอบถามประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง โปรดตอบโดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ลำดับ	แรงสนับสนุนจากครอบครัว	เป็นจริง ส่วนใหญ่	เป็นจริง บางครั้ง	ไม่ค่อย เป็นจริง	ไม่เป็น จริงเลย
1	สมาชิกในครอบครัวท่านมาเยี่ยมท่าน สม่ำเสมอ				
2	สมาชิกในครอบครัวท่านยินดีช่วยจัดการ ธุระต่างๆให้ท่าน				
3	ท่านและสมาชิกในครอบครัวไม่ค่อยมีความ ขัดแย้งกัน				
4	สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยท่าน				
5	ท่านและสมาชิกในครอบครัวแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น ปรีกษาหาหรือเวลาที่มาเยี่ยม ท่าน				
6	สมาชิกในครอบครัวไม่เป็นห่วงว่าท่านมี ชีวิตอยู่อย่างไร				
7	ท่านสามารถพึ่งพาญาติพี่น้องได้เมื่อมี ความจำเป็น				
8	ท่านมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติพี่น้อง				
9	แต่ละวันท่านมักอยู่ตามลำพัง				
10	ญาติพี่น้องให้ความสนใจท่านสม่ำเสมอ				

ตอนที่ 5 แบบประเมินแรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในสถานสงเคราะห์

คนชรา

คำชี้แจง โปรดตอบโดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

ที่สุด

ลำดับ	แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา	เป็นจริงส่วนใหญ่	เป็นจริงบางครั้ง	ไม่ค่อยเป็นจริง	ไม่เป็นจริงเลย
1	ท่านได้ติดباطรตอนเข้าเป็นประจำตามที่ทางสถานสงเคราะห์จัดกิจกรรมนี้ให้				
2	ท่านได้ไปฟังเทศน์ ฟังธรรมกับเพื่อนๆผู้สูงอายุ				
3	ท่านได้รับการอนุญาตจากเจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ให้ไปเยี่ยมครอบครัวท่าน				
4	เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือท่านในการทำกิจกรรมต่างๆ				
5	เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ให้คำแนะนำและ/หรือให้คำปรึกษาแก่ท่าน				
6	เพื่อนสมาชิกให้ความช่วยเหลือท่านในการทำกิจกรรมต่างๆ				
7	เพื่อนสมาชิกมีวิธีการแสดงความรัก เอาใจใส่และตอบสนองต่อความรู้สึก เช่น เมื่อท่านโกรธ เสียใจ ดีใจ				
8	ท่านพอใจที่ท่านและเพื่อนสมาชิกใช้เวลาอยู่ด้วยกัน				
9	ท่านมีเพื่อนสมาชิกที่สนิทสนมในสถานสงเคราะห์				

ตอนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาอ่านแต่ละข้อความ และเลือกตอบตามความสามารถที่ท่านปฏิบัติตนด้านสุขภาพในแต่ละด้านได้ดีเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย / ในข้อที่ท่านทำได้ให้ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

ด้านที่ 1 ด้านโภชนาการ ท่านคิดว่าท่านสามารถ

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติได้อย่าง สมบูรณ์	ปฏิบัติได้ เป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติได้ เล็กน้อย	ปฏิบัติ ไม่ได้เลย
1	รับประทานอาหารได้ครบ 5 หมู่				
2	รับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ ต่อวัน				
3	รับประทานอาหารว่าง 1 – 2 มื้อ ต่อวัน				
4	รับประทานอาหารที่มีกากหรือ เส้นใยมาก เช่นผัก ผลไม้				
5	เลือกรับประทานอาหารตามคำแนะนำของ แพทย์ / พยาบาล				
6	หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด และอาหารมี ไขมัน กะทิ				
7	รับประทานอาหารได้เองโดยไม่ต้องมี คนคอยช่วยเหลือ				
8	ดื่มน้ำประมาณ 2 ลิตร หรือ 8-10 แก้วต่อ วัน				

ด้านที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย ท่านสามารถ

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติได้ อย่างสมบูรณ์	ปฏิบัติได้ เป็นส่วน ใหญ่	ปฏิบัติได้ เล็กน้อย	ปฏิบัติ ไม่ได้เลย
1	ท่านออกกำลังกายเข้า-เย็นตามที่สถาน สงเคราะห์จัดให้				
2	ท่านเลือกวิธีออกกำลังกายที่ชอบและ เหมาะสมกับวัย				
3	ท่านออกกำลังกายโดยฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ ส่วนต่างๆ				
4	ท่านออกกำลังกายกลางแจ้ง				
5	ท่านทำการยืดเส้นยืดสายโดยการบริหาร กล้ามเนื้อ แขน ขาก่อนเริ่มออกกำลังกาย				
6	ท่านค่อยๆผ่อนกำลังลงก่อนหยุดออก กำลังกาย				
7	ท่านหยุดออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเหนื่อย มากๆ หรือมีอาการวิงเวียนศีรษะ				
8	ท่านป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตราย จากการออกกำลังกาย				
9	ท่านไปร่วมออกกำลังกายในสถานที่ชุม ชนด้วยตนเอง				
10	ท่านไปร่วมออกกำลังกายกับผู้สูงอายุใน วัยเดียวกัน				

ด้านที่ 3 ด้านการรับมือข้อต่อสุขภาพ

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติได้ อย่างสมบูรณ์	ปฏิบัติได้ เป็นส่วนใหญ่	ปฏิบัติได้ เล็กน้อย	ปฏิบัติ ไม่ได้เลย
1	สามารถเข้าห้องน้ำโดยไม่ต้องมีคนคอย ช่วยเหลือ				
2	ท่านฝึกขมิบก้นเพื่อช่วยป้องกันการกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่				
3	ท่านสามารถดูแลร่างกายทั่วไป เช่น รับ ประทานทานข้าว แปรงฟัน ล้างหน้า				
4	ท่านควบคุมน้ำหนักโดยลดอาหารไขมัน				
5	ท่านหาวิธีรื้อน้ำหนักเท่าไรจึงจะมีสุขภาพ ดี				
6	สามารถเดินขึ้นลงบันไดได้ด้วยตัวเอง				
7	สังเกตความผิดปกติของร่างกาย เช่น การหายใจ บาดแผล หรืออื่นๆ				
8	รู้ว่ามีอาการอะไรที่ควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ ที่ดูแลทราบ				
9	ใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร				
10	ท่านไปตรวจสุขภาพปีละ 2 ครั้ง				
11	สามารถหาแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพ				
12	เลือกวิธีพักผ่อนหย่อนใจที่ชอบ เช่น อ่าน หนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์				

ด้านที่ 4 ด้านการจัดการกับความเครียด

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติได้ อย่างสมบูรณ์	ปฏิบัติได้ เป็นส่วน ใหญ่	ปฏิบัติ ได้เล็กน้อย	ปฏิบัติ ไม่ได้เลย
1	พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ทันท่วงที เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ				
2	พูดคุยกับเพื่อนสมาชิกคนชราเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ				
3	ศึกษาธรรมะ หรือคำสอนทางศาสนาเป็นประจำ				
4	หางานอดิเรกหรือกิจกรรมทำเมื่อรู้สึกเหงาหรือเครียด				
5	หางานอดิเรกหรือกิจกรรมทำเมื่อมีเวลาว่าง				
6	หาวิธีเผชิญกับความเครียดได้				
7	สามารถนอนหลับโดยไม่ต้องใช้ยานอนหลับ				
8	หลีกเลี่ยงความรู้สึกเบื่อหน่าย จำเจ				
9	ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ทุกเมื่อที่ต้องการ				
10	ท่านชอบฟังหรือร่วมเล่าเรื่องตลกขบขันในกลุ่มเพื่อนๆ				

ภาคผนวก ค

- **คำอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น**
- **ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของแบบสอบถามรายชื่อ**

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

ตาราง 14 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	681	7	813
2	774	8	548
3	763	9	452
4	773	10	390
5	810	11	461
6	605	12	358

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เท่ากับ 900

ตาราง 15 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	754	9	636
2	752	10	557
3	606	11	037
4	684	12	627
5	584	13	468
6	714	14	804
7	465	15	706
8	584	16	602

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 901

ตาราง 16 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางครอบครัว

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	478	6	213
2	436	7	269
3	395	8	242
4	541	9	237
5	509	10	298

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางครอบครัวเท่ากับ 447

ตาราง 17 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามประเมินแรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	776	6	636
2	732	7	697
3	305	8	694
4	760	9	649
5	686		

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามประเมินแรงสนับสนุนจากเพื่อนและบุคคลากรในสถานสงเคราะห์เท่ากับ 893

ตาราง 18 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามด้านโภชนาการ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	657	5	584
2	725	6	719
3	696	7	700
4	782	8	460

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านโภชนาการเท่ากับ 888

ตาราง 19 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามด้านการออกกำลังกาย

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	300	6	129
2	419	7	129
3	507	8	200
4	135	9	181
5	350	10	105

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 520

ตาราง 20 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	681	7	813
2	774	8	548
3	763	9	452
4	773	10	390
5	810	11	461
6	605	12	358

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพเท่ากับ 900

ตาราง 21 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามด้านการจัดการกับความเครียด

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	201	6	366
2	211	7	231
3	231	8	352
4	225	9	240
5	322	10	337

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการจัดการความเครียดเท่ากับ 363

ตาราง 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของระดับความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ

ความสามารถในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติไม่ได้
			n(%)	n(%)
1 ขับถ่ายอุจจาระโดยไม่ต้องใช้ยาระบาย	1 89	377	181(90 50)	4(2 00)
2 แปร่งฟันหลังรับประทานอาหาร	1 88	355	178(89 00)	5(2 50)
3 สามารถทำกิจกรรมที่ทางสถานสงเคราะห์จัดให้	1 87	337	174(87 00)	26(13 00)
4 สามารถอาบน้ำได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	1 84	430	173(86 50)	5(2 50)
5 ทานข้าวนอนแต่หัวค่ำ	1 83	427	172(86 00)	8(4 00)
6 แจ้งเจ้าหน้าที่ทันทีที่รู้สึกไม่สบาย	1 81	393	170(85 00)	4(2 00)
7 แต้นนอนแต่เช้าทันเวลารับประทานอาหารเช้า ตามที่สถานสงเคราะห์กำหนด	1 79	452	168(84 00)	3(1 50)
8 สวดมนต์ก่อนเข้านอน	1 79	412	167(83 50)	7(3 50)
9 สามารถลุกเดินได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	1 77	456	158(78 00)	10(5 00)
10 รับประทานอาหารเช้าได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	1 77	491	158(78 50)	6(3 00)
11 ระหว่างวันท่านสามารถนอนหลับเมื่อมีเวลาว่าง	1 75	434	157(78 50)	4(2 00)
12 สามารถร่วมกิจกรรมออกกำลังกายตามที่กำหนด	1 73	.562	150(75 00)	10(5 00)

ตาราง 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	$\bar{X}$	S	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย
			n(%)	n(%)
1 พอใจกับกิจกรรมที่ทางสถานสงเคราะห์จัดให้	3 88	383	169(84 50)	9(4 50)
2 ท่านมีความสุขกับชีวิตความเป็นอยู่ในขณะนี้	3 85	363	165(82 50)	8(4 00)
3 ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ใน สถานสงเคราะห์	3 81	488	164(82 00)	8(4 00)
4 ท่านมีความสำคัญอยู่	3 78	500	161(80 50)	9(4 50)
5 ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในขณะนี้	3 74	626	156(78 00)	6(3 00)

ตาราง 23 (ต่อ)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	$\bar{X}$	S	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย
			n(%)	n(%)
5 ทานพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในขณะนี้	3.74	626	156(78.00)	6(3.00)
6 รู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง	3.74	618	154(77.00)	6(3.00)
7 ได้รับการยอมรับจากคนชราใน สถานสงเคราะห์	3.73	565	153(76.50)	8(4.00)
8 รู้สึกว่าชีวิตวัยชราก็เป็นช่วงชีวิตที่ดี	3.65	768	152(76.00)	7(3.50)
9 รู้สึกไม่มีความภาคภูมิใจในชีวิตปัจจุบัน	3.63	667	150(75.00)	8(4.00)
10 รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง	3.60	633	148(74.00)	6(3.00)
11 รู้สึกว่าไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้	3.50	757	146(73.00)	9(4.50)
12 คิดว่าชีวิตโดยทั่วไปของท่านแย่กว่าคนอื่น ๆ	3.33	783	142(71.00)	4(2.00)
13. รู้สึกว่าชีวิตที่เป็นอยู่น่าจะมีความสุขกว่านี้	3.27	955	138(69.00)	6(3.00)
14 ได้รับการยอมรับจากลูกหลาน	3.25	799	135(67.50)	8(4.00)
15 รู้สึกเหงา ไร้คุณค่า	2.93	638	133(66.50)	8(4.00)
16 รู้สึกจำเจ น่าเบื่อ	2.87	657	130(65.00)	4(2.00)

ตาราง 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ และความคิดเห็นการได้รับแรง
สนับสนุนจากครอบครัว

แรงสนับสนุนจากครอบครัว	$\bar{X}$	S	เป็นจริงส่วนใหญ่	ไม่ค่อยเป็นจริง
			n (%)	n (%)
1 สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยท่าน	2.75	457	142(71.00)	2(1.00)
2 มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติพี่น้อง	2.66	580	138(69.00)	6(3.00)
3 ท่านและสมาชิกในครอบครัวแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและปรึกษากันเวลามาเยี่ยม	2.63	570	135(67.50)	8(4.00)
4 สมาชิกในครอบครัวไม่เป็นห่วงว่าท่านมี ชีวิตอยู่อย่างไร	2.63	562	135(67.50)	6(3.00)

ตาราง 24 (ต่อ)

แรงสนับสนุนจากครอบครัว	$\bar{X}$	S	เป็นจริงส่วนใหญ่ n(%)	ไม่ค่อยเป็นจริง n(%)
4 สมาชิกในครอบครัวไม่เป็นห่วงว่าท่านมี ชีวิตอยู่อย่างไร	2 63	562	135(67 50)	6(3 00)
5 สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องได้เมื่อมีความจำเป็น	2 62	572	133(66 50)	7(3 50)
6 สมาชิกในครอบครัวยินดีช่วยจัดการธุระต่างๆ	2 61	566	125(62 50)	8(4 00)
7 ท่านกับสมาชิกในครอบครัวไม่ค่อยมี ความขัดแย้งกัน	2 61	565	124(64 00)	9(4 50)
8 สมาชิกในครอบครัวท่านมาเยี่ยมท่าน	2 60	635	120(60 00)	10(5 00)
9 ญาติพี่น้องให้ความสนใจสม่ำเสมอ	2 50	602	116(58 00)	6(3 00)
10 แต่ละวันท่านมักอยู่ตามลำพัง	2 15	714	112(51 00)	6(3 00)

ตาราง 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อน
และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากร	$\bar{X}$	S	เป็นจริงส่วนใหญ่ n (%)	ไม่ค่อยเป็นจริง n (%)
1 ท่านและเพื่อนสมาชิกใช้เวลาอยู่ด้วยกัน	2 40	650	108(54 00)	9(4 50)
2 เพื่อนสมาชิกมีวิธีการแสดงความรักเอาใจใส่ และตอบสนองต่อความรู้สึกเมื่อท่านโกรธ ดีใจ	2 35	754	105(52 50)	8(4 00)
3 เพื่อนสมาชิกให้ความช่วยเหลือท่านในการ ทำกิจกรรม	2 32	735	102(51 00)	7(3 50)
4 ท่านมีเพื่อนสมาชิกที่สนิทสนม	2 32	714	100(50 00)	8(4 00)
5 ท่านได้ฟังเทศน์ ฟังธรรม	2 30	881	97(46 50)	6(3 00)

ตาราง 25 (ต่อ)

แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากร	$\bar{X}$	S	เป็นจริงส่วนใหญ่ ไม่ค่อยเป็นจริง	
			n (%)	n (%)
6 ท่านได้รับอนุญาตให้ไปเยี่ยมครอบครัว	2 27	871	98(49 00)	9(4 50)
7 ท่านดักบาดตามีสถานสงเคราะห์จัดให้	2 24	940	90(45 00)	12(6 00)
8 เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ท่าน	2 23	996	89(44 50)	10(5 00)
9 เจ้าหน้าที่สถานสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือ ในการทำกิจกรรมต่างๆ	2 10	1 09	81(40 50)	8(4 00)

ตาราง 26 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ความสามารถตนเองใน
ด้านโภชนาการ

การรับรู้ความสามารถตนเองใน ด้านโภชนาการ	$\bar{X}$	S	ปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์ ปฏิบัติได้เล็กน้อย	
			n(%)	n(%)
1 รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ต่อวัน	2 14	645	170(85.00)	11(5 50)
2 รับประทานอาหารที่มีกากหรือเส้นใย	2 11	613	168(84 00)	12(6 00)
3 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	2 10	606	167(83 50)	10(5 00)
4 รับประทานอาหารได้เองโดยไม่มีผู้ช่วย	2 02	1 54	166(83 00)	11(5 50)
5 รับประทานอาหารว่าง 1-2 มื้อต่อวัน	2 00	602	164(82 00)	14(7 00)
6 ดื่มน้ำประมาณ 8-10 แก้ว ต่อวัน	1 94	650	160(80 00)	10(5 00)
7 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด ไขมัน กะทิ	1 84	602	157(78 50)	9(4 50)
8 รับประทานอาหารตามคำแนะนำของ แพทย์ / พยาบาล	1 73	597	154(77 00)	12(6 00)

ตาราง 27 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ความสามารถตนเอง
ในด้านการออกกำลังกาย

การรับรู้ความสามารถตนเองใน ด้านการออกกำลังกาย	$\bar{X}$	S	ปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์	ปฏิบัติได้เล็กน้อย
			n (%)	n (%)
1 เลือกวิธีออกกำลังกายที่ชอบ	2.48	802	162(81.00)	13(6.50)
2 หยุดออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเหนื่อยมาก หรือมีอาการเวียนศีรษะ	2.36	874	160(80.00)	12(6.00)
3 ทำนออกกำลังกายโดยฝึกเกร็งกล้ามเนื้อ	2.27	849	156(78.00)	14(7.00)
4 ทำนยืดเส้นยืดสาย โดยบริหารกล้ามเนื้อ ก่อนเริ่มออกกำลังกาย	2.21	862	154(76.00)	10(5.00)
5 ทำนผ่อนกำลังลงก่อนหยุดออกกำลังกาย	2.18	742	151(75.50)	12(6.00)
6 ทำนป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจาก การออกกำลังกาย	2.05	804	148(74.00)	14(7.00)
7 ทำนออกกำลังกายกับผู้สูงอายุวัยเดียวกัน	1.92	753	145(72.50)	9(4.50)
8 ทำนได้ออกกำลังกายในสถานที่ชุมชน	1.88	896	142(71.00)	12(6.00)
9 ทำนออกกำลังกายเข้า เย็นตามที่จัดให้	1.81	857	140(70.00)	13(6.50)
10 ทำนหลีกเลี่ยงออกกำลังกายกลางแดด	1.67	919	130(65.00)	15(7.50)

ตาราง 28 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ความสามารถตนเอง
ในด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถตนเองใน ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ	$\bar{X}$	S	ปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์	ปฏิบัติได้เล็กน้อย
			n(%)	n(%)
1 ท่านสามารถดูแลร่างกายทั่วไปได้เอง เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ	2.77	2.95	168(84.00)	15(7.50)
2 เลือกวิธีพักผ่อนที่ชอบ เช่น ฟังวิทยุ	2.64	2.72	167(83.50)	5(7.50)
3 สังเกตความผิดปกติเช่น มีบาดแผล	2.62	4.87	164(82.00)	12(6.00)
4 ใช้จ่ายตามคำแนะนำของแพทย์	2.42	6.52	162(81.00)	10(5.00)
5 เลือกวิธีพักผ่อนเช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ	2.41	6.19	161(80.50)	10(5.00)
6 สามารถเดินขึ้นลงบันไดเอง	2.35	6.49	160(80.00)	10(5.00)
7 รู้ว่ามีอาการอะไรควรแจ้งเจ้าหน้าที่	2.33	6.53	159(79.50)	14(7.00)
8 ท่านควบคุมน้ำหนักโดยลดอาหารไขมัน	2.32	6.39	154(72.00)	9(4.50)
9 ท่านฝึกขมิบกันเพื่อช่วยป้องกันการ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	2.27	7.15	150(75.00)	8(4.00)
10 ไปตรวจสุขภาพปีละ 2 ครั้ง	2.22	7.10	148(74.00)	6(3.00)
11 สังเกตความผิดปกติ เช่น มีบาดแผล	2.17	6.22	145(72.50)	9(4.50)
12 หาข้อมูลข่าวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	1.97	6.38	140(70.00)	8(4.00)

ตาราง 29 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้ความสามารถตนเองใน
ด้านการจัดการกับความเครียด

การรับรู้ความสามารถตนเองใน ด้านการจัดการกับความเครียด	$\bar{X}$	S	ปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์	ปฏิบัติได้เล็กน้อย
			n (%)	n (%)
1 ศีลธรรม หรือคำสอนทางศาสนา	2.48	8.02	158(74.00)	14(7.00)
2 หางานอดิเรกทำเมื่อรู้สึกเหงา	2.36	8.74	156(78.00)	12(6.00)
3 พูดคุยกับเพื่อนสมาชิกเมื่อมีเรื่องต่างๆ	2.27	8.49	150(75.00)	12(6.00)

ตาราง 29 (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถตนเองใน	$\bar{X}$	S	ปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์	ปฏิบัติได้เล็กน้อย
			n(%)	n(%)
4 หลีกเสี่ยงความเบื่อหน่าย จำเจ	2.21	862	149(74.50)	10(5.00)
5 หาวิธีเผชิญความเครียดได้	2.18	742	144(72.00)	8(4.00)
6 พุดคุยกับเจ้าหน้าที่เมื่อมีเรื่องไม่	2.05	804	140(70.00)	10(5.00)
7 หากิจกรรมทำเมื่อมีเวลาว่าง	1.92	753	137(68.50)	12(6.00)
8 ชอบฟังหรือร่วมเล่าเรื่องตลกกับเพื่อนๆ	1.88	868	134(67.00)	9(4.50)
9 นอนหลับได้โดยไม่ต้องใช้ยานอนหลับ	1.81	857	130(65.00)	10(5.00)
10 ความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้	1.67	919	126(63.00)	9(4.50)

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวนงลักษณ์ ศรีสุจริต
วัน เดือน ปีที่เกิด	24 มีนาคม 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดชุมพร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	7/110 ซอยเพชรเกษม 60/2 ถนนเพชรเกษม แขวงบางด้วน เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล 681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
ประวัติการศึกษา	
พ ศ 2537	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนชินอรสวิทยาลัย
พ ศ 2541	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ ศ 2547	อบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล 1 ปี
พ ศ 2548	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ