

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญาานิพนธ์

ของ

เบญจมาศ นาควิจิตร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

พฤษภาคม 2551

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญาานิพนธ์
ของ
เบญจมาศ นาควิจิตร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

พฤษภาคม 2551

ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

เบญจมาศ นาควิจิตร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

พฤษภาคม 2551

เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. ปรินฏยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง, รองศาสตราจารย์อัฉรา สุขารมณ.

ความมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษา 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางจิตสังคมที่แตกต่างกัน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ และ 4) ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจากปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 362 คน ตัวแปรอิสระประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว 2) ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง 3) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพื้นฐาน การทดสอบ t การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีของทูกี สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 12 ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

PSYCHO-SOCIAL FACTORS RELATED TO SELF - CARE BEHAVIOR AND HAPPINESS OF
THE SENIOR CITIZEN CLUB MEMBERS IN THE HOSPITALS UNDER MEDICAL SERVICE
DEPARTMENT, BANGKOK METROPOLIS

AN ABSTRACT
BY
BENJAMAS NAKWIJIT

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Science Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

May 2008

Benjamas Nakwijit. (2008). *Psycho-social factors related to self-care behavior and happiness of the senior citizen club members in the hospitals under medical service department, Bangkok metropolis*. Master Thesis, (Applied Behavioral Science Research). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University.
Advisor Committee : Asst. Prof. Dr. Ungsinun Intarakamhang,
Assoc. Prof. Ashara Sucaromana.

The objective of the study was to investigate the relations among bio – social factors, psycho-social factors, happiness and self – care behavior. The sample is comprised 362 elderly from 4 senior citizen club members in the hospitals under medical service department, Bangkok metropolis. Independent variables in the study consisted of 1) bio-social factors : age, gender, marital status, education level, income and types of family 2) psychology factors : self-perception in self-care, attitude in self-care and internal – external locus of control in self-care 3) social factors : family support and medical officer support. A dependent variable was elderly's self-care behavior and happiness. The data were collected by using questionnaires. The SPSS for windows version 12 (Statistical Package for the Social Science for Windows) was used for analyzing the data by Basic statistic data, Pearson' s Product Moment Correlation Coefficient, Independent t - test, One - way analysis of variance, Tukey' s HSD Test and Stepwise Multiple Regression Analysis. Research results were summarized as follows :

1. Result of bio – social factors of elderly's in age, gender, marital status and types of family were not different in self - care behavior, but education level and income were different in self - care behavior at the .05 level of significance.

2. Psychology factors of elderly's in self- perception in self - care, attitude in self - care, internal-external locus of control in self - care were positively correlated with elderly's self - care behavior at the .01 level of significance.

3. Social factors of elderly's in family support and medical officer support were positively correlated with elderly's self - care behavior at the .01 level of significance.

4. Elderly's self – care behavior was positively correlated with elderly's happiness at the .01 level of significance.

5. Self-perception in self – care, attitude in self - care, family support in self – care and internal-external locus of control in self - care could predict 54.9% of the variance in elderly's self - care behavior at the .01 level of significance.

ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีนั้นผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง และรองศาสตราจารย์อัฉรรา สุขารมณ ที่คอยแนะนำสนับสนุน ให้กำลังใจต่อผู้วิจัยให้ต่อสู้อุปสรรคต่างๆ ในเรื่องการเรียนรู้และการทำปฏิญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อาจารย์กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, อาจารย์เพ็ญพโยม เขยสมบัติ, รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม และอาจารย์ ดร. สุภาพร ธนะชานันท์ ในความกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งนางสาวกมลพรรณ จันทรพยอม, นางสาวปรีดา ตาสี, นางสาวพรทิพย์พา ธิมายอม, นายวรารุณ แสงอร่าม และนายอมร กุลด้วง เพื่อนที่ช่วยเหลือในการทำปฏิญานิพนธ์

งานวิจัยฉบับนี้จะเสร็จสิ้นมิได้เลย หากขาดข้อมูลการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่คอยให้คำแนะนำในการค้นหาเอกสารในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยที่ให้ความช่วยเหลือด้านเอกสารต่างๆ ให้สำเร็จไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากร และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย บุคลากรของกลุ่มงานอนามัยชุมชนและหน่วยส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งประธานและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกโรงพยาบาลที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานที่ดีของงานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี ที่เข้าใจและให้กำลังใจอย่างมาก และขอขอบพระคุณนายแพทย์อำนวยการแพทย์ศิริ ที่ให้ความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานแพทย์เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

หากงานวิจัยฉบับนี้ยังประโยชน์ให้ผู้อื่นได้ศึกษาต่อไปผู้วิจัยจึงขอมอบผลบุญนี้แด่คุณพ่อลำพร นาควิจิตร และขอขอบพระคุณ คุณแม่แฉล้ม นาควิจิตร ที่เข้าใจและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัย งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในทุกด้านมา ณ ที่นี้

เบญจมาศ นาควิจิตร

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาวิจัย.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ตัวแปรที่ศึกษา.....	6
นิยามปฏิบัติการ.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
สมมติฐานการวิจัย.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....	12
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	12
ความเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ.....	14
การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....	17
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....	31
ความสุขของผู้สูงอายุ.....	32
แนวคิดทฤษฎี.....	33
การวัดความสุข.....	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแล	
สุขภาพตนเองกับความสุขของผู้สูงอายุ.....	35
ปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	
ของผู้สูงอายุ.....	36

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
ปัจจัยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....	39
การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง.....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนที่มีผลต่อ	
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....	40
เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง.....	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองที่มีผลต่อ	
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ.....	43
ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง..	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับ	
การดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	45
ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ	
ผู้สูงอายุ.....	45
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและ	
บุคลากรทางการแพทย์.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านการดูแลตนเองจากครอบครัว	
และบุคลากรทางการแพทย์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	
ของผู้สูงอายุ.....	49
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน.....	65
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐาน.....	68
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	78
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า.....	78
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	80
อภิปรายผล.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	88
บรรณานุกรม.....	91
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	100
ภาคผนวก ข รายชื่อชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง.....	102
ภาคผนวก ค คำอำนาจจำแนก และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเรื่อง “สุขภาพดี ชีวิตมีสุข”.....	104
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	113

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
2	แสดงคุณภาพของเครื่องมือวัดฉบับใช้จริงในแต่ละตัวแปร.....	62
3	จำนวนคน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม..	65
4	ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	67
5	แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เมื่อพิจารณาตามอายุ เป็นตัวแปรอิสระ โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรตาม (n=362).....	68
6	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อพิจารณาตามเพศ (n=362).....	69
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เมื่อพิจารณาตามสถานภาพสมรส เป็นตัวแปรอิสระ โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม (n=362).....	69
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา เป็นตัวแปรอิสระ โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม (n=361).....	70
9	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุเมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา (n=361).....	70
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เมื่อพิจารณาตามรายได้ เป็นตัวแปรอิสระ โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรตาม (n=330).....	71
11	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุเมื่อพิจารณาตามรายได้ (n=330).....	71
12	การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อพิจารณาตามลักษณะครอบครัว (n=362)	72
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุในกลุ่มรวม.....	73

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มรวม....	74
15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในกลุ่มรวม.....	75
16	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน ค่าสถิติ t ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ และสัมประสิทธิ์การทำนายของผู้สูงอายุในกลุ่มรวม.....	76
17	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง.....	105
18	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามด้านความสุข.....	107
19	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง.....	108
20	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง.....	109
21	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง.....	110
22	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากครอบครัว.....	111
23	ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์.....	112

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาวิจัย

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้า ซึ่งการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพนั้น จำเป็นต้องมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรทุกเพศทุกวัย มิใช่มุ่งแต่เฉพาะวัยเด็กและวัยรุ่นเท่านั้น ควรมีการพัฒนาวัยผู้สูงอายุด้วยเช่นเดียวกัน โดยควรได้รับความสนใจและมีส่วนร่วมให้เหมาะสมกับกำลังสติปัญญาและลักษณะของแต่ละบุคคล เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตนและเป็นผลดีแก่สังคม โดยเฉพาะในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีความซับซ้อนมากขึ้น (เพ็ญผกา กาญจนภาส. 2541 : 1) จากการที่ประชากรสูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มปริมาณสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ที่สามารถควบคุม ป้องกันโรคติดต่อต่างๆ ทำให้อัตราการตายลดลง ตลอดจนโครงการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราการเกิดของประชากรสิ่งเหล่านี้มีส่วนในการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั้งปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด (สุวิชา จันทรสุริยกุล. 2536 : 1) โดยพบว่าในปี พ.ศ.2550 มีจำนวนประชากรโลกทั้งหมด 6,605 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 440 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรโลกทั้งสิ้น 8,200 ล้านคน และในจำนวนนี้จะเป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,100 ล้านคน (สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550) ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากเช่นกัน ดังจะเห็นได้จาก การประมาณประชากรเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2550 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2550 : 1 - 2) พบว่า จากสัดส่วนประชากรแยกตามอายุนั้นมีวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนร้อยละ 10.6 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ.2553 คาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 7.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ฉะนั้นควรมีการสนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพอนามัยให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างดีที่สุด (สมพร ใจสมุทร. 2547 : 1)

การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ มีผลกระทบโดยตรงต่อนโยบายและแผนงานด้านสาธารณสุขของประเทศ เพราะผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพมาก เนื่องจากมีความเสื่อมและความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจ บุคลิกภาพ รวมถึงการสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ ซึ่งโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ

ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ โรคระบบต่อมไร้ท่อ คิดเป็นร้อยละ 24.3 โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 20.9 โรคระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 8.5 โรคระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 7.9 ตามลำดับ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2548 : 7) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคที่พบในผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากความเสื่อมของสังขาร และเข้าใจว่าทุกคนจะต้องเป็น เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการเกิดโรคแล้วจะเห็นว่า โรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาความรุนแรงได้ ถ้าบุคคลเหล่านั้นสนใจดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 23) วัยสูงอายุนั้นมีความสำคัญ เพราะเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เห็นได้ชัดเจนจากความเสื่อมทางร่างกายและการลดบทบาททางสังคม (สมประสงค์ ศิริวงศ์. 2539 : 40) ความเสื่อมทางร่างกายกระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิต อาชีพ ลักษณะอารมณ์ ลักษณะสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและในสังคม แม้เป็นระยะแห่งความเสื่อมแต่ผู้สูงอายุก็อาจใช้ชีวิตยามชราได้อย่างมีความสุข โดยการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับความชรา ควรมีการรู้จักปรับตัวทางด้านร่างกาย พฤติกรรมและสัมพันธภาพกับผู้อื่น การป้องกันการเกิดโรคของผู้สูงอายุด้วยการสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งครอบครัวและสังคมยังมีส่วนช่วยให้มีความสุขแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตยามบั้นปลายอย่างมีความสุข ดังนั้นวัยสูงอายุจึงควรมีการดูแลสุขภาพตนเอง

ในปัจจุบันกรุงเทพมหานคร ได้มีการรวมตัวจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต พัฒนาตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เพราะชมรมผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การรวมกลุ่มเพื่อพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ การดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โรคที่คุกคามสุขภาพ โภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม นันทนาการ ตลอดจนการตรวจสุขภาพ ซึ่งการให้ความรู้ดังกล่าวรวมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในชมรมผู้สูงอายุ เป็นการคงสภาพและส่งเสริมบทบาททางสังคม รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไว้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิต ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ต่อไป (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542 : 5) อีกทั้งบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องให้การส่งเสริมและพัฒนา ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างเสริมจะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อการพึ่งพาตนเอง ควบคุมตนเอง และรับผิดชอบตนเอง ตลอดจนลดการพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์ให้น้อยลง นอกจากนี้การเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบคลุมทั้งการดูแลตนเองในภาวะปกติและการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย ยังเป็นวิธีการสร้างเสริม

สุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และยังเป็นวิธีประหยัดที่สุด (จริยาวัตร คมพยัคฆ์และคณะ. 2540 : 2 ; อ้างอิงจาก มัลลิกา มติโก. 2538) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ป้องกันและชะลอความเสื่อมของร่างกาย และจิตใจให้ช้าลง ลดภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ (อรรถพรณ อิศราภรณ์. 2536 : 3) โดยโอเร็ม (Orem. 1980 : 70) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้และเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลแสดงออกตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ตลอดจนลักษณะของบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาของรจนารถ ล่วงลือ (2536 : 69) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า และพบว่าเพศชายมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิงในเกือบทุกด้าน ยกเว้นการได้รับน้ำที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการอยู่อาศัย และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่วนในด้านของสถานภาพสมรสนั้น นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 38) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้ายและหย่า ส่วนในระดับการศึกษาและรายได้นั้น จากการศึกษารองของ อัสรา อารรณ์ (2540 : 97) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญา-ระดับปริญญาตรีมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และประถมศึกษา - มัธยมศึกษา และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอและเหลือใช้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ ในส่วนลักษณะครอบครัวนั้น พนิดา คุณาธรรม (2538 : 131) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและได้รับการเอาใจใส่ด้านร่างกายและจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

การที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากหรือน้อยนั้น มิได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางชีวสังคมเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมเป็นสำคัญ โดยปัจจัยทางจิตประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ดังเช่นการศึกษาของกมลพรรณ หอมนาน (2539 : 59) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี ส่วนในด้านของเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองนั้น

ประภัศร กิมสุวรรณวงศ์ (2546 : 79) ได้ศึกษาวิจัยพบว่า ชำระการสูงอายุที่มีเจตคติที่ดีต่อการรักษาสุขภาพสูงมีพฤติกรรมสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีเจตคติที่ดีต่อการรักษาสุขภาพต่ำ ในส่วนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 81) ได้ศึกษาวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สำหรับปัจจัยทางสังคมที่ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์นั้น อรชร โวทวี (2548 : 141) ได้ศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขและจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ดี จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์และคณะ (2538 : 93) ที่ได้ศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลหรือปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว ในส่วนของปัจจัยทางจิตนั้นประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยทางสังคมที่ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ และการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ดีจะทำให้มีความสุขในการดำเนินชีวิตมาก ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้รับเป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดียิ่งขึ้นในด้านการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวและสังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ
4. เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจากปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ ญาติของผู้สูงอายุ และตัวผู้สูงอายุเองได้เข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุและนำไปส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้น
2. เพื่อนำปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การช่วยเหลือ และพัฒนาการจัดกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจตนเอง ปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 55 ขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 6,027 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 362 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้
 - 1.1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่
 - 1.1.1 อายุ
 - 1.1.2 เพศ
 - 1.1.3 สถานภาพสมรส
 - 1.1.4 ระดับการศึกษา
 - 1.1.5 รายได้
 - 1.1.6 ลักษณะครอบครัว
 - 1.2 ปัจจัยทางจิต ได้แก่
 - 1.2.1 การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.2.2 เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.2.3 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.3 ปัจจัยทางสังคม ได้แก่
 - 1.3.1 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว
 - 1.3.2 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์
2. ตัวแปรตาม ได้แก่
 - 2.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
 - 2.2 ความสุขของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. อายุ หมายถึง อายุจริงของผู้สูงอายุ ซึ่งคิดเป็นจำนวนปีตามปฏิทินจากปีเกิด
3. สถานภาพสมรส หมายถึง ภาวะสมรสของผู้สูงอายุในปัจจุบัน แบ่งเป็น
 - โสด
 - สมรส
 - หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น

- ต่ำกว่าประถมศึกษา
- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษา
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
- ปริญญาตรี
- สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป

5. รายได้ หมายถึง เงินเดือน เงินบำนาญ รวมทั้งรายได้อื่นๆ ของผู้สูงอายุซึ่งพิจารณาจากรายได้เฉลี่ยเป็นรายเดือน

6. ลักษณะครอบครัว หมายถึง บุคคล หรือกลุ่มบุคคล หรือครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น

- ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่รวมกันเฉพาะพ่อแม่ หรือเฉพาะบุตร อย่างใดอย่างหนึ่งหรืออยู่คนเดียว
- ครอบครัวขยาย หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยรวมกันทั้งพ่อแม่และบุตร หรืออาศัยอยู่รวมกันกับบุตรและหลาน

นิยามปฏิบัติการ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุที่กระทำอย่างจริงจังโดยมีเป้าหมายเพื่อการดำรงชีวิต ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองในระยะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติบ่อยมาก ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูง โดยแบบวัดดังกล่าวใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem. 1985 : 82 – 103 ; Orem. 1991 : 117 – 143) และปรับปรุงจากแบบวัดของ กมลพรรณ หอมนาน (2539) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.88

ความสุขของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองโดยมีการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงาม ภายในจิตใจ ภายใต้อารมณ์และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป แบบวัดความสุขของผู้สูงอายุนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก

ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย จำนวน 13 ข้อ โดยผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขมาก โดยแบบวัดดังกล่าวปรับปรุงจากดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น (THI - 15) เป็นแบบวัดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการพัฒนาและทดสอบจาก อภิชัย มงคลและคณะ (2546) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.81

การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง หรือแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้ ซึ่งแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเองสูง โดยแบบวัดดังกล่าวใช้แนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986 : 414 - 420) และปรับปรุงจากแบบวัดของกมลพรรณ หอมนาน (2539) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความพอใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความมุ่งมั่นกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งแบบวัดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากนิยามปฏิบัติการ ซึ่งเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 11 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองมาก

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การตระหนักว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ตรงข้ามกับผู้ที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งเป็นผู้ที่คิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเกิดขึ้นเพราะโชคเคราะห์ หรือความบังเอิญ หรือเกิดจากการกระทำของผู้อื่นมากกว่าที่จะเป็นผลจากการกระทำของตน ซึ่งแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง โดยปรับปรุงจากแบบวัดของ พรรณราย พัทธเจริญ (2543) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.78

การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ โดยการดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง การชม และการให้แรงเสริมจากการปฏิบัติตน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยการให้เงิน

การจัดเตรียม จัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งแบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวมาก โดยแบบวัดดังกล่าวใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al. 1981) และปรับปรุงจากแบบวัดของ อรรถ โวที (2548) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

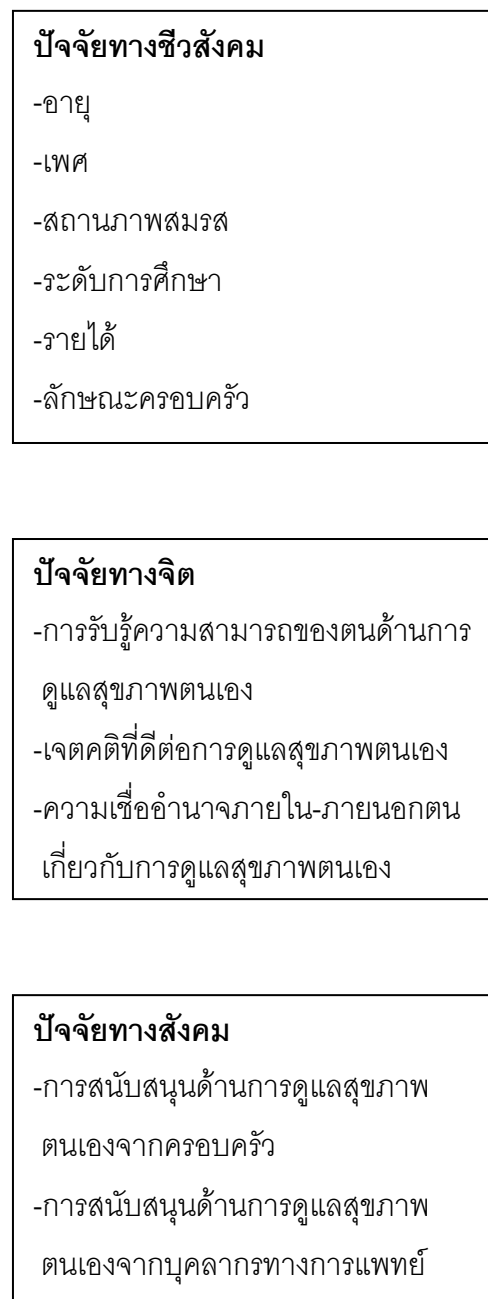
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ โดยการดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง การชม และการให้แรงเสริมจากการปฏิบัติตน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยการจัดเตรียม จัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งแบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์นี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มาก โดยแบบวัดดังกล่าวใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al. 1981) และปรับปรุงจากแบบวัดของ อรรถ โวที (2548) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

กรอบแนวคิดในการวิจัย

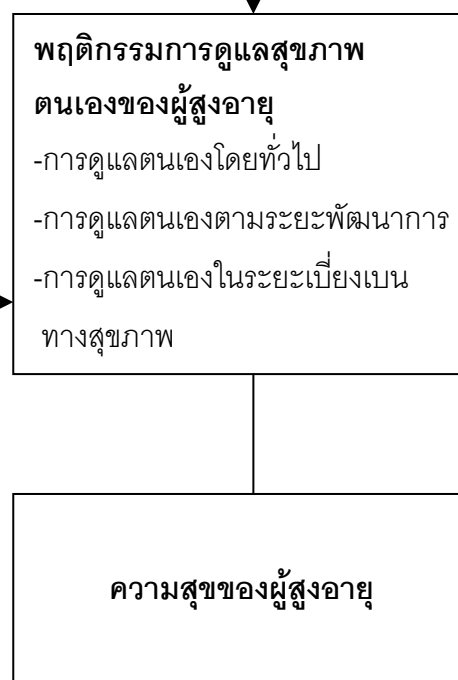
ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem. 1985 : 105 – 108) โดยโอเร็มได้กล่าวถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุว่า เป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคลจะต้องเห็นด้วยว่า สิ่งที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้น แล้วใช้ศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีความเปราะบางด้านสุขภาพ โดยทฤษฎีดังกล่าวสามารถอธิบายถึงตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและใช้แนวคิดปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (กนกพร หมู่พยัคฆ์และคณะ. 2536 :14)

เป็นกรอบกำหนดตัวแปรอิสระที่ประกอบด้วยปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางชีวสังคมที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
2. ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ
5. ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. ความสุขของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
4. ปัจจัยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
 - 4.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
 - 4.3 เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
 - 4.5 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 4.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
5. ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
 - 5.1 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์
 - 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2530 : 18) ได้เรียกผู้สูงอายุว่า “วัยชรา” และได้กำหนดไว้ว่าวัยชรา นั้นเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี เป็นวัยที่มีการเสื่อมโทรมและต้องซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ซึ่งบุคคลที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เริ่มคิด รู้สึกและรับรู้ว่าเป็นวัยสูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ มีนักวิชาการด้านผู้สูงอายุยอมรับว่า มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและ

ความสามารถในการดำเนินชีวิตของบุคคลในระยะ 20 - 30 ปี หลังจากเข้าสู่วัยชราหรือหลังจากเกษียณอายุราชการ ได้แก่ วัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. วัยเริ่มสูงอายุ (Young old) คือ อายุระหว่าง 55 - 64 ปี
2. วัยสูงอายุตอนกลาง (Middle old) คือ อายุระหว่าง 65 - 74 ปี
3. วัยสูงอายุตอนปลาย (Old old) คือ อายุระหว่าง 75 - 84 ปี
4. วัยสูงอายุแท้จริง (Real old) คือ อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป

สุจินต์ ปริชามารถ (2535: 499) ได้ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” มิใช่หมายถึงเฉพาะการมีอายุมากเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีส่วนประกอบอื่นๆ อีก คือ ประสิทธิภาพทางร่างกาย สังขาร และสุขภาพจิต ได้แก่ อารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออก การจัดว่าผู้ใดเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่

1. พิจารณาผู้สูงอายุตามปีปฏิทิน กล่าวคือ โดยทั่วไปเมื่อถึงอายุ 60 ปี ก็จัดว่าเป็นผู้สูงอายุ
2. พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาพร่างกาย กล่าวคือ บางคนดูสูงอายุและรู้สึกตัวเองว่าแก่ทั้งที่อายุไม่ถึง 60 ปี สำหรับบุคคลประเภทนี้มีการเสื่อมโทรมของสุขภาพกายเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานหนัก มีความเครียดมาก ทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพอย่างรวดเร็ว
3. พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาวะสุขภาพจิต บุคคลประเภทนี้ถ้าพิจารณาทางด้านสุขภาพร่างกายยังดีอยู่แต่ทางด้านสุขภาพจิตมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมในลักษณะที่จะ “ชอบของเก่า ชมสาว เล่าความหลัง นั่งรำพึง ซึ่งในใจอยู่”

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุ (Elderly) ว่า คือบุคคลที่มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี และคนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (สุรกุล เจนอบรม. 2534 : 4) บรรลุ ศิริพานิช (2528 : 40) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน

สุรกุล เจนอบรม (เพ็ญแข ประจันปัจฉิน. 2545 : 65 ; อ้างอิงจาก สุรกุล เจนอบรม. 2541:6) ได้ให้ความหมายของคนชราหรือผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตนั้นเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่และวัยชรา การกำหนดเกณฑ์ว่าเมื่อใดจึงเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยบทบาทที่แสดงเป็นผู้นำและมีความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ การใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้ก็มักจะแตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น บางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 65 ปี หรือ 70 ปี และตัวเลขเหล่านี้ คือ เกณฑ์อายุที่ใช้เพื่อการเกษียณตัวเองออกจากการทำงานตามที่แต่ละประเทศกำหนดขึ้นไว้นั่นเอง การกำหนด

กฎเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งแตกต่างกันไปอย่างนี้จึงเป็นการยากที่จะทำให้มีการยอมรับกันได้ในทุกๆ ประเทศ ดังนั้น ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World assembly on aging) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุและให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทย ก็ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับเจตน์จำนงค์ของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ และอายุตั้งแต่ 60 ปี จึงเป็นเกณฑ์ในการเกษียณอายุราชการของข้าราชการในประเทศไทยด้วยเช่นกัน (วิริยา สุขวงศ์. 2545 : 13) สรุปได้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งถือเป็นช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต และเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม โดยลักษณะการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในวัยสูงอายุนั้น จะกล่าวถึงเป็นลำดับต่อไป

1.2 ความเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ความชราหรือกระบวนการความแก่ (Aging process) เป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกาย เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเติบโตเป็นทารกและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ในช่วงเวลาเหล่านี้เซลล์จะเปลี่ยนแปลงในทางเสริมสร้าง ทำให้เจริญเติบโตเมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้ว จะมีผลการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้างเซลล์ ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (วนิดา คงขำ. 2547: 11-14) ซึ่งสามารถอธิบายพอสังเขปได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะบางแห้ง เหี่ยวย่น ขาดความมันและความยืดหยุ่น ต่อมเหงื่ออ่อนลง ทำให้การปรับตัวต่ออุณหภูมิไม่ดีเช่นวัยอื่น

1.2 ระบบประสาทรับสัมผัส จะมีการเสื่อมลงของตา คือ ลูกตามีขนาดเล็กลงและลีบเนื่องจากไขมันของลูกตาลดลง กระจกตาตึง รูม่านตาเล็กลง ปฏิกริยาของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การมองเห็นไม่ดี ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง ประสาทรับเสียงเสื่อมลง หูตึงต้องพูดเสียงดังๆ จึงจะได้ยิน ประสาทรับกลิ่นเสื่อมลงและการรับรู้รสอ่อนลง

1.3 ระบบประสาท เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า ความจำเสื่อม

1.4 ระบบทางเดินอาหาร เหงือกและฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง รับประทานอาหารไม่สะดวก ต่อมน้ำลายขับน้ำลายออกมาน้อย กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง ทำให้เกิดภาวะท้องผูกได้ การดูดซึมแร่ธาตุลดลง

1.5 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง เคลื่อนไหวได้ช้าลง กระดูกมีแคลเซียมน้อยทำให้กระดูกบาง เปราะและหักง่าย กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ เสื่อมลง น้ำไขข้อลดลง การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดเชือดีงาย และมีอาการปวดตามข้อ

1.6 ระบบทางเดินหายใจ ปอดเสื่อม การยุบและการขยายตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย กล่องเสียงเสื่อม เสียงแหบแห้ง กล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อมจึงทำให้การหายใจไม่ดี

1.7 ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ไชมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ทำให้มีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น

1.8 ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตเสื่อมลง ทำให้ขับของเสียได้น้อยแต่ขับน้ำออกมามาก ต้องปัสสาวะบ่อย ส่วนกระเพาะปัสสาวะนั้น กล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อนจึงกลั้นปัสสาวะได้ไม่ดี บางคนต่อมลูกหมากโตขึ้นเป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองโดยเฉพาะสมองส่วนหน้าจะเสื่อม การผลิตฮอร์โมนต่ำลงทำให้เบื่ออาหาร ตับอ่อนหลังสารอินซูลินลดลง ต่อมเพศทำงานลดลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและโครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์ รวมทั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

แม้ว่าสภาพร่างกายและบทบาททางสังคมของคนวัยชราจะเสื่อมลงอย่างเห็นได้ชัด แต่สภาพทางจิตใจไม่จำเป็นจะต้องเสื่อมตามไปด้วย (เพ็ญแข ประจันปัจจุบัน. 2545 : 71; อ้างอิงจาก ศรีธรรม ธนะภูมิ. 2535 : 112-113) สมองอาจจะทำงานล่าช้าแบบเสื่อมถอยไป เช่น ความจำเสื่อมและความคิดไม่ว่องไวเช่นเดิม แต่สภาพทางอารมณ์และจิตใจอาจไม่เสื่อม ในที่นี้หมายถึง ยังมีความสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ สามารถยอมรับสภาพต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำตนให้เป็นที่ยอมรับและรักใคร่ของผู้อื่น และไม่ทำตนให้เป็นที่เบื่อหน่ายหรือเป็นภาระกับผู้อื่น จนเกินไป สภาพทางอารมณ์และจิตใจของคนวัยชราจะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับลักษณะอุปนิสัยบุคลิกภาพซึ่งมาจากพัฒนาการในวัยเด็ก และประสบการณ์ชีวิตในวัยผู้ใหญ่ที่ผ่านมา

ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ อาจเกิดเป็นปฏิกิริยาต่อความเสื่อมโทรมของร่างกาย ร่างกายที่อ่อนแอทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่น นอกจากนั้นยังมีการสูญเสียตำแหน่งอำนาจหน้าที่ การงาน และการลบทบาทในสังคมลงอีกด้วย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้กระทบกระเทือนอารมณ์และจิตใจของคนชรา ทำให้กังวล น้อยใจ หงุดหงิดง่าย เหนงาและซึมเศร้า วัยชราจึงเป็นวัยวิกฤตของการเกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่าย ประกอบกับมีการสูญเสียด้านอื่นๆ เช่น การตายของเพื่อนและคู่สมรส

การจากไปของบุตรหลาน คนโสดจะเหงาน้อยกว่าคนมีครอบครัวเพราะเคยชินกับความเหงาและสามารถปรับตัวต่อบุคคลอื่นๆ ได้แล้ว

ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

ความวิตกกังวล แสดงออกโดยมีความกลัวหรือความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ นอนไม่หลับ หงุดหงิด เครียด แสดงออกโดยอาการทางร่างกาย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง อาจกังวลมากขึ้นเมื่อมีภาวะกดดัน เช่น เจ็บป่วย ย้ายที่อยู่ ได้รับอุบัติเหตุ

อารมณ์เศร้าซึม พบได้บ่อยมาก มีอาการอ่อนเพลีย กินไม่ได้ นอนไม่หลับ สิ้นหวัง ตัดสินใจไม่ได้ ละเลยการดูแลตนเอง บ่นว่าตนเองไร้ค่า เบื่อชีวิต คิดฆ่าตัวตาย

อาการระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น กลัวถูกปองร้าย เชื่อว่าจะมีคนมาทำร้ายหรือมาขโมยของ โกรธญาติและสมาชิกในครอบครัว หลงลืมข่าวของแล้วโทษว่ามีคนขโมยไป คิดว่ามีคนมาแกล้งตน

สับสน ความจำเสื่อม สับสนเรื่องบุคคล เวลา และสถานที่ หลง ส่วนมากมีสาเหตุมาจากความเสื่อมของสมอง

นอนไม่หลับ การนอนไม่หลับทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด และอาจรบกวนสมาชิกในครอบครัวได้ อาจเกิดจากไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย นอนหลับตอนกลางวันมากเกินไป อาจเป็นผลของความวิตกกังวลและอารมณ์เศร้า อาจมีโรคทางกาย เช่น ท้องผูก หรือลุกขึ้นปัสสาวะบ่อย

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ปัจจัยทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาทางกายและทางจิตใจของผู้สูงอายุ ตัวอย่าง เช่น กระบวนการทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากของสังคมไทย มีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้นย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมและบทบาททางสังคม เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัว ผู้สูงอายุซึ่งเคยเป็นผู้นำเลี้ยงครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องกลับเป็นผู้พึ่งพิงอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี การเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้อาศัยในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนหมดความสำคัญ บทบาทใหม่ที่ผู้สูงอายุได้รับ คือ คนเลี้ยงเด็กแทนที่บทบาทผู้นำ และผู้แนะแนวทาง ดังนั้น ถ้าคนเรารู้สึกว่าไม่มีบทบาทสำคัญเช่นเดิมและต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นด้วย ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความอับอายคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหา หรือเป็นภาระของสังคม

3.2 การถูกทอดทิ้ง ผลของการเปลี่ยนแปลงสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ ทำให้เกิดการขยายตัวหรือเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระหรือไม่สามารถ

ประกอบอาชีพได้ หรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจมักจะถูกทิ้งไว้ข้างหลัง ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เกิดความรู้สึกว่าเหว

3.3 การเสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือจากผู้อาวุโสในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ ผู้แนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้กำลังเปลี่ยนไปตามอย่างสังคมตะวันตก ที่ยึดถือสภาพส่วนบุคคล และคิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ (Behind the time) ผู้สูงอายุควรอยู่ส่วนผู้สูงอายุ ส่วนคนหนุ่มสาวก็อยู่ตามทางของคนหนุ่มสาวซึ่งความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยขึ้น

จากข้อความดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะพบกับ การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นใน 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยของแต่ละบุคคล คือ ถ้าผู้สูงอายุบางคนรู้จักการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองเป็นอย่างดีก็จะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง และมีความเสื่อมสภาพช้าลง แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่มีการดูแลตนเองก็จะทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพเร็วขึ้น และเกิดความเจ็บป่วยซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตลดลงและมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย

1.3 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองที่มีความเจริญในทุกๆ ด้าน และเป็นเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรอยู่มากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ คือ มีความหนาแน่น 3,650 คน/ตร.กม.(สำนักนโยบายและแผน กรุงเทพมหานคร. 2545 : 12) และจากข้อมูลสถิติของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ทำการสำรวจเมื่อเดือนธันวาคม 2544 พบว่ามีประชากรจากทะเบียนราษฎรของกรุงเทพมหานครทั้งหมด 5,778,900 คน และเป็นประชากรสูงอายุทั้งหมด 484,394 คน คิดเป็นร้อยละ 8.38 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในภายภาคหน้าสังคมไทยก็อาจจะมีสภาพเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพก็ต้องมีการดูแลตนเองที่ดีด้วย

ในเรื่องสุขภาพของประชาชนนั้นการดูแลสุขภาพตนเองมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็น การปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของตนเองโดยลดการพึ่งพาบุคคลอื่น และเป็นความรับผิดชอบต่อตนเองเพราะการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพได้เปลี่ยนไปเป็นการให้บริการเชิงรุก กระตุ้นให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพตนเองเป็นการป้องกันการเกิดโรคดีกว่าที่จะมาแก้ไขหรือทำการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยภายหลัง ประชาชนเริ่มมองว่าการรักษาทางการแพทย์อย่างเดียวมีส่วนที่จะทำให้ตนเองสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้น้อย การมีสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งมีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจและ

สิ่งแวดล้อมของประชาชน การศึกษาความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยจากสื่อต่างๆ มากขึ้นทำให้ประชาชนเริ่มมองเห็นสิทธิของตนเองมากขึ้น ป้องกันสิทธิขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตของตนเอง ประชาชนมีส่วนในการควบคุมดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น (วิไล ตั้งตระกูล. 2543 : 37) ทำให้หลายฝ่ายได้เริ่มให้ความสนใจอย่างจริงจังกับแนวคิดการดูแลตนเองมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการกระทำที่พึงปรารถนาของแต่ละบุคคล ในส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

เลวิน (วนิดา คงขำ. 2547 : 20 ; อ้างอิงจาก Levin. 1976 : 206) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปกระทำหน้าที่ของตนให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้นและการรักษาด้วยตนเองในระดับที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญพื้นฐานในระบบสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender.1982 : 150) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองว่าหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่ม และกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิตส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองจะต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น

องค์การอนามัยโลก (กระทรวงสาธารณสุข. 2534 : 210) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมถึงความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 : 10 – 11) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองหมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพ ให้กลับสู่ภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขภายหลังการเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

โอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 22 – 23 ; อ้างอิงจาก Orem. 1991 : 117) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของ

แต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นแสดงให้เห็นได้และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารก และเด็กพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health state) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำซึ่งบุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี

การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กิจกรรมใดก็ตามที่บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต ภาวะความมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่อง และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองจะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนนานับประการ (มัลลิกา มัติโก. 2530 : 7-8) คือ

1. เป็นการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของประชาชนให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การแปรงฟัน ล้างมือ อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ และการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นต้น

2. เป็นการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค และความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคคอติบ โรคไทรอยด์ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจที่เกิดจากสารคอเลสเตอรอลในอาหารประเภทไขมัน การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจร่างกายประจำปี การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

3. เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการประเมินสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนได้ด้วยตนเอง การที่ประชาชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเองได้นั้น ประชาชนจะต้องมีความรู้และความสามารถ บอกความแตกต่างระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วยภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมเดียวกัน โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น การเรียนการสอนในโรงเรียน บทความข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยในหนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุและโทรทัศน์ ประชาชนจึงจะสามารถวิเคราะห์และทราบถึงความรุนแรงของโรคได้

4. เป็นการดัดแปลงการรักษาทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับสภาวะการณที่เป็นจริง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งการรักษาทางการแพทย์ไม่สามารถรักษาได้ ผู้ป่วยจะสามารถเลือกการปฏิบัติตนเองให้หายจากโรค แม้ว่าจะขัดต่อการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม

5. สามารถนำไปสู่การเคลื่อนไหวของกลุ่มที่จะช่วยกันดูแล ในกระบวนการดูแลรักษา เช่น กลุ่มเลิกสูรา กลุ่มเลิกบุหรื กลุ่มเพื่อการลดน้ำหนัก กลุ่มดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองนั้นแบ่งออกได้เป็นหลายประเภท ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดในแต่ละประเภทไว้ดังนี้

ธนวรรณ อิมสมบุญ (2532 : 14) ได้จำแนกพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ ตามกระบวนการพัฒนาสุขภาพ คือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝังหรือสามารถเปลี่ยนแปลงได้ กระบวนการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จะเน้นเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ

2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค เป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการพัฒนามากกว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วย กระบวนการเรียนรู้ทำให้เกิดผลการป้องกันและควบคุมโรคของบุคคลต้องเน้น การตระหนักและแรงจูงใจเป็นสำคัญ

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรม ลักษณะต้องเป็นการสร้างค่านิยมและวิธีการดำรงชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละเรื่อง รวมทั้งการสร้างจิตสำนึกของการดูแลดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพด้วย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรื การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษา การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (Sick – role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น เป็นต้น

นอกจากประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแล้วนั้น ยังมีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ดังต่อไปนี้ คือ

ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วย ในเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น กนกพร หมู่พยัคฆ์และคณะ (2536 : 14) ได้แบ่งออกเป็น 3 แนวคิด คือ

แนวคิดที่ 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra individual causal summation) มีรากฐานของแนวคิดมาจาก สมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ความรู้ เจตคติ ค่านิยม แรงจูงใจ

แนวคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra individual causal assumption) มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างไร

แนวคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple causality assumption) มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล โดยสรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ คือ ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การประเมินผลประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุข โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และการเสี่ยงต่อการเกิดโรค องค์ประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม ความรู้ และองค์ประกอบด้านประชากร

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 173 – 185) กล่าวว่า องค์ประกอบสุขภาพมี 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านความรู้ ด้านเจตคติ ด้านการปฏิบัติ และการเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนมาก มีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล องค์ประกอบด้านจิตวิทยาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีองค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม เศรษฐกิจ การศึกษา และการเมือง

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติประกอบด้วยวุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ องค์ประกอบด้านนี้มีอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันไปตามลักษณะความมากน้อย สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สภาพสังคม วัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้

การพัฒนาความคิดความเชื่อ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของบุคคล โดยสามารถอธิบายรายละเอียดขององค์ประกอบได้ดังนี้

- ครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัว บางครอบครัวปลูกฝังนิสัยในเรื่อง การรับประทานอาหารบางอย่าง และไม่รับประทานอาหารบางอย่าง เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ และพฤติกรรมกาปฏิบัติด้านอื่นๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น การปฏิบัติของบิดามารดา จะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

- กลุ่มบุคคลในสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก ในกลุ่มเด็กอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้ายๆ กัน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น พฤติกรรมที่ยึดถือมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดถือของกลุ่มมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น

- สภาพทางสังคม ได้แก่ สภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจ ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพสังคมที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันด้วย เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งการงานสูงในสังคม มักจะมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการรักษาโรคดีกว่าบุคคลทั่วไป

- วัฒนธรรม วัฒนธรรมแสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม วัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนี้มีหลายประเภท เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะกลัวเครื่องแต่งกายและเครื่องประดับเก่าเร็ว การงดของแสลง ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ให้กินข้าวมากงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย ข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียต่อประชาชนที่เชื่อถือ

- ศาสนา มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น คำสอนของพุทธศาสนาที่กล่าวถึง การรับประทานอาหารแต่พอควร ไม่ให้น้อยเกินไป หรืออึดจนเกินไป ข้อปฏิบัติของศาสนาอิสลามก่อนทำละหมาดต้องมีการชำระล้างร่างกายให้สะอาด เป็นต้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีผลเช่นเดียวกับระดับการศึกษาซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อสุขภาพด้วย เศรษฐกิจของประชาชนที่ไม่ดีมักจะทำให้ประชาชนมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกับสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม ถ้าเศรษฐกิจดีโอกาสที่จะได้รับการศึกษาก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ และการปฏิบัติต่อสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งมีผลทำให้มีสุขภาพดี

4. องค์ประกอบด้านการศึกษา การศึกษาที่ต่างกันมีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาต่ำ มักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้องมากกว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูง

5. องค์ประกอบทางด้านการเมือง นโยบายทางการเมืองของประเทศ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นว่า จำนวนและความเพียงพอของการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสุขภาพที่จัดให้กับประชาชน กฎหมาย หรือข้อบังคับจะมีผลต่อพฤติกรรมบางอย่าง

จากการที่มีผู้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองและองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพตนเองไว้หลายทัศนะ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุที่กระทำอย่างจริงจังโดยมีเป้าหมายเพื่อการดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองในระยะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติบ่อยมาก ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูง โดยแบบวัดดังกล่าวใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem. 1985 : 82 – 103 ; Orem. 1991 : 117 – 143) และปรับปรุงจากแบบวัดของ กมลพรรณ หอมนาน (2539) ซึ่งมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .88

1.4 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่เริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อยๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเสื่อม หรือความเจ็บป่วยขึ้นในร่างกาย หรือกรณีที่การดูแลตนเองถูกจำกัดจากความรู้ความชำนาญ การขาดแรงจูงใจ กิจกรรมการดูแลตนเองก็อาจจะไม่เกิดขึ้น (Orem. 1985: 135) ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือมีขีดจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ บุคคลเหล่านี้ได้แก่ คนชรา คนเจ็บป่วย และคนพิการ การดูแลตนเองจึงมีผลโดยตรงต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การคงไว้ซึ่งรูปร่างและหน้าที่ในภาวะปกติ การพัฒนานุคลิกภาพศักยภาพของมนุษย์ ป้องกันอันตราย ตลอดจนพยาธิสภาพต่างๆ และยังสามารถควบคุมผลอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพต่างๆ ได้ โอเร็ม (1985 : 89) ได้กำหนดจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองไว้ดังนี้

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามกำหนด

2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ

3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ในแนวคิดของโอเร็ม (1985 : 89) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ (Intentional phase) ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ โดยบุคคลที่สามารถจะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขั้นแรกจะต้องมีการประเมินสถานการณ์ (Estimative operation) ต้องรวบรวมข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น มีการระบุทางเลือกในสถานการณ์นั้นๆ หรือไม่ ขั้นที่สอง การตัดสินใจ (Transitional operation) เป็นการพิจารณาทางเลือกต่างๆ แล้ว ตัดสินใจเลือกกระทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมาย และสิ้นสุดที่การวางแผนว่าจะทำกิจกรรมอะไรบ้าง จะเห็นว่าในระยะนี้ต้องการความรู้ (Intellectual) ทักษะในการสังเกต และทักษะในการคิดเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ (Productive phase) ซึ่งจะเป็นการลงมือกระทำนั้นหลังจากที่ได้ตัดสินใจและวางแผนไว้ โดยการกระทำนั้นจะต้องต่อเนื่องและมีระบบระเบียบ ตลอดจนประเมินว่า ผลของการกระทำนั้นเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ ซึ่งการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จะเห็นว่าระยะนี้ต้องใช้ทักษะในการวางแผน การจัดการ การผสมผสานหลายๆ กิจกรรมทั้งหมดเข้าด้วยกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่างๆ ที่วางไว้ อีกทั้งยังต้องการทักษะการประเมินผลในเวลาที่เหมาะสมด้วย

นอกจากนี้โอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2539 : 27 – 30 ; อ้างอิงจาก Orem. 1985 : 90-99) ได้แบ่งความต้องการในการดูแลตนเอง จำแนกออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ คือ การบริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก และรักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้นควรหาความผิดปกติจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ โดยจัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน โดยเลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม ต้องรับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง และใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างเวลาการเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยคงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น ควรปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน ควรส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ โดยการสนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น มีการจัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย ควรหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ และควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy) โดยควรพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ควรปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ควรปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health promotion and prevention) และควรค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดาหรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตรวมถึงการบาดเจ็บ และการพิการ ตลอดจนความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลาย หรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศซึ่งจะมีผลเสียต่อพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาทางการแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน

เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

เมื่อการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพบุคคลนั้น จะได้รับสิ่งต่อไปนี้ 1) การรอดชีวิต 2) คงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล 3) ได้รับการสนับสนุนเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล 4) มีส่วนส่งเสริมให้มีการปรับหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น 5) มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษา ควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น และ 6) ส่งเสริมสวัสดิภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นเป้าประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเอง

จากเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้านของผู้สูงอายุก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ตามแนวทฤษฎีของโอเร็ม จะพบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ทำให้ความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นตามพัฒนาการแห่งวัย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ ตั้งแต่ วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ ดังนั้น การให้ความสนใจดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้น และส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ร่วมกับการมีโรคประจำตัวอยู่ด้วย สุขภาพความทุกข์ในวัยสูงอายุนั้น ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางกาย และสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลัก การดูแลสุขภาพทั้งกายและจิตใจ จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้ที่จะใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีความสุข ดังนั้น ผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน ซึ่งรักษาไว้เพื่อชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนโดยมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ (วิริยา สุขวงศ์. 2545 : 30) ดังต่อไปนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่

1.1 การดูแลตนเองเกี่ยวกับ อาหาร น้ำ อากาศ

1.1.1 อาหาร การดูแลตนเองในเรื่องภาวะโภชนาการเป็นสิ่งที่จำเป็น และสิ่งที่สำคัญเพื่อป้องกันการทรุดโทรมเร็วเกินไปของร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อสุขภาพ รวมทั้งลดความรุนแรงของโรคต่างๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดอุดตัน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน ควรแบ่งอาหารเป็นวันละ 5 – 6 มื้อ เพื่อแก้ปัญหาเรื่องแน่นท้องมากหลังรับประทานอาหาร โดยให้อาหารมื้อเที่ยงเป็นอาหารหลัก และเพิ่มมื้อสายและบ่าย ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซและท้องอืดได้ง่าย ลดการบริโภคไขมันให้น้อยลง โดยเฉพาะไขมันที่มีกรดอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง ไม่ควรรับประทานน้ำตาล

ทรายมากเกินไป เพราะจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหรือภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้ง่าย รับประทานอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอ บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำเพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. 2536 : 441 - 450)

1.1.2 น้ำ เป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุดสำหรับชีวิต เพราะถ้าขาดแล้วจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้สูงอายุ น้ำมีอยู่ในร่างกายถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว น้ำทำหน้าที่เป็นตัวทำละลายละลายสารต่างๆ ภายในร่างกาย ช่วยพาอาหารไหลเวียนไปยังส่วนต่างๆ ช่วยพาของเสียจากเซลล์ไปขับถ่าย การขาดน้ำเพียงเล็กน้อยจึงอาจก่ออันตรายขึ้นได้ ผู้สูงอายุจึงควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 – 10 แก้ว หรือประมาณ 1,500 – 2,000 ซี.ซี. อาจได้น้ำหรือเครื่องดื่มอื่นๆ ที่มีประโยชน์แทนได้ เช่น น้ำผลไม้ นมสด ควรดื่มแอลกอฮอล์ ชา และกาแฟ เพราะนอกจากนอนหลับยากแล้ว กาแฟยังทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มในปริมาณมาก (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2535 : 95)

1.1.3 อากาศ สำหรับผู้สูงอายุในเรื่องของอากาศมีความจำเป็นอย่างมาก เพราะความจุของปอดและการระบายอากาศลดลงจึงมีโอกาสเกิดโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมที่ดี อยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ควรอยู่สถานที่แออัดมากเกินไป บริเวณบ้านควรมีต้นไม้จะช่วยให้เกิดความร่มรื่น ได้ผ่อนคลายอารมณ์และได้รับอากาศที่ดี ควรดื่มน้ำ เพราะจะทำให้ได้รับอากาศที่มีออกซิเจนน้อยและมีควันพิษปนเข้าไปด้วย ผลของการสูบบุหรี่ต่อการหายใจนั้นนำไปสู่ภาวะถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด และความดันโลหิตสูง หลีกเลี้ยงการนั่งอยู่ในห้องที่มีผู้สูบบุหรี่ ผลการวิจัยได้แสดงแล้วว่าการสูบบุหรี่ของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงจะทำให้เกิดอันตรายไปถึงผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ด้วย (ชูศักดิ์ เวชแพทย์. 2532 : 27-29)

1.2 การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ผู้สูงอายุไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเสีย การบีบรัดตัว ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน การถ่ายปัสสาวะบ่อยของผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามปกตินิสัย ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของร่างกาย ปัญหาจะอยู่ที่เป็นการรบกวนการนอนเพราะจะทำให้ตื่นบ่อย การปัสสาวะก่อนนอนและการลดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ จะทำให้ถ่ายน้อยลงและนอนหลับได้มากขึ้น ในเรื่องของการขับถ่ายอุจจาระ อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ขาดการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง รับประทานอาหารที่มีกากน้อย และดื่มน้ำน้อย ขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา ผู้สูงอายุจึงควรป้องกันอาการท้องผูกโดยการรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น ดื่มน้ำให้มากออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ผักการขับถ่ายให้เป็นเวลา (ภัทรพร ไพเราะ. 2539 : 20)

1.3 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การเลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม ในวัยสูงอายุมีเวลาว่างมากขึ้น หาเวลาว่างได้ง่ายขึ้น กิจกรรมในยามว่าง ไม่ว่าจะเป็นนันทนาการ หรือเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือให้บริการผู้อื่นเป็นเรื่องที่สำคัญซึ่งนำความสุขมาให้ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและสถานภาพทางสังคม (ภัทรพร ไพเราะ. 2539 : 21) กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรเป็นกิจกรรมที่มีความเพลิดเพลิน ไม่น่าเบื่อ โดยเฉพาะกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ สังสรรค์กับเพื่อนฝูง การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ การออกกำลังกายควรทำอย่างนุ่มนวล ไม่หักโหมหรือรีบเร่งจนเหน็ดเหนื่อยเกินไป การออกกำลังกายควรทำในที่ๆ ง่าย เช่น การรำไม้พลอง การบริหารลมปราณมีอากาศถ่ายเทสะดวก และควรพักผ่อนอย่างเพียงพอ

1.4 การใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้สูงอายุควรจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมแต่ละวัน โดยจัดช่วงเวลาสำหรับการอยู่ตามลำพัง เพื่อจะได้มีเวลาเป็นของตัวเองตามความต้องการในแต่ละวัน และในขณะเดียวกันควรได้สังสรรค์กับครอบครัว และเพื่อนฝูง เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ ในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ เป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการเพิ่มแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้พัฒนามาแล้ว อีกทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือ และแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง (นิรนาท วิทยโชติกิติคุณ. 2534 : 17)

1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพที่เกิดจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย การป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะการเกิดเจ็บป่วยขึ้นจะหมายถึง ปัญหาต่างๆ ที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่และภาวะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ดันศิริ. 2536 : 412) จากการที่ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาททำให้ตาพร่ามัว หูตึง สายตาวาว และมีการเสื่อมของกระดูกทำให้การทรงตัวไม่ดี การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทไม่สัมพันธ์กัน จึงมีโอกาสหกล้มและกระดูกหักง่าย (ภัทรพร ไพเราะ. 2539 : 24) จึงควรป้องกันด้วยการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน มีราวบันไดให้ยึดเกาะเวลาเดิน

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของผู้สูงอายุ โดยพัฒนาการและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ตามความเป็นจริงของตนเอง ยอมรับข้อจำกัดจากการที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของตน ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่ผิดปกติ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 29)

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นเรื่องสำคัญมากในยุคปัจจุบัน เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตและเข้าใจตนเอง จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในวัยสูงอายุ และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย เช่น โกรธง่าย น้อยใจง่าย ขี้บ่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำลายสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุจะต้องพยายามปรับตนเอง จึงควรปฏิบัติดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ดันศิริ. 2536 : 518 - 519)

2.1 เข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนต่างๆ เกี่ยวกับสถานะของตนเอง ครอบครัว และสังคม

2.2 ฝึกตนฝึกจิต ให้อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภ ยศ สรรเสริญ ทำความดีเพื่อความดีให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.3 ทำตนให้เป็นที่เคารพรักของคนทั่วไป ด้วยความเมตตากรุณา ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางกาย วาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความเคารพในความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป

2.4 ทำสิ่งที่ประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และตนเอง เท่าที่กำลังกาย กำลังสมอง จะอำนวยให้เกิดความภาคภูมิใจ เป็นที่เคารพรักของคนในครอบครัวและสังคม

2.5 ใช้จ่ายให้พอดีกับเศรษฐกิจของตน จะทำให้เกิดความสุขใจโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น

2.6 ทดแทนความเหงา และว้าเหว่ ด้วยการทำกิจกรรมที่ตนชอบ หรือหาความบันเทิงจากสิ่งที่ตนพอใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อย่าย่ำอยู่เฉยๆ จะทำให้ว้าเหว่ยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรเตรียมตัวให้สามารถเผชิญความเจ็บป่วย บาดเจ็บ พิกุล เจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายนอกจากภาวะปกติ ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากคู่สมรส ญาติหรือเพื่อนบ้าน การใช้บริการจากระบบบริการสาธารณสุข การไปรับการตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบัน การปฏิบัติตามการวินิจฉัยโรคและแผนการรักษาของแพทย์ หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และการฟื้นฟูเมื่อมีอาการสภาพเมื่อมีการเจ็บป่วย การดูแลตนเองที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันการเกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรรหาข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ตนเองจากสื่อมวลชนต่างๆ เช่น เอกสาร แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ หรือจากเจ้าหน้าที่ที่ม
สุขภาพ เป็นต้น (วราภรณ์ พิณเกิด. 2545 : 25)

ดังนั้น จากทฤษฎีของโอเร็ม (Orem. 1980 : 35) แสดงเห็นว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการดูแลตนเองนั้นเป็นกิจกรรมที่บุคคลควรเริ่มต้น และปฏิบัติด้วย
ตนเอง ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะมีผล
ต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำเนินชีวิตตามมา

1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครได้มีผู้ศึกษาไว้แตกต่างกัน
ดังนี้

สุลี ทองวิเชียรและพิมพ์วรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : 44) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง
ค่อนข้างดี พัฒนาการทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย มีปัญหาเรื่องสายตา
เหงือก ฟัน ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 48 มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับ
การศึกษา ลักษณะการอยู่ สถานที่พักอาศัย และอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

จินตนา รอดนำพา (2535 : 91) ได้ศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี

อรพรรณ อิศราภรณ์ (2536 : 74) ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขต
เทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในด้านการดูแลตนเอง
โดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ใน
ระดับดี ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชานเมืองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในเขตใจกลาง
เมือง

รจนารถ ร่วงลือ (2536 : 69) ได้ศึกษา เรื่องการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปฏิบัติ
มากเกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับอาหารและอากาศที่เพียงพอ ด้านการขับถ่ายและการระบาย
ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ และด้านการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการให้
ถึงขีดสูงสุด ส่วนกิจกรรมการดูแลตนเองที่ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การคงไว้ซึ่งความสมดุล
ระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน และด้านการคงไว้ซึ่งการอยู่ลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
และสังคม สำหรับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ พบว่า การปฏิบัติ
กิจกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากเกือบทุกด้าน ได้แก่ ด้านการคงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ของตนเอง

ยกเว้นการคงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในตนเอง ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 99) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติค่อนข้างดี และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามตัวแปร การศึกษา อาชีพ และรายได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2547 : 32) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมืองราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีทุกด้าน เมื่อพิจารณารายด้าน การได้รับอากาศที่เพียงพอ การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การพักผ่อน การรักษาความเป็นปกติของชีวิต อยู่ในระดับดี ส่วนด้านการออกกำลังกายและด้านการขับถ่ายของเสีย อยู่ในระดับปานกลาง

จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นพฤติกรรมที่พึงกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายให้นานเป็นปกติ ส่งผลทำให้มีชีวิที่ยืนยาว และมีความสุขกับวัยชรา นอกจากนี้การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ป้องกันและชะลอความเสื่อมของร่างกายและจิตใจให้ช้าลง ลดภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุลงได้

2. ความสุขของผู้สูงอายุ

ชาวตะวันตกให้ความสำคัญกับความสุขมากโดยศึกษาความสุขจากคุณภาพชีวิตในรัฐที่มีรายได้สูง ซึ่งมีหัวข้อในการพิจารณา ได้แก่ ความสุขคืออะไร เราวัดความสุขจากคุณภาพชีวิตได้หรือไม่อย่างไร สถานการณ์ใดที่เอื้อต่อความสุข จะเสริมสร้างความสุขได้หรือไม่และควรเสริมสร้างความสุขหรือไม่ ซึ่งวินโฮเวน (อ้อมเดือน สดมณี. 2549 : 19 ; อ้างอิงจาก Veenhoven. 1991 : 20) สรุปแนวทางการสร้างความสุขไว้ 3 ทาง ดังนี้

1. มีผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมพิเศษทางการศึกษาสามารถทำให้เกิดการพัฒนาลักษณะที่พึงปรารถนาได้
2. ผลงานของนักจิตบำบัดได้แสดงให้เห็นว่าสามารถช่วยแก้ปัญหาของบุคคลได้แต่เพียงบางปัญหาเท่านั้น
3. การได้รับการถ่ายทอดทางสังคมจากครอบครัวค่อนข้างทรงพลังและมีอิทธิพลต่อการสร้างสรรค์ความสุขของบุคคล

นอกจากนี้จากการประมวลสรุปแนวคิดเกี่ยวกับความสุขต่างๆ วินโฮเวน (ฮ่อมเดียน สดมณี. 2549 : 20 ; อ้างอิงจาก Veenhoven. 1991 : 10) สรุปได้ว่า ความสุข คือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) หมายถึง ระดับที่บุคคลตัดสินค่าโดยรวมว่า คุณภาพชีวิตในด้านความพึงพอใจหรือชอบชีวิตของตนเองเพียงใด ซึ่งประกอบด้วยจิตใจหรือความรู้สึก ระดับความรู้สึก/จิตใจ คือ มีความรู้สึกที่ดีบ่อยเพียงใด มีความอึมเอม คือ ระดับที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตเพียงใด ซึ่งจากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวกับความสุข พบว่า ความสุขมีลักษณะตรงกันข้ามกับการไม่มีความสุขและมาจากสาเหตุที่ต่างกัน โดยความสุขมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความถี่และระดับผลทางบวกหรือความสนุกสนาน 2) ระดับของความพึงพอใจในช่วงเวลาหนึ่ง 3) การปราศจากความรู้สึกทางลบ เช่น ความรู้สึกเศร้า เป็นต้น

2.1 แนวคิดทฤษฎีและความสุข

เป็นระยะเวลากว่า 20 ปี ที่ความสุขทางจิตใจ (Psychological well – being) ถูกชี้้นำด้วยความคิดรวบยอดจากสองสาขาวิชา คือ จิตวิทยาและสังคมวิทยา ซึ่งความสุขใจตามแนวคิดรวบยอดทางจิตวิทยา ซึ่งความสุขใจตามแนวคิดรวบยอดทางจิตวิทยาคือเป็นรากฐานของการด้านบวก (Positive functioning) โดยจำแนกความแตกต่างระหว่างความรู้สึกด้านบวกกับความรู้สึกด้านลบ (Positive affect and negative affect) และให้ความหมายคำว่า ความสุข (Happiness) ว่าเป็นสถานะสมดุลระหว่างความรู้สึกสองประเภทดังกล่าว สำหรับความสุขตามแนวคิดรวบยอดทางสังคมวิทยา จะเน้นว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวบ่งชี้พื้นฐานของความสุข (Well – being) แนวความคิดนี้ถูกมองว่า เป็นองค์ประกอบด้านการรู้คิดและเป็นประเด็นที่เพิ่มความสมบูรณ์ให้แก่ความหมายของคำว่า “ความสุข” (Happiness) ซึ่งเป็นมิติของความรู้สึกที่ทำหน้าที่ด้านบวก (อัจฉราพร บุญญพนิช. 2547 : 41 – 42)

ประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 13) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ซึ่งเป็นคำที่มีความหมายเหมือนกัน คือ คำว่าความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า ความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองของความรู้สึกภายในบุคคล

แคมป์เบล (Campbell. 1976 : 117 – 124) ได้กล่าวสรุปว่า แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นเป็นพิเศษที่ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับการที่เขายากให้เป็น หรือคาดหวังผลที่ได้ จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532 : 38) คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจและความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

โอเร็ม (Orem.1985 : 179) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต (Quality of life) มีความหมายเช่นเดียวกับความสุข (Well - being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

2.2 การวัดความสุข

สำหรับเครื่องมือที่ใช้วัดความสุขในครั้งนี้ ปรับปรุงจากดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (THI-15) ของ อภิชัย มงคลและคณะ (2546) เป็นแบบวัดภาวะสุขภาพจิตของคนไทย ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของความหมายสุขภาพจิต มิติของสุขภาพจิต และแบบวัดที่ใกล้เคียงกันที่สามารถบ่งบอกภาวะสุขภาพดีหรือมีปัญหาสุขภาพจิต คือ แบบวัดสุขภาพจิต แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบวัดความผาสุก นำมาประกอบในการสร้างดัชนีชี้วัดความสุข ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ คือ

มิติที่ 1 สภาพจิตใจ (Mental state) หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ และความเจ็บป่วยทางจิต

มิติที่ 2 สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

มิติที่ 3 คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดึงดูดของจิตใจ ในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม

มิติที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

โดยเป็นแบบวัดประเภทมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก เล็กน้อย และไม่เลย จำนวน 15 ข้อ ซึ่งมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .81

สรุป ความสุขของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองโดยมีการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงาม ภายในจิตใจ ภายใต้อาสาสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป แบบวัดด้านความสุขของผู้สูงอายุนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย จำนวน 13 ข้อ โดยผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้ แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขมาก โดยแบบวัดดังกล่าวปรับปรุงจากดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย

ฉบับสั้น (THI – 15) ซึ่งเป็นแบบวัดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการพัฒนาและทดสอบจาก อภิชัย มงคลและคณะ (2546) มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .81

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ

สำหรับประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับความสุขของผู้สูงอายุ แต่ได้มีการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งความพึงพอใจในชีวิตจะเป็นส่วนหนึ่งของความสุข หรือมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิต ซึ่งความสุขเป็นองค์ประกอบด้านจิตวิสัยของคุณภาพชีวิต ดังตัวอย่างงานวิจัยต่อไปนี้คือ

ประภาพร จินนุญา (2536 : 81) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคม ผู้สูงอายุดินแดง ผลการศึกษาสรุปได้ว่า โครงสร้างองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัยของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 21 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับความสำคัญคือ การรับรู้เกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป การรับรู้เกี่ยวกับเพื่อน การรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนาและงานสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน การรับรู้เกี่ยวกับสภาพบ้าน การรับรู้เกี่ยวกับการได้ยิน ความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับการหายใจ การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการใช้จ่าย การรับรู้เกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ การรับรู้เกี่ยวกับงานอดิเรก การรับรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การรับรู้เกี่ยวกับการพักผ่อนในบ้าน การรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย สุขและ ความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชน การรับรู้เกี่ยวกับสภาพพื้น และการรับรู้เกี่ยวกับการมองเห็น โดยที่องค์ประกอบเหล่านี้สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตทั้งหมด 72 ตัวแปร ได้ร้อยละ 73.7 ในจำนวนองค์ประกอบทั้งหมด พบว่า 8 องค์ประกอบแรก ประกอบด้วย ตัวแปรที่บรรยายองค์ประกอบได้ค่อนข้างชัดเจน และสามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรได้ถึงร้อยละ 49.2 ส่วนองค์ประกอบ 13 อันดับหลัง ตัวแปรที่บรรยายองค์ประกอบไม่ค่อยชัดเจนนัก

ปราโมทย์ วงสะอาด (2530 : 30) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกตัดออกไป แต่ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการทางสังคมและจิตวิทยาเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมที่ต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีความสนใจและร่วมเป็นสมาชิกในชมรมต่างๆ จะเห็นได้ว่าทฤษฎีกิจกรรมนี้ยืนยันว่า ผู้สูงอายุจะมี

ชีวิตที่เป็นสุขได้นั้นควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น ควรมีงานอดิเรก เป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรม สมาคมหรือชมรม เป็นต้น โดยทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก นอกจากนี้พบว่า การไม่มีงานอดิเรกทำก่อให้เกิดความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมมากจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีความซึมเศร้าน้อย นอกจากนี้ยังพบอีกว่ากิจกรรมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต

สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์และคณะ (2538 : 93) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง และโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมหาวิทยาลัยมหิดล ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและนครปฐม จำนวน 210 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ สถานที่อยู่อาศัย สถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับความสุข การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข รู้สึกภาคภูมิใจพอใจ และเห็นว่าตนเองมีค่า

3. ปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ในด้านปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานนั้น สามารถแยกประเด็นการอธิบายได้ตามลำดับดังนี้ คือ

อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของบุคคลตามที่โอเร็ม (Orem. 1991 : 239) กล่าวว่า อายุเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองในแต่ละช่วงอายุ และสำหรับผู้สูงอายุก็ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจากการศึกษาของรจนารต ล่วงลือ (2536 : 68) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า

เพศ นอกจากเป็นตัวกำหนดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกในครอบครัว ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำในครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นแม่บ้าน ทำให้เพศชายถูกยกย่องจากสังคม มองตนเองว่ามีค่า

เหนือกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของรจนารถ ล่วงลือ (2536 : 69) ที่พบว่า เพศชายมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิงในเกือบทุกด้าน ยกเว้นการได้รับน้ำที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการอยู่อาศัย และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมทั้งวิธีปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่ขาดคู่ชีวิตมักรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียงกัน นอกจากนี้คู่สมรสยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ ที่ช่วยเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น จากการศึกษาของนิรนาถ วิทไชยกิจดิคุณ (2534 : 38) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้ายและหย่า

ระดับการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูล นำมาคิดพิจารณาตัดสินใจ การกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้การแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษาและดูแลเอาใจใส่สุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของอัศรา อารวรรณ์ (2540 : 97) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญา – ระดับปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นต่ำกว่า ประถมศึกษา และประถมศึกษา – มัธยมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของวิริยา สุขวงศ์ (2545 : 69) ที่ได้ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มัธยมศึกษา ประถมศึกษา มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา

รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลไม่ใช่สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความ

ต้องการพื้นฐานของบุคคล จากการศึกษาของพรรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 109) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของของอัสรา อาวรณ์ (2540 : 97) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอเหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ

ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ตรงกันข้ามกับคนที่ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวและรู้สึกด้อยค่า จะทำให้บุคคลนั้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายจึงมีโอกาสดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว จากการศึกษาของพนิดา คุณาธรรม (2538 : 145) ได้ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของมนตรี ต้นประยูร (2532 : 58) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายจะได้รับการเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว จึงมีโอกาสของการเกิดโรคหรือเจ็บป่วยน้อยกว่า นอกจากนี้จากการศึกษาของบุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2547 : 35) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี พบว่า ลักษณะการพักอาศัยที่แตกต่างกันมีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน อาศัยอยู่กับคู่สมรส อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มีการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว

จากงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคมนั้นมีส่วนสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งในด้านของอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุคนใดก็ตามที่มีระดับการศึกษาสูงและรายได้ที่ดี จะมีความเข้าใจ รู้จักรักษาและเอาใจใส่สุขภาพตนเอง รวมทั้งสามารถแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น อีกทั้งลักษณะครอบครัว ที่ดูแลและตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุได้ดี ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรักและการเอาใจใส่จากครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองมาก

ขึ้น จะเห็นว่า ปัจจัยทางชีวสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยตรง

4. ปัจจัยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยสนใจนำปัจจัยทางจิตที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

4.1 การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติในการดูแลสุขภาพตนเองที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเอง ได้แก่ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องประเมินความสามารถที่สัมพันธ์กับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self – care demand) เพื่อตัดสินความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self – care deficit) โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Self – care requisites) ได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้องหรือเพียงพอ ถือว่ามีความพร้อมในการดูแลตนเอง เพราะฉะนั้นความพร้อมในการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด มีมากกว่าความสามารถที่จะดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2540 : 17) แกสท์และคณะ (กมลพรรณ หอมนาน. 2539 : 25 ; อ้างอิงจาก Gast. et al. 1988 : 26 - 28) ได้วิเคราะห์โครงสร้างของมโนคติความสามารถในการดูแลตนเอง และชี้ให้เห็นว่าประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการได้แก่

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : for self - care)
3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self – care operation)

ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป โดยที่ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง

แรงจูงใจ (Motivation) เป็นหนึ่งในพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเชื่อมโยงระหว่างการเรียนรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง เพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งแบนดูว่าจัดเป็นแรงจูงใจภายในที่มี

อิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล จึงควรนำมาพิจารณาในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (กมลพรรณ หอมน่าน. 2539 : 32)

การรับรู้ความสามารถของตน เป็นมโนทัศน์หนึ่งที่อยู่ในทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา สังคมที่รู้จักกันในด้านเป็นตัวทำนายพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ และการคงอยู่ของพฤติกรรม แบนดูราได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า การรับรู้ความสามารถของตน เป็นการที่บุคคล ตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถของต้นนี้จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลือกกระทำ ในกิจกรรมต่างๆ และมีความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เพราะการรับรู้ ความสามารถของตนเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลตัดสินใจว่าตนเองมี ความสามารถก็จะกระทำกิจกรรมนั้น แต่ถ้ามีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงการ กระทำกิจกรรมนั้น (เดอนใจ เทียนทอง. 2546 : 50 ; อ้างอิงจาก สุดารัตน์ ขวัญเงิน. 2537 : 16 – 17)

แบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของต้นนี้มีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยบุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่จะแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน แบนดูรา มี ความเห็นว่า ความสามารถไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์นั้นๆ นั่นคือ ถ้าคนมี ความสามารถ ก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อุทิศเวลา ไม่ยอมท้อถอยง่ายๆ และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2536 : 58 ; อ้างอิงจาก Evan. 1989)

สรุป การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมี ความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง หรือแก้ไข ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเองนี้ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถ ของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเองสูง โดยแบบวัดดังกล่าวใช้แนวคิดของแบนดูรา (Bandura. 1986 : 414 - 420) และปรับปรุงจากแบบวัดของกมลพรรณ หอมน่าน (2539) ซึ่งมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .91

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

กมลพรรณ หอมน่าน (2539 : 59) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเขตอำเภอเมือง อำเภอท่ายาง อำเภอบ้านลาด และอำเภอเขาย้อย จังหวัด เพชรบุรี จำนวน 150 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 44-46) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จำนวน 150 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การบรรลุอุดมการณ์ของตนเอง การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด

จากงานวิจัยที่กล่าวมานั้น สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเองสูง จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและมีความสุขในชีวิตในที่สุด

4.3 เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

เจตคติ (Attitude) หมายถึง การที่บุคคลประเมินสิ่งหนึ่งสิ่งใดในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ เจตคติจะรวมเอาความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อว่าเป็นประโยชน์หรือมีโทษไว้ด้วย

เจตคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นจะประกอบด้วยกัน คือ 1) ความรู้เชิงประเมินค่า (Cognitive component) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับวัตถุดิบของหรือเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นๆ ว่าดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษสูงต่ำเพียงใด และความรู้เชิงประเมินค่านี้จะมีผลสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลด้วย 2) ความรู้สึก (Affective component) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้นๆ การที่บุคคลรู้ว่าสิ่งใดมีโทษ บุคคลนั้นก็รู้สึกไม่ชอบหรือเกลียดสิ่งนั้น ส่วนมากแล้วความรู้สึกพอใจของบุคคลต่อสิ่งใดๆ มักจะเกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติและเกิดขึ้นสอดคล้องกับความรู้สึกประมาณค่าต่อสิ่งนั้นๆ ด้วย 3) ความพร้อมที่จะกระทำ (Behavioral intention component or action tendency component) หมายถึง ความพร้อมที่บุคคลจะแสดงออกมาในรูปการช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนหรือยอมรับต่อสิ่งที่ตนพอใจหรือเห็นว่ามีประโยชน์ แต่ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่าเป็นโทษ เขาก็จะปฏิเสธ และไม่สนับสนุนส่งเสริมสิ่งนั้น

นอกจากนี้องค์ประกอบทั้ง 3 ประการที่เป็นตัวเนื้อหาแล้ว เจตคดียังมีลักษณะอีก 2 ประการ คือ 1) มีทิศทาง (Direction) หมายถึง เจตคติของบุคคลที่มีทิศทางไปในทางบวกหรือลบ

ดีหรือเลว พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใด 2) เจตคติมีปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มหรือความรุนแรง กล่าวคือ บุคคลมีเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดรุนแรงสูง และเจตคติต่ออีกสิ่งหนึ่งไม่รุนแรงหรือบางเบา ปริมาณเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความสำคัญของสิ่งของหรือสถานการณ์นั้น (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2524 : 5 - 9) จึงควรที่จะวัดเจตคติตามองค์ประกอบ และคะแนนทิศทาง ตลอดจนความรุนแรงของเจตคติต่อสิ่งหนึ่งๆ

กระบวนการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ

เจตคตินี้มีผู้เชื่อว่าเป็นจิตลักษณะที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ทางสังคม ตั้งแต่วัยเยาว์ที่บุคคลได้กระทำพฤติกรรมใดแล้วได้ผลตอบแทน ต่อมาบุคคลนั้นก็จะคาดหวังและเชื่อว่าจะได้รับผลตอบแทนในลักษณะเดียวกันนั้น ถ้าเขากระทำพฤติกรรมนั้นหรือพฤติกรรมประเภทเดียวกันนั้นอีก แต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมใดแล้วไม่ได้ผลตอบแทน หรือได้รับผลตอบแทนโดยที่เขาไม่ได้กระทำพฤติกรรมใดเลย ก็จะทำให้เขาเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใดหรือสิ่งใดให้ประโยชน์และอะไรให้โทษ ซึ่งมีผลให้เขามีเจตคติที่ดีและไม่ดีต่อสิ่งนั้น

การเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคลนี้ แมกไกว (McGuire.1985 : 233 – 346) ได้อธิบายว่ามีขั้นตอนของการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติอยู่ 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 เป็นขั้นตั้งใจรับทราบ (Attention) ขั้นนี้เป็นขั้นที่บุคคลมีความสนใจรับรู้เกี่ยวกับข่าวสารต่างๆ แต่บุคคลจะสนใจสูงต่ำเพียงใด ขึ้นอยู่กับลักษณะของการสื่อสารและตัวบุคคลที่เป็นสื่อด้วย

ขั้นที่ 2 เป็นขั้นของการเข้าใจ (Comprehension) ขั้นนี้เป็นขั้นที่บุคคลมีความเข้าใจในข่าวสารที่รับรู้มา แต่การที่บุคคลจะเข้าใจข่าวสารได้สูงต่ำเพียงใดนั้น ก็ต้องขึ้นอยู่กับตัวบุคคลผู้รับข่าวสาร และปัจจัยอื่นๆ ด้วย

ขั้นที่ 3 เป็นขั้นการยอมรับหรือการคล้อยตาม (Acceptance) ขั้นนี้เป็นขั้นที่บุคคลได้ผ่านขั้นที่หนึ่งและขั้นที่สองมาแล้ว แต่บุคคลยังต้องการสิ่งจูงใจ (Incentive) อีก เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นที่จะเปลี่ยนตาม ในขั้นนี้บุคคลได้เกิดเจตคติใหม่แล้ว ดังนั้น บุคคลจะเปลี่ยนแปลงตามหรือคล้อยตามเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับผู้ที่มาทำการเปลี่ยนแปลงเจตคติดังนี้

ขั้นที่ 4 เป็นขั้นเก็บจำ (Retention) ขั้นนี้เป็นขั้นที่บุคคลเก็บจำเจตคติที่เกิดขึ้นใหม่เอาไว้เป็นลักษณะประจำตัวของตน

ขั้นที่ 5 เป็นขั้นของการกระทำ (Action) ขั้นนี้เป็นขั้นที่บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ ไปตามเจตคติที่เกิดขึ้นใหม่หรือที่เปลี่ยนไป

จะเห็นได้ว่า ขั้นตอนของการเกิดและการเปลี่ยนแปลงเจตคติที่กล่าวมานี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีต่อสิ่งใหม่ๆ นั้น จึงน่าจะคาดได้ว่า เจตคติมีส่วนเกี่ยวข้องกับอยู่ด้วยอย่างสำคัญประการหนึ่ง

สรุปได้ว่า เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีความพอใจในการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และมีความมุ่งมั่นกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งแบบวัดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากนิยามปฏิบัติการ ซึ่งเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 11 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองมาก

4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

อุบล เลี้ยววาริณ (2534: 134) ได้ศึกษาจิตลักษณะและพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ อันประกอบด้วย พฤติกรรมการกินอย่างเหมาะสม พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติด และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคลนั้น พบว่า ทักษะที่เป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อการพฤติกรรมสุขภาพทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พรรณราย พัทธเจริญ (2543 : 164) ได้ศึกษาจิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นข้าราชการของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนั้นอยู่ในกระทรวงมหาดไทย มีอายุระหว่าง 50 – 60 ปี จำนวน 303 คน พบผลการวิจัยที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ความรู้กับทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด

ประภัสสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546 : 79) ได้ศึกษาจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ข้าราชการสูงอายุ ถ้ามีเจตคติต่อการรักษาสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีเจตคติต่อการรักษาสุขภาพต่ำ

จากงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพราะการมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง จะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีความพอใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและมีความมุ่งมั่นกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

4.5 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการแสวงหาพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลใดมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อ โดยทั้งๆ ที่บางครั้งความเชื่อนั้นไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม การที่บุคคลมีพฤติกรรมต่างกันไปนั้น เป็นเพราะเนื่องมาจากความรู้สึกนึกคิด และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งมีอำนาจควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างออกไป (ศิริพร สถิตย์ถาวร. 2540 : 47; อ้างอิงจาก Rotter.1996 : 1)

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เป็นจิตลักษณะที่สำคัญตัวหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมที่น่าปรารถนาของบุคคล เกิดจากการรับรู้ต่อผลตอบแทนการกระทำของบุคคลว่าเป็นผลมาจากตนเองหรือเป็นผลมาจากผู้อื่น โชคเคราะห์หรือสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายได้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) เป็นความคาดหวังของบุคคลว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับนั้นเกิดจากการกระทำหรือความสามารถของตน ส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) เป็นความคาดหวังทั่วไปของบุคคลว่า สิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับการกระทำของตน แต่ขึ้นอยู่กับสาเหตุต่างๆ จากภายนอก เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรมหรือความบังเอิญ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534 : 63 ; อ้างอิงจาก Rotter. 1966 : 1 - 28)

ความหมายของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ก็เป็นเช่นเดียวกับความหมายของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนทั่วไป แต่เน้นเฉพาะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อที่ว่าคนที่ตนจะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่ เป็นเพราะความสามารถและการกระทำของตน และเชื่อว่าตนสามารถหลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บได้จากการดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกสุขลักษณะ ส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง ความเชื่อหรือความคาดหวังบุคคลว่าคนที่ตนจะมีสุขภาพดีหรือไม่เป็นเพราะผู้อื่น โชคชะตาหรือผลจากความบังเอิญ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534 : 63; อ้างอิงจาก Khon. 1972 : 295 - 302)

สรุป ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การตระหนักว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการกระทำของตนเองแทบทั้งสิ้น ตรงข้ามกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งเป็นผู้ที่คิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเกิดขึ้นเพราะโชค เคราะห์ หรือความบังเอิญ หรือเกิดจากการกระทำของผู้อื่นมากกว่าที่จะเป็นผลจากการกระทำของตน ซึ่งแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน

10 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง โดยปรับปรุงจากแบบวัดของ พรณราย พัทธเจริญ (2543) ซึ่งมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .78

4.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542: 81) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ของชมรมผู้สูงอายุวิฑูรยาบาล กรุงเทพมหานคร จำนวน 196 คน พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ซีแมน (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534 : 65 ; อ้างอิงจาก Seeman & Seeman. 1983:144-160) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ ในด้านการรับประทานอาหารเสริมที่มีประโยชน์ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การลดหรือหยุดการเสพยาที่เป็นโทษต่อร่างกาย และการรับการตรวจสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และสถานภาพของสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,210 คน ในลอสแอนเจลิส สหรัฐอเมริกา ผลวิจัยพบว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพโดยมีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มากกว่า มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า และมีสถานภาพทางสุขภาพดีกว่า กล่าวคือ ไม่เจ็บป่วยสูงกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

จากงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน มีความเกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะเป็นผู้ที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความรู้เพื่ออนามัยที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะเป็นผู้ที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้นหรือสนใจในการแสวงหาความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

5. ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยสนใจนำปัจจัยทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและจากบุคลากรทาง การแพทย์

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางสังคมจิตวิทยาซึ่งพบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือตัวเราอยู่ตลอดเวลา มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของคนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สวรค์ ทับศรี. 2543 : 48 ; อ้างอิงจาก ญัฐินีภรณ์ ยวนนท์. 2537)

แคปแลน (นฤภรณ์ ธิรภัทรพันธ์. 2545 : 55 ; อ้างอิงจาก Kaplan.1977) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็นทางด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

คอบบ์ (อติรัตน์ วัฒนไพลิน. 2539 : 57 ; อ้างอิงจาก Cobb.1976 : 300) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นข้อมูลหรือข่าวสารจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้ผู้รับ เชื่อว่า ได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีคุณค่าและได้รับการยกย่อง เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการสื่อสารและความผูกพันซึ่งกันและกัน

เพนเดอร์ (อรชร โททวี. 2548 : 63 ; อ้างอิงจาก Pender. 1987 : 396) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ การเป็นที่รักและนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั้นเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ วัตถุ ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2530 : 73) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากการสนับสนุน ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล แล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพดี ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง ลูกหลาน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (อดิรัตน์ วัฒนไพลิน. 2539 : 57 ; อ้างอิงจาก Cobb. 1976 : 300) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าบุคคลนั้นได้รับความรัก ความจริงใจ ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน
2. การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับ ยกย่อง (Esteem support) เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ เกิดความภาคภูมิใจ มั่นใจในตนเอง
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เซฟเฟอร์ และคณะ (อรชร โทวี. 2548 : 64 ; อ้างอิงจาก Schaefer et al. 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทองหรือการบริการ

เฮาส์ (อรชร โทวี. 2548 : 64 ; อ้างอิงจาก House. 1981 : 202) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือ
2. การสนับสนุนทางด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองหรือเรียนรู้ตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านนี้จึงเหมือนการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำข้อเท็จจริง แนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน เช่น เงิน แรงงาน หรือเวลา เป็นต้น

หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (อรรถ โทวี. 2548 : 65 ; อ้างอิงจาก Pender. 1987 : 396) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีหน้าที่ 3 ประการ ดังนี้

1. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ด้วยการช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต
2. ส่งเสริมภาวะสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตได้ดี
3. ป้องกันความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีวิจรรย์ญาณ หรือเลือกใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ช่วยให้คนปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายระบบของอันตรายหรือความเครียดที่ประสบอยู่

แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (อรรถ โทวี. 2548 : 65 ; อ้างอิงจาก House. 1981 : 202) ได้แบ่งกลุ่มทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ (Informal) กลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ซึ่งมีความผูกพันใกล้ชิดกัน มีความสัมพันธ์กันมาก เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อน ซึ่งเหล่านี้จัดว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ภายในครอบครัว

กลุ่มที่เป็นทางการ (Formal) คือ กลุ่มที่มีการติดต่อกันด้วยเหตุผลบางอย่าง เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และกลุ่มช่วยเหลือโดยนักวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในวงจรส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยอาชีพ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุได้รับจาก 2 แหล่งคือ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร กลุ่มญาติพี่น้อง และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ โดยการดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง การชม และการให้แรงเสริมจากการปฏิบัติตน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยการให้เงิน การจัดเตรียม จัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้

ในด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น สามารถสรุปได้ดังนี้ คือ

การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ โดยการดูแลเอาใจ

ใส่ การยกย่อง การชม และการให้แรงเสริมจากการปฏิบัติตน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยการให้เงิน การจัดเตรียม จัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งแบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวนี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวมาก โดยแบบวัดดังกล่าวใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et. al. 1981) และปรับปรุงจากแบบวัดของ อรรถ ไวทวิ (2548) ซึ่งมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85

การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ โดยการดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง การชม และการให้แรงเสริมจากการปฏิบัติตน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยการจัดเตรียม จัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งแบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์นี้เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดนี้แสดงว่าเป็นผู้สูงอายุที่ได้การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มาก โดยแบบวัดดังกล่าวใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et. al.1981) และปรับปรุงจากแบบวัดของ อรรถ ไวทวิ (2548) ซึ่งมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2544 : 115) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 420 คน แบ่งเป็นเพศชาย 198 คน เพศหญิง 222 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรรถ ไวทวิ (2548 : 141) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขและจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในเรื่องข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถเผชิญกับปัญหาหรือแก้ปัญหาที่ก่อกวนจากความเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 6,027 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 362 คน ซึ่งได้มาจากการประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางครีชีและมอร์แกน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 303 ; อ้างอิงจาก Krejcie and Morgan. n.d.)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้มานี้ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้ คือ

ขั้นที่ 1 แบ่งโรงพยาบาลตามขนาด แบ่งได้เป็น 3 ขนาด คือ ใหญ่ กลาง และเล็ก

ขั้นที่ 2 สุ่มชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลต่างๆ ในแต่ละขนาด จำนวน 1-2 ชมรม ซึ่งได้ทั้งหมด 4 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุของวิทยาลัยแพทยศาสตร์และเวชพยาบาล ชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร อุทิศ

ขั้นที่ 3 เลือกผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามในแต่ละชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลที่ได้รับเลือกในขั้นที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่สมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 362 คน

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ที่	ชื่อโรงพยาบาล	ขนาดโรงพยาบาล (ตามจำนวนเตียง)	จำนวน ประชากร (คน)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง (คน)
1.	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และเวชพยาบาล	ใหญ่	2,391	124
2.	ตากสิน	ใหญ่	761	-
3.	กลาง	ใหญ่	844	-
4.	เจริญกรุงประชารักษ์	ใหญ่	845	83
5.	สิรินธร	กลาง	259	-
6.	ราชพิพัฒน์	กลาง	345	113
7.	ลาดกระบังกรุงเทพมหานคร	เล็ก	217	-
8.	หลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโร	เล็ก	215	42
9.	หนองจอก	เล็ก	150	-
รวม			6,027	362

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับ มีจำนวน 5 ตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยทางชีวสังคม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านความสุข

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยทางจิต

ตอนที่ 5 แบบสอบถามด้านปัจจัยทางสังคม

โดยคุณภาพของเครื่องมือวัดฉบับใช้จริงของตัวแปรต่างๆ ปรากฏดังตาราง 2 (หน้า 62)

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยทางชีวสังคม

เป็นแบบสอบถามที่ถามข้อมูลพื้นฐานต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. เพศ
☐ ชาย ☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา ☐ ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา
☐ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป
5. รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
6. ลักษณะครอบครัว
☐ ครอบครัวเดี่ยว(อาศัยอยู่ร่วมกันเฉพาะพ่อแม่หรือเฉพาะบุตรอย่างใดอย่างหนึ่งหรืออยู่คนเดียว)
☐ ครอบครัวขยาย (อาศัยอยู่ร่วมกันหมดทั้งพ่อแม่ของท่านและบุตร หรือท่านอาศัยอยู่รวมกันกับบุตรและหลาน)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

เป็นแบบวัดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยนำแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem. 1985 : 82 – 103 ; Orem. 1991 : 117 – 143) และนำแบบวัดของ กมลพรรณ หอมนาน (2539) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 มาปรับปรุงและพัฒนา พร้อมกับตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดกับผู้สูงอายุจำนวน 35 คน (Try out) ที่ไม่ใช่กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้จริง โดยแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติบ่อยมาก ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ

ตัวอย่าง

ข้อความ	ปฏิบัติ บ่อย มาก	ปฏิบัติ บ่อย	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
(+) ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว					
(+) ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง					
(-) เมื่อมีปัญหาเจ็บป่วย ท่าน <u>ซื้อยาชุด</u> มารับประทาน เอง					

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

กรณีข้อความทางบวก

ปฏิบัติบ่อยมาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5
ปฏิบัติบ่อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
ปฏิบัติปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1

กรณีข้อความทางลบ

ปฏิบัติบ่อยมาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1
ปฏิบัติบ่อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
ปฏิบัติปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5

การรวมคะแนน ผู้วิจัยรวมคะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 20-100 คะแนน

ความหมายคะแนน สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า
หมายความว่า บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า
โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีค่าความเชื่อมั่นแบบทดลองใช้ .912 และค่าความ
เชื่อมั่นฉบับใช้จริง .940

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านความสุข

เป็นแบบวัดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ โดยนำดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ฉบับสั้น (THI – 15) ซึ่งเป็นของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการพัฒนาและทดสอบ จาก อภิชาติ มงคล และคณะ (2546) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.81 มาปรับปรุงและพัฒนา พร้อมตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดกับผู้สูงอายุจำนวน 35 คน (Try out) ที่ไม่ใช่กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้จริง โดยแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย จำนวน 13 ข้อ

ตัวอย่าง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
(+) ท่านพึงพอใจในชีวิต					
(+) เมื่อผู้อื่นมีทุกข์ ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ					
(+) ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน					

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดด้านความสุข

กรณีข้อความทางบวก

มากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5
มาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
ปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
เล็กน้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
ไม่เลย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1

กรณีข้อความทางลบ

มากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1
มาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
ปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
เล็กน้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
ไม่เลย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5

การรวมคะแนน ผู้วิจัยรวมคะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 13-65 คะแนน

ความหมายคะแนน สำหรับความสุข ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า หมายความว่า บุคคลนั้นมีความสุขสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า โดยแบบสอบถามด้านความสุขมีค่าความเชื่อมั่นฉบับทดลองใช้ .912 และค่าความเชื่อมั่นฉบับใช้จริง .940

ตอนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยทางจิต ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โดยนำแนวคิดมาจากแบนดูรา (Bandura. 1986 : 414 - 420) และนำแบบวัดของ กมลพรรณ หอมนาน (2539) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 มาปรับปรุงและพัฒนา พร้อมกับตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดกับผู้สูงอายุจำนวน 35 คน (Try out) โดยแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ

ตัวอย่าง

ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
(+) ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลหรือไขมันสูงได้					
(+) เมื่อโกรธหรือไม่พอใจ ท่านสามารถควบคุมอารมณ์โกรธไว้ได้					
(+) ท่านสามารถไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีได้ตามกำหนด					

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพ

ตนเอง

กรณีข้อความทางบวก

จริงมากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5
จริงมาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
จริงปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
จริงน้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
จริงน้อยที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1

กรณีข้อความทางลบ

จริงมากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1
จริงมาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
จริงปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
จริงน้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
จริงน้อยที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5

การรวมคะแนน ผู้วิจัยรวมคะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 12-60 คะแนน

ความหมายคะแนน สำหรับ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า หมายความว่า บุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า โดยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเองมีค่าความเชื่อมั่นฉบับทดลองใช้ .913 และค่าความเชื่อมั่นฉบับใช้จริง .940

ส่วนที่ 2 แบบวัดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากนิยามปฏิบัติการ พร้อมกับตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดกับผู้สูงอายุจำนวน 35 คน (Try out) ที่ไม่ใช่กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้จริง โดยแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 11 ข้อ

ตัวอย่าง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(+) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจของท่านได้					
(+) ท่านชอบรับประทานผลไม้มากกว่าของหวาน					
(+) ท่านทำงานบ้านต่างๆ ด้วยตนเอง จึงทำให้ท่านมีร่างกายแข็งแรง					

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

กรณีข้อความทางบวก

มากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5
มาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
ปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
น้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1

กรณีข้อความทางลบ

มากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1
มาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
ปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
น้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5

การรวมคะแนน ผู้วิจัยรวมคะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 11-55 คะแนน

ความหมายคะแนน สำหรับ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าหมายความว่า บุคคลนั้นมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า โดยแบบสอบถามเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นฉบับทดลองใช้ .912 และค่าความเชื่อมั่นฉบับใช้จริง .940

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองโดยนำแบบวัดของ พรพนราย พิทักษ์เจริญ (2543) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.78 มาปรับปรุงและพัฒนา พร้อมกับตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดกับผู้สูงอายุจำนวน 35 คน (Try out) ที่ไม่ใช่กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้จริง โดยแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุดจำนวน 10 ข้อ

ตัวอย่าง

ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
(+) สุขภาพของท่านดีขึ้นมาได้ด้วยการหมั่นดูแลสุขภาพด้วยตัวท่านเอง					
(-) การเจ็บป่วยของท่านจะหายป่วยได้ขึ้นอยู่กับโชคชะตากำหนด					

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

กรณีข้อความทางบวก

จริงมากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5
จริงมาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
จริงปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3

จริงน้อย ให้คะแนน ระดับคะแนน 2

จริงน้อยที่สุด ให้คะแนน ระดับคะแนน 1

กรณีข้อความทางลบ

จริงมากที่สุด ให้คะแนน ระดับคะแนน 1

จริงมาก ให้คะแนน ระดับคะแนน 2

จริงปานกลาง ให้คะแนน ระดับคะแนน 3

จริงน้อย ให้คะแนน ระดับคะแนน 4

จริงน้อยที่สุด ให้คะแนน ระดับคะแนน 5

การรวมคะแนน ผู้วิจัยรวมคะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 10-50 คะแนน

ความหมายคะแนน สำหรับ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า หมายความว่า บุคคลนั้นมีความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า โดยแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีค่าความเชื่อมั่นฉบับทดลองใช้ .913 และค่าความเชื่อมั่นฉบับใช้จริง .941

ตอนที่ 5 แบบสอบถามด้านปัจจัยทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว โดยนำแนวคิดมาจากเซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et. al. 1981) และนำแบบวัดของ อรชร ไวทวิ (2548) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 มาปรับปรุงและพัฒนา พร้อมกับตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดกับผู้สูงอายุจำนวน 35 คน (Try out) ที่ไม่ใช่กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้จริง โดยแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ

ตัวอย่าง

ข้อความ	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
(+) บุคคลในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนให้ท่านออกกำลังกาย					
(+) เมื่อท่านไม่สบาย บุคคลในครอบครัวเป็นคนจัดยาให้ท่านรับประทาน					

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว

กรณีข้อความทางบวก

จริงมากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5
จริงมาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
จริงปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
จริงน้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
จริงน้อยที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1

กรณีข้อความทางลบ

จริงมากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1
จริงมาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
จริงปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
จริงน้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
จริงน้อยที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5

การรวมคะแนน ผู้วิจัยรวมคะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 12-60 คะแนน

ความหมายคะแนน สำหรับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า หมายความว่า บุคคลนั้นมีการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า โดยแบบสอบถามการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวมีค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบใช้ .910 และค่าความเชื่อมั่นแบบใช้จริง .940

ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยนำแนวคิดมาจากเซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et. al. 1981) และนำแบบวัดของ อรรถ โวทวี (2548) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 มาปรับปรุงและพัฒนา พร้อมกับตรวจสอบคุณภาพมาตรวัดกับผู้สูงอายุจำนวน 35 คน (Try out) ที่ไม่ใช่กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้จริง โดยแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด จำนวน 12 ข้อ

ตัวอย่าง

ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
(+) บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้กำลังใจเมื่อท่านเกิดความ ท้อแท้จากปัญหาการเจ็บป่วย					
(+) บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลาย ความเครียดแก่ท่าน					

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากร

ทางการแพทย์

กรณีข้อความทางบวก

จริงมากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5
จริงมาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
จริงปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
จริงน้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
จริงน้อยที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1

กรณีข้อความทางลบ

จริงมากที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 1
จริงมาก	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 2
จริงปานกลาง	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 3
จริงน้อย	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 4
จริงน้อยที่สุด	ให้คะแนน	ระดับคะแนน 5

การรวมคะแนน ผู้วิจัยรวมคะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 12-60 คะแนน

ความหมายคะแนน สำหรับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า หมายความว่า บุคคลนั้นมีการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ สูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า โดยแบบสอบถามการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความเชื่อมั่นฉบับทดลองใช้ .911 และค่าความเชื่อมั่นฉบับใช้จริง .940

ตาราง 2 แสดงคุณภาพของเครื่องมือวัดฉบับใช้จริงในแต่ละตัวแปร

แบบสอบถาม	จำนวน ข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนรวมกับคะแนน รายข้อ (ต่ำสุด – สูงสุด)	ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	20	.075 - .537	.940
ความสุข	13	.397 - .621	.940
ปัจจัยทางจิต			
* การรับรู้ความสามารถของตนเอง	12	.131 - .564	.940
* เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง	11	.003 - .552	.940
* ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก ตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	10	.021 - .551	.941
ปัจจัยทางสังคม			
* การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ ตนเองจากครอบครัว	12	.103 - .522	.940
* การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ ตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์	12	.254 - .541	.940

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อติดต่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ที่คัดเลือกไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง
2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ตามกำหนดวันและเวลาที่ได้นัดหมายกับชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลต่างๆ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดแล้วเลือกเอาเฉพาะฉบับที่สมบูรณ์เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระทำกับข้อมูลที่รวบรวมได้ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ
2. ตรวจสอบให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วบันทึกข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์
3. วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยนี้จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

SPSS for Windows Version 12 (Statistical Package for the Social Science for Windows)

วิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มรวม ดังต่อไปนี้

1. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรต่างๆ เพื่อหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตัวแปรปัจจัยทางชีวสังคม โดยใช้สถิติการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t - test) และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่มี 3 กลุ่ม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และหากพบผลความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะนำค่าเฉลี่ยไปเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของทูเก้ (Tukey' s HSD Test)
3. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม
4. ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทำนายพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองจากปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมของผู้สูงอายุ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย นำมาประมวลผลด้วยโปรแกรม SPSS for Windows Version 12 ซึ่งจะนำมาแปลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจการสื่อความหมายที่ตรงกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Min	แทน	คะแนนต่ำสุด
Max	แทน	คะแนนสูงสุด
t	แทน	ค่าสถิติที
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง
df	แทน	ระดับขั้นของความเป็นอิสระ
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยผลรวมคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง
F	แทน	ค่าอัตราส่วนความแปรปรวน (ค่าสถิติ F)
p	แทน	ค่าที่น้อยที่สุดของระดับนัยสำคัญที่จะทำให้ปฏิเสธสมมติฐาน H_0
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
a	แทน	ค่าคงที่ของการทำนายในรูปคะแนนดิบ
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ
β	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน
SE_b	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนาย
R^2_{change}	แทน	ค่าอำนาจในการทำนายที่เพิ่มขึ้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายทีละตัว
$R^2_{adjusted}$	แทน	ค่าอำนาจในการทำนายเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการวิจัย โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ตอน ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมุติฐาน

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งแบ่งตามปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมของผู้สูงอายุ ปรากฏผลการวิเคราะห์ดังตาราง 3-4

ตาราง 3 จำนวนคน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม

ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ			
	55-59 ปี	101	27.9
	60-64 ปี	61	16.9
	65-69 ปี	84	23.2
	70- 74ปี	64	17.7
	ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป	52	14.4
	รวม	362	100
เพศ			
	ชาย	101	27.9
	หญิง	261	72.1
	รวม	362	100
สถานภาพ			
	โสด	49	13
	สมรส	220	60.8
	หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	93	25.7
	รวม	362	100

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	17	4.7
ประถมศึกษา	71	19.6
มัธยมศึกษา	85	23.5
ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา	58	16.0
ปริญญาตรี	103	28.5
สูงกว่าปริญญาตรี	27	7.5
รวม	361	99.7
รายได้		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	129	35.6
10,001-20,000 บาท	90	24.9
20,001-30,000 บาท	59	16.3
30,001 บาท ขึ้นไป	52	14.4
รวม	330	91.2
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	212	58.6
ครอบครัวขยาย	150	41.4
รวม	362	100

จากตาราง 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 362 คนนั้น ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 55 – 59 ปี มีจำนวน 101 คน (ร้อยละ 27.9) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 261 คน (ร้อยละ 72.1) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 220 คน (ร้อยละ 60.8) ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบปริญญาตรีจำนวน 103 คน (ร้อยละ 28.5) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน จำนวน 129 คน (ร้อยละ 35.6) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวจำนวน 212 คน (ร้อยละ 58.6)

ตาราง 4 ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปร	n	ช่วงคะแนน ของ แบบสอบถาม	Min	Max	$\bar{x}$	SD
พฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเอง	362	1-5	1.850	5.000	4.132	0.486
ความสุข	362	1-5	2.380	5.000	4.107	0.542
การรับรู้ความสามารถ ของตนด้านการดูแล สุขภาพตนเอง	361	1-5	1.830	5.000	3.918	0.569
เจตคติที่ดีต่อการดูแล สุขภาพตนเอง	362	1-5	1.820	4.820	3.910	0.492
ความเชื่ออำนาจ ภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพตนเอง	362	1-5	2.400	5.000	3.684	0.544
การสนับสนุนด้านการ ดูแลสุขภาพตนเอง จากครอบครัว	362	1-5	1.000	5.000	3.353	0.976
การสนับสนุนด้านการ ดูแลสุขภาพตนเอง จากบุคลากรทาง การแพทย์	362	1-5	1.000	5.000	3.839	0.818

จากตาราง 4 พบว่า จากการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.132 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.486 และความสุข มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.107 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.542

การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.918 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.569 เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.910 ค่า

เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.492 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.684 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.544 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.353 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.976 การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.839 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.818

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐาน

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 “ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางชีวสังคมที่ต่างกันมี

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน”

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อพิจารณาตามตัวแปรปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว ในกลุ่มรวม ปรากฏผลดังตาราง 5-12

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เมื่อพิจารณาตามอายุเป็นตัวแปรอิสระ โดยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม (n=362)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	1.182	.295	1.254
ภายในกลุ่ม	357	84.099	.236	
รวมทั้งหมด	361	85.281		

* $P < .05$

จากตาราง 5 พบว่า โดยภาพรวม ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ตาราง 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
เมื่อพิจารณาตามเพศ (n=362)

เพศ	n	$\bar{x}$	SD	t (2-tailed)
ชาย	101	4.115	0.452	.669
หญิง	261	4.139	0.499	

* $P < .05$

จากตาราง 6 พบว่า โดยภาพรวม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ตาราง 7 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เมื่อพิจารณาตามสถานภาพสมรสเป็น
ตัวแปรอิสระ โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม (n=362)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.331	.166	.700
ภายในกลุ่ม	359	84.950	.237	
รวมทั้งหมด	361	85.281		

* $P < .05$

จากตาราง 7 พบว่า โดยภาพรวม ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ตาราง 8 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาเป็นตัวแปรอิสระ โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม (n=361)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	5	2.815	.563	2.432*
ภายในกลุ่ม	355	82.197	.232	
รวมทั้งหมด	360	85.010		

* P<.05

จากตาราง 8 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มรวมแปรปรวนไปตามระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยวิธีของทูเก้ (Tukey' s HSD Test) ปรากฏผลดังตาราง 9

ตาราง 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา (n=361)

ระดับการศึกษา	$\bar{x}$	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		4.084	4.094	4.096	4.115	4.128	4.437
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4.084	-	.010	.012	.031	.044	.353*
หรืออนุปริญญา(1)							
ต่ำกว่าประถมศึกษา(2)	4.094		-	.001	.020	.034	.342
มัธยมศึกษา(3)	4.096			-	.018	.032	.341*
ปริญญาตรี(4)	4.115				-	.013	.322*
ประถมศึกษา(5)	4.128					-	.308
สูงกว่าปริญญาตรี (6)	4.437						-

* P<.05

จากตาราง 9 เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยวิธีของทูเก้ (Tukey' s HSD Test) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา มัธยมศึกษา และปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 10 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เมื่อพิจารณาตามรายได้เป็นตัวแปรอิสระ โดยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตาม (n=330)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	2.356	.785	3.581*
ภายในกลุ่ม	326	71.489	.219	
รวมทั้งหมด	329	73.844		

* P<.05

จากตาราง 10 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มรวมแปรปรวนไปตามรายได้ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยวิธีของทูเก้ (Tukey' s HSD Test) ปรากฏผลดังตาราง 11

ตาราง 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาตามรายได้ (n=330)

รายได้ (บาท)	$\bar{x}$	(1)	(2)	(3)	(4)
		4.032	4.110	4.171	4.287
10,001-20,000 (1)	4.032	-	.077	.139	.255*
20,001-30,000 (2)	4.110		-	.061	.177
ต่ำกว่า 10,000 (3)	4.171			-	.116
30,001 ขึ้นไป (4)	4.287				-

* P<.05

จากตาราง 11 เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยวิธีของทูเก้ (Tukey' s HSD Test) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 30,001 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,001-20,000 บาท

ตาราง 12 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
เมื่อพิจารณาตามลักษณะครอบครัว (n=362)

ลักษณะครอบครัว	n	$\bar{x}$	SD	t (2-tailed)
ครอบครัวเดี่ยว	212	4.112	.479	.342
ครอบครัวขยาย	150	4.161	.495	

* $P < .05$

จากตาราง 12 พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 “ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ”

จากการทดสอบสมมติฐาน ปรากฏผลดังตาราง 13

ตาราง 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มรวม

ตัวแปร	X1	X2	X3	Y
การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง (X1)	1	.569**	.452**	.634**
เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง (X2)		1	.290**	.622**
ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง (X3)			1	.398**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Y)				1

** P<.01

จากตาราง 13 พบว่า ปัจจัยทางจิตทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ค่า r อยู่ระหว่าง .398 - .634) โดยพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์สูงสุดกับการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .634$) รองลงมา คือ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .622$) และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .398$) ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยทางจิตทุกตัวมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งคู่ที่มีความสัมพันธ์สูงสุดได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเองกับเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .569$) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเองกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .452$) และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ($r = .290$) ตามลำดับ

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 “ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ”

จากการทดสอบสมมติฐาน ปรากฏผลดังตาราง 14

ตาราง 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มรวม

ตัวแปร	X4	X5	Y
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว (X4)	1	.373**	.308**
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ (X5)		1	.271**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Y)			1

** P<.01

จากตาราง 14 พบว่า ปัจจัยทางสังคมทั้งสองตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์สูงสุดกับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว ($r = .308$) และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ ($r = .271$) ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .373$)

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ”

จากการทดสอบสมมติฐาน ปราบกฎผลดังตาราง 15

ตาราง 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในกลุ่มรวม

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ความสุข	.583**

** $P < .01$

จากตาราง 15 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .583$)

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 “ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ”

ผลการทดสอบทำได้โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ส่วนตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ปรากฏผลดังตาราง 16

ตาราง 16 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้นในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มรวม

ตัวแปรทำนาย	β	t	R	R^2	R^2_{change}	F	F_{change}
การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	.380	8.152**	.634	.402	.402	241.233**	241.233**
เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง	.318	7.053**	.709	.503	.101	181.435**	73.153**
การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว	.191	5.151**	.732	.536	.032	137.372**	24.960**
ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	.131	3.273**	.741	.549	.014	108.509**	10.710**
a = .885	$SE_b = .328$	$R^2_{adjusted} = .544$					

** p < .01

จากตาราง 16 เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า ตัวทำนาย 4 ตัว ซึ่งมาจากปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยแรกที่ได้รับการคัดเลือก คือ ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงที่สุดในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = .380$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถอธิบายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 40.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตัวอธิบาย 1 ตัว)

ปัจจัยทางจิตตัวที่สองที่ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงเป็นลำดับที่สองในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = .318$) โดยเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองสามารถอธิบายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 50.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตัวอธิบาย 2 ตัว สามารถอธิบายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นจากตัวแปรอธิบาย 1 ตัว ร้อยละ 10.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

ปัจจัยทางสังคมที่ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงเป็นลำดับที่สามในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = .191$) โดยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวสามารถอธิบายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 53.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตัวอธิบาย 3 ตัว สามารถอธิบายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นจากตัวแปรอธิบาย 2 ตัว ร้อยละ 3.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

ปัจจัยทางจิตตัวสุดท้ายที่ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงเป็นลำดับที่สี่ในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\beta = .131$) โดยความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองสามารถอธิบายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตัวอธิบาย 4 ตัว สามารถอธิบายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นจากตัวแปรอธิบาย 3 ตัว ร้อยละ 1.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร” มีความมุ่งหมายของการวิจัย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองกับความสุขของผู้สูงอายุ
4. เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจากปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางชีวสังคมที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
2. ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ
5. ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 362 คน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2543 : 303 ; อ้างอิงจาก Krejcie and Morgan, n.d.) โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ขั้นที่ 1 แบ่งโรงพยาบาลตามขนาด แบ่งได้เป็น 3 ขนาด คือ ใหญ่ กลาง และเล็ก ขั้นที่ 2 สุ่มชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลต่างๆ ในแต่ละขนาด จำนวน 1-2 ชมรม ซึ่งได้ทั้งหมด 4 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุของวิทยาลัยแพทยศาสตร์และเวชพยาบาล ชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลหลวงพ่อกวีนศิริกิติ์ ชูตินุโร อุทิศ ขั้นที่ 3 เลือกผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามในแต่ละชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลที่ได้รับเลือกในขั้นที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่สมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 362 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลใช้เครื่องมือวัดเป็นแบบสอบถาม แบบมาตราประเมินค่า ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นเอง ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง แบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยทางสังคม แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งแบบสอบถามแต่ละฉบับมีค่าความเชื่อมั่น .940 ยกเว้นแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีค่าความเชื่อมั่น .941

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยขอหนังสือเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ และนำหนังสือยื่นขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยติดต่อประสานงานกับกลุ่มงานอนามัยชุมชนและหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพของแต่ละโรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงประสานงานกับประธานชมรมผู้สูงอายุเพื่อกำหนดวันและเวลา ในการเก็บข้อมูล โดยการดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลา 6 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประมวลผลข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 12 (Statistical Package for the Social Science for Windows) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติพื้นฐาน และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามตัวแปรปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ และลักษณะครอบครัว โดยใช้สถิติการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t - test) และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่มีตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) และหากพบผลความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะนำค่าเฉลี่ยไปเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของทูเกย์ (Tukey's HSD Test) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสำหรับปัจจัยทางจิต ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจัยทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองกับความสุขของผู้สูงอายุ ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจากตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้มีผลการวิจัยโดยสรุปดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ที่ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ได้รวบรวมข้อคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการอภิปราย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางชีวสังคมที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่ตรงกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้บางส่วน ผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวิริยา สุขวงศ์ (2544 : 88) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 82) ได้ศึกษาเรื่องความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอัศรา อารวรรณ์ (2540 : 96) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของนพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 109) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอัศรา อารวรรณ์ (2540 : 93-94) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิริยา สุขวงศ์ (2545 : 70) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส

ต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และนอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 82) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวที่ต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันและสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา คงข้า (2547 : 83) ที่พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีอายุ เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่ต่างกัน แต่ผู้สูงอายุก็สามารถมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ไม่แตกต่างกัน

ส่วนปัจจัยทางชีวสังคมบางตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ตั้งไว้ โดยระดับการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูล นำมาคิดพิจารณาตัดสินใจการกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้การแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งความรู้ต่างๆ ให้เป็นประโยชน์ รู้จักที่จะรักษาและดูแลเอาใจใส่สุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของอัศรา อวรณ์ (2540 : 97) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญา – ระดับปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และประถมศึกษา – มัธยมศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของวิริยา สุขวงศ์ (2545 : 69) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มัธยมศึกษา ประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งรายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลไม่ใช่สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540 : 109) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างก็มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อัศรา อวรณ์ (2540 : 97) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ เหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ จากผลการวิจัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดังกล่าว ในด้านระดับการศึกษาและรายได้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนั้นสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นจะทำให้มีการพิจารณา เอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น และผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีศักยภาพในการเลือกการบริการทางสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่านั่นเอง

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนั้น เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดความพยายามในการดูแลสุขภาพตนเองจนสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลพรรณ หอมนาน (2539 : 59) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 44-46) พบว่า การรับรู้สมรรถนะหรือการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนั้น จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ของตนเองให้สำเร็จ รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วย ซึ่งหากผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเองสูงจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวมได้เหมาะสมด้วย

ผลการวิจัยยังพบว่า เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ เนื่องจากการมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองสูงจะทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองก่อให้เกิดความสนใจ เอาใจใส่สุขภาพของตน ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณราย พัททกเจริญ (2543 : 164) ได้ศึกษาพบผลการวิจัยที่สำคัญประการหนึ่ง คือ

ความรู้กับทัศนคติในการดูแลตนเองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุดและยังสอดคล้องกับงานวิจัยของประภัสสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546 : 79) พบว่า ชำนาญการสูงอายุที่มีเจตคติต่อการรักษาสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีเจตคติต่อการรักษาสุขภาพต่ำ ดังนั้นจากผลการวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมาก จะทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในทางที่ดีด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะคิดว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเองดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะคิดว่าการที่ตนจะมีสุขภาพเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับพฤติปฏิบัติตัวของตนเอง เมื่อต้องการให้ตนมีสุขภาพดี จึงยอมแสวงหาข้อมูลและวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องจึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูง สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 81) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของซีแมน (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534 : 65 ; อ้างอิงจาก Seeman & Seeman. 1983:144-160) ผลวิจัยพบว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพโดยมีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มากกว่า มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า และมีสถานภาพทางสุขภาพดีกว่า กล่าวคือ ไม่เจ็บป่วยสูงกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเองสูง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองสูง และมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตนย่อมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ดังนั้น ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมมากขึ้นเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ตั้งไว้ แสดงว่า เมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยช่วยลดภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต ส่งเสริมภาวะสุขภาพ โดยช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และป้องกันความเจ็บป่วย โดยช่วยให้มีวิจารณญาณหรือเลือกใช้กลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ (Pender. 1987 : 396) สอดคล้องกับการศึกษาของวสันต์ ศิลปสุวรรณ (2544 : 115) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของอรชร โวทวี (2548 : 141) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์และจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ดังนั้น การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ดังกล่าวจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะการสนับสนุนทางสังคมทั้งสองด้านมีส่วนในการส่งเสริมและให้กำลังใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีตามมาด้วย

สมมติฐานที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร จินนุทยา (2536 : 81) ที่พบว่า ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตเป็นโครงสร้างในองค์ประกอบหนึ่งที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับตัวบ่งชี้ในด้านความสุขและความพึงพอใจอีกหลายองค์ประกอบด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป การรับรู้เกี่ยวกับเพื่อน การรับรู้เกี่ยวกับกิจกรรม

ทางศาสนาและงานสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน การรับรู้เกี่ยวกับสภาพบ้าน การรับรู้เกี่ยวกับการได้ยิน ความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับการหายใจ การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการใช้จ่าย การรับรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย ปัสสาวะ การรับรู้เกี่ยวกับงานอดิเรก การรับรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การรับรู้เกี่ยวกับการพักผ่อนในบ้าน การรับรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของชุมชน การรับรู้เกี่ยวกับสภาพพื้นที่ และการรับรู้เกี่ยวกับการมองเห็น ผลการวิจัยของประภาพร จินันทุยา (2536 : 81) ดังกล่าวข้างต้นนั้น ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์และคณะ (2538 : 93) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราโมทย์ วังสะอาด (2530 : 30) ที่พบว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกตัดออกไป แต่ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการทางสังคมและจิตวิทยาเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมที่ต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีความสนใจและร่วมเป็นสมาชิกในชมรมต่างๆ จะเห็นได้ว่าทฤษฎีกิจกรรมนี้ยืนยันว่า ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่เป็นสุขได้นั้นควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น ควรมีงานอดิเรก เป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรม สมาคมหรือชมรม เป็นต้น โดยทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก นอกจากนี้พบว่า การไม่มีงานอดิเรกทำก่อให้เกิดความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมมากจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีความซึมเศร้าน้อย นอกจากนี้ยังพบอีกว่ากิจกรรมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตในยามบั้นปลายอย่างมีความสุข

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54.9 ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้เพียงบางส่วน ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ในด้านปัจจัยทางจิตนั้นสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ทั้ง 3 ปัจจัย โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดของแบนดูราที่มีความ

เชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยบุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่จะแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน แบนดูว์มีความเห็นว่า ความสามารถไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์นั้นๆ นั่นคือ ถ้าคนมีความสามารถ ก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ยอมท้อถอยง่ายๆ และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2536 : 58 ; อ้างอิงจาก Evan. 1989)

เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยทางจิตลำดับที่สองที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งเจตคตินี้มีผู้เชื่อว่าเป็นจิตลักษณะที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ทางสังคม ตั้งแต่วัยเยาว์ที่บุคคลได้กระทำพฤติกรรมใดแล้วได้ผลตอบแทน ต่อมาบุคคลนั้นจะคาดหวังและเชื่อว่าจะได้รับผลตอบแทนในลักษณะเดียวกันนั้น ถ้าเขากระทำพฤติกรรมนั้นหรือพฤติกรรมประเภทเดียวกันนั้นอีกแต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมใดแล้วไม่ได้ผลตอบแทน หรือได้รับผลตอบแทนโดยที่เขาไม่ได้กระทำพฤติกรรมใดเลย ก็จะทำให้เขารับรู้ว่าการกระทำใดหรือสิ่งใดให้ประโยชน์และอะไรให้โทษ ซึ่งมีผลให้เขามีเจตคติที่ดีและไม่ดีต่อสิ่งนั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุบล เลี้ยววาริณ (2534: 134) ได้ศึกษาจิตลักษณะและพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ อันประกอบด้วย พฤติกรรมการกินอย่างเหมาะสม พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติด และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคลนั้น พบว่า ทศนคติเป็นตัวทำนายที่สำคัญมากที่สุดต่อการพฤติกรรมสุขภาพทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

ในงานวิจัยเรื่องนี้ได้ศึกษา ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ ตัวทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้มีเพียงด้านเดียว คือ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว เป็นปัจจัยลำดับที่สามที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดของคอบบ์ (อติรัตน์ วัฒนไพลิน. 2539 : 57 ; อ้างอิงจาก Cobb.1976 : 300) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลได้โดย เป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีคุณค่าและได้รับการยกย่อง เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีการสื่อสารและความผูกพันซึ่งกันและกัน การที่บุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ย่อมมีการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ และให้ความเคารพนับถือ สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจ ไม่รู้สึกเหงา ย่อมช่วยรักษาสมดุลของจิตใจและอารมณ์ให้เกิดความรู้สึกเป็นปกติสุข ส่วนการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ถึงแม้ว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจาก ถึงแม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ข้อมูลหรือความรู้สำหรับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุแล้ว ตัวผู้สูงอายุเองอาจไม่สามารถปฏิบัติตามได้ทุกครั้ง นอกจากนี้ บุคคลในครอบครัวยังเป็นผู้ที่มีความผูกพันใกล้ชิดและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้สามารถให้การสนับสนุนทางสังคมด้านการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดของ รอตเตอร์ (Rotter. 1981 : 294) ได้ว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะคิดว่สิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ดังนั้น บุคคลที่มีความเชื่อมั่นภายในตนสูง จะคิดว่าการที่ตนมีสุขภาพเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี จึงยอมแสวงหาข้อมูลและวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของวอลสตัน (Wallston and Wallston. 1982. 115 – 120) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแสดงออกของบุคคลอย่างหนึ่ง คือ ความเชื่อ และเป็นที่ยอมรับว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ เป็นแรงจูงใจของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 64) ที่พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่น เป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุงยาก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้งทั้งเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองก่อให้เกิดความสนใจ เอาใจใส่สุขภาพของตน ให้ความร่วมมือในการรักษาและมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีโรคประจำตัว และส่งเสริมความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อ ความสามารถของตนที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุงยาก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

เป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อ เช่น การที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าตนจะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่ เป็นเพราะความสามารถและการกระทำของตัวผู้สูงอายุเอง ผู้สูงอายุก็สามารถหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บได้จากการดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกสุขลักษณะ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวโดยปราศจากโรคภัยและความไม่สุขสบายต่างๆ

นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรเตรียมความพร้อมให้บุคคลตั้งแต่ระยะวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งทางด้านร่างกาย ภาวะจิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับเรื่อง โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การรักษา การสังเกตอาการ แนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องโดยการให้ข้อมูลในรูปแบบการสอนเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม และใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เช่น โปสเตอร์ วีซีดี หรือแผ่นพับ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุมีการปรับตัว ปรับใจ สามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้

2. ในด้านครอบครัวนั้น การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ซึ่งบุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด บุคคลในครอบครัวต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุให้มากขึ้น โดยเน้นความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวหรือการทำกิจกรรมร่วมกัน จะทำให้สมาชิกทุกคนได้สังเกตและใส่ใจกันและกัน พร้อมกันนี้สมาชิกในครอบครัวควรร่วมกันแสวงหาแหล่งที่จะส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้แก่ผู้สูงอายุด้วย เพราะหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีแล้วนั้นผู้สูงอายุก็จะอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีมีความสุข

3. ในด้านสังคม ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรเป็นผู้ประสานงานด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน ทั้งในการประสานเรื่องการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ และประสานในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในระดับต่าง ๆ ดังนี้

- ชุมชน ได้แก่ การประสานความร่วมมือกับองค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
- ครอบครัว ได้แก่ การประสานเพื่อสร้างความตระหนักแก่สมาชิกในครอบครัว ได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพราะถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุลดการเป็นภาระเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ

- บุคคล ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

4. หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งครอบครัวควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งในชมรมผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมต่างๆ ที่จะส่งเสริมผู้สูงอายุได้หลายด้าน เช่น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองจากการที่ได้เห็นและพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดประสบการณ์สู่คนวัยเดียวกันและคนรุ่นหลัง และยังเป็นการใช้เวลาร่วมกันให้กลายเป็นเวลาที่สนุกสนาน ผ่อนคลายความเครียดได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับทราบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การตรวจคัดกรองโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งการตรวจสุขภาพประจำปี เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวได้ถูกระบุไว้ในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ดียิ่งขึ้นไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือกลุ่มวัยทำงาน เพื่อทราบถึงปัญหาและหาแนวทางแก้ไข รวมทั้งจุดแข็ง จุดอ่อนและอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป
2. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตเมืองกับผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท
3. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่น แรงจูงใจภายใน ภาวะการเจ็บป่วย การสูญเสีย ความคาดหวัง ความวิตกกังวล อัตมโนทัศน์ เป็นต้น
4. ปัญหาในการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุ คือ ตามองเห็นไม่ชัดเจนและประสิทธิภาพการได้ยินลดลง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลควรเป็นรูปภาพ ข้อคำถามมีจำนวนน้อย หรือเพิ่มขนาดตัวอักษรของแบบสอบถาม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลควรให้ปรับเหมาะสม โดยใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึกและใช้เวลาในการสัมภาษณ์มากพอสมควร

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร หมู่พยัคฆ์ และคณะ. (2536). รายงานการวิจัย ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยกลางคน อายุ 40 – 59 ปี. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2534). เอกสารประกอบการนำเสนอการพัฒนาสาธารณสุข เขต 4. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2549). สภาพการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส ; และพัชรี ต้นศิริ. (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์และคณะ. (2540). รายงานการวิจัย การศึกษาศักยภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนชนบทในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา รอดนำพา. (2535). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ คศ.ม. (พลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2532). การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ: ศุภานิชการพิมพ์.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2524). ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตและจริยธรรมของนักเรียนวัยรุ่น. รายงานการวิจัยฉบับที่ 26 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- เตือนใจ เทียนทอง. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1. ปรินุญยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ทัศนาศา บุญทอง. (2544). *มโนคติและกระบวนการพยาบาล. (เอกสารการสอน)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2536). *การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธนาวรรณ อิมสมบุญ. (2532, ตุลาคม-ธันวาคม). การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารสุขศึกษา พลศึกษาและสันทนาการ*. 15(4): 11 – 15.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. ปรินุญยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิรนาท วิทย์โชติภิตติคุณ. (2534). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นฤภรณ์ ธีรภัทรพันธ์. (2545). *ปัจจัยทางจิตวิทยาที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของเด็กก่อนวัยเรียนในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาชุมชน)*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. ถ่ายเอกสาร.
- ปริบุญรัตน์ พรพิบูลย์. (2535). *โลกยามชราและแนวทางการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์. (2547). *รายงานการวิจัย การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมืองราชบุรี. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข*.
- ประภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. (2546). *จิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา)*. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาพร จินนุทยา. (2536). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). พฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 1 – 17. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ป.สัมพันธ์พาณิชย์.
- ปราโมทย์ วังสะอาด. (2530). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.(ประชากรศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พนิดา คุณาธรรม. (2538). ทักษะและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรรณราย พัทธเจริญ. (2543). จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญแข ประจันปัจฉินัก. (2545). สรุปคำบรรยายวิชา กฎ.538 สูงอายุวิทยาศึกษา. (เอกสารประกอบการสอน). กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญผกา กาญจนินาส. (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ภัทรพร ไพเราะ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- มนตรี ต้นประยูร. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง เขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มนัส บุญประกอบ; และพรณี บุญประกอบ. (2549, กันยายน). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานภายหลังเกษียณอายุของข้าราชการมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 12(1): 36 – 48.
- มัลลิกา มติโก. (2530). การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะคติทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดด.
- รจนารถ ร่วงลือ. (2536). การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลชุมชน). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ละออง สุวิทย์ภรณ์. (2534). ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วนิดา กองแก้ว. (2549). ลักษณะชีวิตสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วนิดา คงขำ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาการพัฒนาระบบสังคมและครอบครัว. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ถ่ายเอกสาร.
- วราภรณ์ ทิณเกิด. (2545). ศึกษาการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (เทคโนโลยีทางการศึกษา). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.

- วสันต์ ศิลปสุวรรณ. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิริยา สุขวงศ์. (2545). *รายงานการวิจัย ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิไล ตั้งตระกูล. (2543). *พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคของคณงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(สุศึกษา). กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร สถิตยธาวร. (2540). *ผลของการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่อในอำนาจภายใน-ภายนอกตนแตกต่างกัน*. สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2530). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ประกายพริก.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2547). *สุขภาพคนไทย 2546*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้ง.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ และคณะ. (2538, มกราคม - มีนาคม). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ*. *วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล*. 2(1): 93 – 95.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- สมประสงค์ ศิริวงศ์. (2539, พฤษภาคม-สิงหาคม). *สุขภาพจิตผู้สูงอายุ*. *วารสารการศึกษาพยาบาล*. 7(2). 40 – 45.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สวรรณค์ ทับศรี. (2543). *ประสิทธิผลของโปรแกรมศึกษาเรื่องการดูแลบุตรตัวเหลืองตาเหลืองของมารดาหลังคลอดโดยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในโรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). *ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต*.

ปริญญาานิพนธ์ กศ.ด.(พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. (2535). *รายงานการดำเนินงานโครงการดูแล*

สุขภาพด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2550). *สำมะโนประชากร และเคหะ พ.ศ.2550*.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

สำนักงานนโยบายและแผน. (2545). *สถิติกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักงานนายกรัฐมนตรี กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์. (2538). *การคาดประมาณประชากรของ*

ประเทศไทย 2533-2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ.

สุจินต์ ปรีชาमारณ. (2535). *สุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุดา วิไลเลิศ. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในวัยสูงอายุ*.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรและอายุรศาสตร์.

กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุดี ทองวิเชียร; และพิมพ์วรรณ ศิลปสุวรรณ. (2532). *รายงานการวิจัย การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*

เขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวิชา จันทรสุริยกุล. (2536). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพของตนเองโดยเน้นการมี*

ส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุจังหวัดแพร่.

วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ถ่ายเอกสาร.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2535). *แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้าน*

สุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาล

ศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อติรัตน์ วัฒนไพลิน. (2539). *อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อกระบวนการปรับตัวของผู้*

ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ การศึกษาพื้นฐานเพื่อพัฒนาหลักสูตร. ปริญญาานิพนธ์

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตเพื่อพัฒนาหลักสูตร. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- อนุชา ขุนเมือง. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อภิชัย มงคล. (2546). รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อรรถ วิทธี. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.(จิตวิทยาชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. ถ่ายเอกสาร.
- อรพรรณ อิศราภรณ์. (2536). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อ้อมเดือน สดมณี. (2549). รายงานการวิจัย ปัจจัยด้านจิตสังคมและความสนใจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงานของครูในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัจฉราพร บุญญพนิช. (2547). ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญของครูประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัสรา อวรณ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). ความสำคัญของการศึกษาที่มีผลต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs. New Jersey : Prentice-Hall.
- Campbell, A. (1976, January) Subjective measure of well-being. *American psychologist*. 31 : 117 – 124.

- McGuire, William J. (1985). "Attitude and Attitude Change". *The Handbook of Social Psychology*. Ed Lindzey G., Aronson E. 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associated Publishers.
- Orem, D.E. (1980). *Nursing Concepts of Practice*. 2nd ed. New York :
Mc Graw Hill Book.
- (1985) : *Nursing Concepts of Practice*. 3rd ed. New York :
Mc Graw Hill Book.
- (1991). *Nursing Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis :
Mosby-Year Book.
- Pender. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Norwalk : Appleton &
Lange.
- Rotter, J. B. (1981). " Generalized Expectancies for Internal versus External control of
Reinforcement". *Psychological Monographs : General and Applied*. 80 : 294.
- Schaefer, C. ; Coyne, J. ; & Lazarus, R.S. (1981, March/October). "The Health - Related
Functions of Social Support" . *Journal of Behavioral Medicine*. 4 : 381 – 401.
- Wallston, K. A. and Wallston, B. S. (1982). " Who is Responsible for your health locus of
control ". In *Social Psychology of Health and Illness*. Lawrence Erlbaum
Associated Publishers.

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. อาจารย์ ดร.จันทร์เพ็ญ สันตวาจา | ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 2. อาจารย์กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเวชชา | ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 3. อาจารย์เพ็ญพโยม เขยสมบัติ | กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลราชวิถี |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม | สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 5. อาจารย์ ดร.สุภาพร ณะชานันท์ | สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |

ภาคผนวก ข

รายชื่อชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

รายชื่อชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศิริ ชุมชนธวัชบุรี อ.ท.ศ.
2. ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
3. ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
4. ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และเวชวิทยาพยาบาล

ภาคผนวก ค

คำอำนาจจำแนก และความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามเรื่อง “สุขภาพดี ชีวิตมีสุข”

ค่าอำนาจจำแนก และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเรื่อง “สุขภาพดี ชีวิตมีสุข”

แบบสอบถามเรื่อง สุขภาพของฉัน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

ตาราง 17 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อ	ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
1	ท่านรับประทานอาหารที่มีกากหรือเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้เพื่อป้องกันท้องผูก	.386
2	ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว	.359
3	ท่านดื่มกาแฟเป็นประจำมากกว่า 1 แก้วต่อวัน	.074
4	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่แออัดหรือการระบายอากาศไม่ดี	.337
5	ท่านถ่ายอุจจาระเป็นเวลาอย่างสม่ำเสมอ	.349
6	ท่านสามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้	.278
7	ท่านนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ อย่างน้อยคืนละ 5-6 ชั่วโมง	.252
8	ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ครั้งละ 15-30 นาที เช่น การเดิน การบริหารร่างกาย เป็นต้น	.477
9	ท่านใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น เลี้ยงหลาน ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น	.413
10	เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านมักพูดคุยปรึกษาปัญหากับคนในครอบครัว หรือคนใกล้ชิด	.354
11	ท่านระมัดระวังตัวในการเดินเพื่อป้องกันอุบัติเหตุขณะเดินบนพื้นที่ลื่น ขรุขระ ขึ้นลงบันไดหรือข้ามถนน	.472
12	ท่านจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ	.499
13	ท่านปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันส่วนต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	.346
14	ท่านเลือกทำกิจกรรมต่างๆ เหมาะสมกับความสามารถที่ท่านจะกระทำได้	.428
15	เมื่อท่านรู้สึกไม่สบาย ท่านขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว หรือคนใกล้ชิด	.359
16	ท่านใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอในช่วงชีวิตที่ผ่านมา	.537

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ค่าอำนาจจำแนก
17	เมื่อท่านมีความเจ็บป่วย ท่านจะหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น วารสาร หนังสือ รายการวิทยุ โทรทัศน์ สอบถามผู้รู้ เป็นต้น	.454
18	ท่านหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายตนเองทั้งก่อนและหลังเจ็บป่วย	.422
19	เมื่อมีปัญหาเจ็บป่วย ท่านซื้อยาชุดมารับประทานเอง	.168
20	เมื่อเจ็บป่วยท่านรับประทานยา และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด	.314

α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น แบบแอลฟา ของ ครอนบัค) = .940

แบบสอบถามเรื่อง ความสุขของฉัน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ

ตาราง 18 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามด้านความสุข

ข้อ	ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
1	ท่านพึงพอใจในชีวิต	.523
2	ท่านสบายใจ	.517
3	ท่านสังสรรค์กับเพื่อนๆ ในวัยเดียวกันอยู่เสมอ	.578
4	ชีวิตของท่านมีแต่ความสุข	.540
5	เมื่อมีปัญหาท่านทำใจยอมรับกับปัญหานั้นได้	.411
6	ท่านผ่านเหตุการณ์ทุกข์ยากที่เกิดขึ้นในชีวิตมาได้อย่างภาคภูมิใจ	.397
7	เมื่อผู้อื่นมีทุกข์ ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจ	.454
8	ท่านมีความสุขที่มีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	.408
9	เมื่อมีโอกาส ท่านจะให้ความช่วยเหลือผู้อื่น	.442
10	ท่านภูมิใจในตนเอง	.550
11	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย	.519
12	ท่านรู้สึกอบอุ่นที่มีคนในครอบครัวดูแลเมื่อท่านเจ็บป่วย	.621
13	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	.601

α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น แบบแอลฟา ของ ครอนบัค) = .940

แบบสอบถามเรื่อง แบบสอบถามด้านปัจจัยภายในตัวฉัน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ

ตาราง 19 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อ	ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
1	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลหรือไขมันสูงได้	.390
2	ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่แออัด มีอากาศไม่บริสุทธิ์ได้	.405
3	ท่านรับประทานผักผลไม้ทุกวันเพื่อป้องกันท้องผูก	.563
4	ท่านสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มได้	.507
5	เมื่อเกิดเรื่องไม่สบายใจ ท่านสามารถผ่อนคลายความตึงเครียดนั้นได้ด้วยตนเอง	.448
6	ท่านสามารถออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยของตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ	.563
7	ท่านสามารถแก้ไขความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายของตนเองได้	.537
8	เมื่อโกรธหรือไม่พอใจ ท่านสามารถควบคุมอารมณ์โกรธไว้ได้	.411
9	ท่านกลัวที่จะสอบถามข้อมูลการดูแลรักษาสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์	.132
10	ท่านไม่แน่ใจว่าท่านจะสังเกตอาการของความผิดปกติในตัวเองได้ถูกต้อง	.130
11	ท่านสามารถไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีได้ตามกำหนด	.479
12	ท่านสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพื่อลดความเจ็บป่วยหรืออาการของโรคประจำตัวถ้าท่านเป็น	.500

α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น แบบแอลฟา ของ ครอนบัค) = .940

ตาราง 20 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อ	ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
1	ท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัด	.080
2	ท่านชอบรับประทานผลไม้มากกว่าขนมหวาน	.399
3	เมื่อท่านมีอาการท้องผูก ท่านจะรับประทานยาระบายทันทีเพื่อป้องกันอันตรายจากการเบ่ง	.003
4	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจของท่านได้	.508
5	เมื่อที่นอนไม่สะอาด ท่านจะทำความสะอาดหรือเปลี่ยนใหม่ทันที	.501
6	ท่านพร้อมที่จะจัดบ้านให้เป็นระเบียบอยู่เสมอเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ	.552
7	ท่านทำงานบ้านต่างๆ ด้วยตัวเอง จึงทำให้ท่านมีร่างกายแข็งแรง	.448
8	การทำทานรักษาศีลช่วยให้อารมณ์ดีและมีความสุข	.432
9	การปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือ ดูโทรทัศน์ เป็นวิธีคลายเครียดที่ดีและมีประโยชน์	.469
10	ท่านชอบหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์	.298
11	ท่านพอใจที่ท่านดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วย	.508

α (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น แบบแอลฟา ของ ครอนบัค) = .940

ตาราง 21 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน
เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อ	ข้อความ	ค่าอำนาจจำแนก
1	เมื่อเจ็บป่วย การดูแลตนเองมากขึ้นจะทำให้ท่านหายป่วยเร็วขึ้น	.551
2	ท่านสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้	.497
3	การเจ็บป่วยของท่านเป็นผลมาจากความประมาท	.021
4	สุขภาพของท่านดีขึ้นมาได้ด้วยการเล่นสุขภาพด้วยตัวท่านเอง	.444
5	ไม่มีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำให้ท่านเจ็บป่วยได้นอกจากตัวท่านเอง	.154
6	แม้ว่าท่านจะดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ แต่ก็ยังเจ็บป่วยอยู่บ่อยๆ เพราะท่านเป็นคนมีเคราะห์	.147
7	การที่ท่านมีสุขภาพดีเป็นเพราะท่านโชคดี	.084
8	สิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของท่านทุกวันนี้ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดขึ้นโดยบังเอิญซึ่ง ท่านไม่คาดคิดมาก่อน	.128
9	ท่านไม่ทราบสาเหตุของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับท่าน	.162
10	การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุ นั้นเป็นสิ่งที่ไม่สามารถป้องกันได้	.221

$$\alpha \text{ (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น แบบแอลฟา ของ ครอนบัค)} = .941$$

แบบสอบถามเรื่อง แบบสอบถามปัจจัยภายนอกตัวฉัน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ

ตาราง 22 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ
ตนเองจากครอบครัว

ข้อ	ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
1	บุคคลในครอบครัวคอยกระตุ้นให้ท่านเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย	.456
2	บุคคลในครอบครัวพาท่านไปออกกำลังกายในสนามของโรงเรียนหรือบริเวณ ลานกว้างๆ	.420
3	เมื่อเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย บุคคลในครอบครัวพาท่านไปพบแพทย์	.423
4	บุคคลในครอบครัวได้ให้กำลังใจ เมื่อท่านเกิดความท้อแท้จากปัญหาส่วนตัว และปัญหาการเจ็บป่วย	.522
5	บุคคลในครอบครัวค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น นิตยสาร หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์มาบอกท่าน	.504
6	บุคคลในครอบครัวให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับวัยและโรคของ ท่าน	.417
7	ท่านได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวให้ไปรับการตรวจสุขภาพเป็น ประจำและตรงตามนัด	.449
8	เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีสิ่งกังวลใจ บุคคลในครอบครัวได้ให้ คำปรึกษาแก่ท่าน	.508
9	บุคคลในครอบครัวได้จัดเตรียมหรือจัดซื้ออุปกรณ์ในการออกกำลังกายให้ท่าน	.417
10	เมื่อท่านไม่สบาย บุคคลในครอบครัวเป็นคนจัดยาให้ท่านรับประทาน	.442
11	เมื่อท่านไม่สบาย บุคคลในครอบครัวเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ท่าน	.103
12	เมื่อท่านมีปัญหาไม่สบายใจ บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือท่านได้	.472

$$\alpha \text{ (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น แบบแอลฟา ของ ครอนบัค)} = .940$$

ตาราง 23 ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพ
ตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์

ข้อ	ข้อคำถาม	ค่าอำนาจจำแนก
1	บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้แก่ท่าน	.541
2	บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้กำลังใจ เมื่อท่านเกิดความท้อแท้จากปัญหาการเจ็บป่วย	.434
3	บุคลากรทางการแพทย์ได้จัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ท่านได้ร่วมกิจกรรม เช่น การแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุการเล่นหรือการร้องเพลงพื้นบ้าน เป็นต้น	.254
4	บุคลากรทางการแพทย์ได้จัดกิจกรรม/โครงการ ให้ท่านได้มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์แก่คนรุ่นหลัง	.503
5	บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของท่าน	.535
6	บุคลากรทางการแพทย์ได้เป็นกำลังใจให้กับท่านทุกครั้งที่ท่านมารับการตรวจสุขภาพประจำปี	.463
7	บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมตามวัยของท่าน ช่วยให้ท่านสบายใจขึ้น	.530
8	เมื่อเจ็บป่วยท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการพักผ่อนที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์	.512
9	บุคลากรทางการแพทย์ได้แจกเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวแก่ท่าน	.407
10	บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดแก่ท่าน	.536
11	บุคลากรทางการแพทย์ได้จัดเตรียมบอร์ดประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไว้ให้ท่านได้ศึกษาเข้าใจเพิ่มขึ้น	.455
12	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในวัยสูงอายุจากบุคลากรทางการแพทย์	.510

$$\alpha \text{ (ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น แบบแอลฟา ของ ครอนบัค)} = .940$$

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวเบญจมาศ นาควิจิตร
วันเดือนปีเกิด	3 มิถุนายน 2520
สถานที่เกิด	จ.พิจิตร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	11 ม.6 ต.คลองคะเชนทร์ อ.เมือง จ.พิจิตร 66000
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักกิจกรรมบำบัด
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2543 – 2551)
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2539	มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) โรงเรียนพิจิตรพิทยาคม จ.พิจิตร
พ.ศ.2543	ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่
พ.ศ.2551	ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ