

พฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์
ของ
จิราภรณ์ ใจสบาย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2553

พฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์
ของ
จิราภรณ์ ใจสบาย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2553
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
จิราภรณ์ ใจสบาย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
พฤษภาคม 2553

จิราภรณ์ ใจสบาย. (2553). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. ปรินทิฟวอร์ค วท.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม:
รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random Sampling) จำนวน 242 คน จากประชากรผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตโดยการทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of varianu) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองตนเองโดยรวมและพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้าน อยู่ในระดับดี
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย มีคุณภาพชีวิต โดยรวม และคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง
3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย เพศชาย และเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน
6. พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

SELF-CARE BEHAVIOR AND QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY PEOPLE IN THE
ELDERLY PEOPLE CLUB, BANGKOK NOI DISTRICT BANGKOK MATROPOLITAN

AN ABSTRACT
BY
JIRAPHRON JISABAI

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Science Degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 2010

Jiraphron Jisabai. (2010). *Self-Care Behavior and Quality of Life of the Elderly People in the Elderly People Club, Bangkok Noi District Bangkok Metropolitan*. Master thesis. M.Sc. (Health Education). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Dr. Pornsuk Hunnirun, Assist. Prof. Dr. Songpol Tornee.

This study aimed to examine self-care behaviors and quality of life of elderly in the elderly people club, Bangkok Noi District, Bangkok Metropolitan. The samples, 242 elderly people in the elderly people club were selected by Multistage random sampling, Data were collected by the questionnaires.

Testing different scores on self-care behaviors and quality of life were analysed by t-test and one-way analysis of variance including testing the relationship between self-care behaviors and quality of life of the elderly, and the Pearson product moment correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Self-care behaviors of the elderly in the elderly people club in Bangkok Noi District were in high level on both overall and each item.
2. Quality of life of elderly in the elderly people club in Bangkok Noi District were in moderate level on both overall and each item.
3. The elderly in the elderly people club, Bangkok Noi District, who had difference in sexes, ages, marital status, educational level, occupation, income, and types of family, had statistically significant differences of self-care behaviors at the level of .05.
4. The elderly in the elderly people club, Bangkok Noi District, who had different in ages, marital status, educational level, occupation, income, and types of family, had statistically significant differences of quality of life at the level of .05.
5. The elderly in the elderly people club, Bangkok Noi District, who had different in sexes, were no significant differences at the level of .05.
6. Self-care behaviors had positively correlated with quality of life of elderly in the elderly people club, Bangkok Noi District at the level of .05.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

ของ

จิราภรณ์ ใจสบาย

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

วันที่.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2553

คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์)

.....ประธาน

(รองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงศ์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อئی)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อئی)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นรินทร์ ประธานควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำ การแก้ไขข้อบกพร่อง และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มดำเนินการศึกษา จนกระทั่งปริญญานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร รองศาสตราจารย์ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นาริรัตน์ จิตรมนตรี และ อาจารย์อมรา วิสูตรานุกูล ที่ให้คำแนะนำและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ และรองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี กรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลา ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์แก่ปริญญานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการเขตบางกอกน้อย ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ให้ข้อมูลของ สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเพื่อการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ประธานชมรมผู้สูงอายุศิริราช ประธานชมรมผู้สูงอายุสุตสาคร ประธานชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า ประธานชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม) ประธานชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณาราม ประธานชมรมผู้สูงอายุวัดดงมูลเหล็ก และประธานชมรมผู้สูงอายุวัดมะกอก ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถาม เพื่อการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาทุกท่าน และคณาจารย์ทุกท่านใน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ให้กับผู้วิจัย ด้วยความรัก และความเมตตา

ขอขอบคุณเพื่อน และพี่ ๆ น้อง ๆ ผู้ร่วมงานของผู้วิจัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุน ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ และคุณแม่ ที่คอยให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณพี่น้องสมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ตลอดจนมาร่วมทั้งผู้ให้ความช่วยเหลืออีกหลายท่านที่มีได้เอยนามไว้ ณ ที่นี้

จิราภรณ์ ใจสบาย

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	2
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	3
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	3
ตัวแปรที่ศึกษา	3
นิยามศัพท์	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
สมมติฐานในการวิจัย	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
ประวัติชมรมผู้สูงอายุ	8
ความหมายและแนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	11
ความหมายผู้สูงอายุ	11
การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	12
ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	17
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	17
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	20
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	25
ความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	28
เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก	28
องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	30
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ	31
พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	43
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	43
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	 51
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	 75
สรุปผลการวิจัย.....	78
อภิปรายผลการวิจัย.....	80
ข้อเสนอแนะ.....	89
 บรรณานุกรม	 90
 ภาคผนวก	 99
ภาคผนวก ก.....	100
ภาคผนวก ข.....	112
ภาคผนวก ค.....	119
 ประวัติย่อผู้วิจัย	 124

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชมรม.....	42
2	การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกเป็นองค์ประกอบต่างๆ.....	45
3	จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยเขตบางกอกน้อย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน.....	52
4	ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ทั้งรายด้าน และโดยรวม ตามตัวแปร พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย.....	55
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว.....	56
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบ ค่าสถิติ (t-test).....	59
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว.....	59
8	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน และรายได้ต่อเดือน.....	61
9	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร ลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าสถิติ (t-test).....	64
10	ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับตามตัวแปร คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวม.....	65

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
11	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว.....	66
12	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test).....	69
13	วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย จำแนกตามตัวแปร อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพปัจจุบัน และรายได้ต่อเดือน.....	69
14	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย จำแนกตามตัวแปร อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน และรายได้ต่อเดือน.....	71
15	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย จำแนกตามตัวแปร ลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test).....	73
16	ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย.....	74
17	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	120
18	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต...	122

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....

6

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้รับความสนใจมากในประเทศไทย และนานาชาติ ประเทศ บังจาย สำคัญที่กระตุ้นความสนใจ และกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุมาจากการที่องค์การสหประชาชาติได้ ประกาศในปี พ.ศ. 2542 (ค.ศ.1999) เป็นปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ (International Year of Older Persons) และได้เชิญชวนให้ประเทศสมาชิกจัดกิจกรรมเฉลิมฉลอง เพื่อตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญของผู้สูงอายุในฐานะผู้มีส่วนสร้างสรรค์ประโยชน์แก่สังคม ลดช่องว่างระหว่างวัย โดยยึด หลักผู้สูงอายุสมควรได้รับความเอาใจใส่ ในด้านความเป็นอิสระ การมีส่วนร่วม การดูแลเอาใจใส่ ความพึงพอใจในตนเอง และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สำหรับประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ เป็นอันดับที่ 19 ของโลก และจากการศึกษาประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบว่า อัตราส่วนของ ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 8.11 ในปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.19 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2563 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) เพิ่มขึ้น เพศชายจาก 69.9 ปี ในปี พ.ศ.2542 เป็นเพศหญิงจาก 74.9 ปี ในปี พ.ศ.2542เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงในปี พ.ศ.2553 มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (สำนักงานส่งเสริม สุขภาพ. 2545: 13) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยของชีวิตเพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มความมีอายุขัย เฉลี่ยที่มีภาวะสุขภาพดีหรือไม่

จากแนวโน้มของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในด้าน การแพทย์ การสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม ซึ่งปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุคือ ปัญหาทางด้าน เศรษฐกิจและสุขภาพ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ และ 2 ใน 3 มีสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก โรคที่มีการรายงานว่าเป็นกันมากในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า ไชข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ

ในปี พ.ศ.2525 องค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลก (World Assembly on Aging) เป็นครั้งแรกที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย มีผู้แทนจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก เข้าร่วมประชุม 119 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งได้พิจารณาประเด็นสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ 3 ประการ คือ ด้านมนุษยธรรม ด้านการพัฒนา และด้านการศึกษา ผลการประชุมได้ชี้ให้เห็น ความสำคัญและปัญหาของผู้สูงอายุที่จะมีมาในอนาคต นอกจากนั้นที่ประชุมยังได้กำหนด แผนปฏิบัติการนานาชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (International Plan of Action on Aging) เพื่อเป็น แนวทางให้แต่ละประเทศนำไปประยุกต์ใช้ สำหรับประเทศไทยนั้นคณะรัฐมนตรีมีมติกำหนดให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปี เป็นวัน “ผู้สูงอายุแห่งชาติ” และมีมติจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

รวมทั้งได้มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งได้จัดทำแผนงานระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2535 – 2554 เป็นแผนฉบับแรกสำหรับผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (กสผ.) เพื่อให้เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางกิจการทั้งปวงเพื่อผู้สูงอายุ โดยสังกัดสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2546) ในวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2542 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้ประกาศใช้ปฎิญญาผู้สูงอายุไทย เพื่อเป็นพันธกรณีให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจุบันประเทศไทย มีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550- 2554) เป็นการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุขและการสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสำคัญที่ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจังทั้งภาครัฐ และเอกชน โดยเน้นหนักในการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคมในเรื่องการส่งเสริม ป้องกัน ปั่นฟู และรักษาสุขภาพของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุข และได้รับความคุ้มครองจากสังคม ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม จัดตั้งชมรม และสมาคม เพื่อได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม สร้างแรงสนับสนุนทางจิตใจ มีผลเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นแนวทางในการวางแผน พัฒนา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัย สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
2. ให้ประชาชนทั่วไปได้ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแนวทางในการส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. เป็นแนวทางให้นักศึกษา นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ประยุกต์ใช้ผลการวิจัยในการดำเนินงาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวางแผน จัดบริการให้การส่งเสริมการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ
4. เป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไปในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 643 คน เป็นเพศชาย 279 คน เป็นเพศหญิง 364 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไปในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร มีจำนวน 242 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. ระดับการศึกษา
5. อาชีพ
6. รายได้
7. ลักษณะครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรม การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย ตามความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1991: 136-138) โดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีส่วนส่งเสริมในการดูแลตนเองประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สถานภาพที่อยู่อาศัยและครอบครัว แบบแผนการดำเนินภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยพื้นฐาน ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติ ตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่

1.1 การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอาหาร น้ำ อากาศที่เพียงพอ

- การได้รับอาหารที่เพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้รับอาหาร อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ

- การได้รับน้ำที่เพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้รับน้ำในปริมาณที่เหมาะสม อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย

- การได้รับอากาศที่เพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ และหลีกเลี่ยงอากาศที่เป็นพิษ

1.2 การปฏิบัติตนเพื่อให้มีการขับถ่าย และการระบายของเสียเป็นปกติ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะสะดวก

1.3 การปฏิบัติตนเพื่อให้มีกิจกรรมที่เหมาะสม และพักผ่อนเพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการทำงานอดิเรก

1.4 การปฏิบัติตนเพื่อใช้เวลาเป็นส่วนตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น และการมีเวลาเป็นส่วนตัวหรือตามลำพัง

1.5 การปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันอันตรายต่อชีวิต หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุ และการป้องกันภัยอันตรายต่อชีวิตทั้งภายในบ้าน และในชุมชน

1.6 การปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การตรวจสุขภาพประจำปี

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะการพัฒนากาย เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อป้องกันส่งเสริม แก้ไข การเกิดผลเสียต่อพัฒนาการด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองตามโครงสร้าง หรือหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ ได้แก่ การรับรู้และการสนใจสุขภาพเมื่อเจ็บ ป่วย และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โดยพิจารณาจากดัชนีชี้วัดความจำเป็นขั้นพื้นฐานในด้านเศรษฐกิจ สังคม ศาสนา สาธารณสุข และนันทนาการ

เพศ หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

อายุ หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ คือ 60-65 ปี 66-70 ปี และ 71 ปีขึ้นไป

สถานภาพสมรส แบ่งเป็น สถานภาพสมรสคู่ สถานภาพสมรสเดี่ยว

- สถานภาพสมรสคู่ ได้แก่ ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสามี หรือภรรยา
- สถานภาพสมรสเดี่ยว ได้แก่ ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่เพียงคนเดียว โดยไม่มีสามี หรือภรรยา คือ โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่

ระดับการศึกษา แบ่งเป็นไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ หมายถึง ลักษณะการทำงานของผู้สูงอายุ ที่ได้รับค่าตอบแทน แบ่งเป็น มีอาชีพ และไม่มีอาชีพ

- มีอาชีพ ได้แก่ ข้าราชการบำนาญ ค้าขาย รับจ้าง ทำสวน

รายได้ หมายถึง รายได้ปัจจุบันของผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อยต่อเดือน ซึ่งได้รับจาก บุตรหลาน ญาติ เงินบำนาญ หรือการประกอบอาชีพ แบ่งเป็น 5,000-10,000 บาท 10,001-15,000 บาท และมากกว่า 15,000 บาท

ลักษณะครอบครัว หมายถึง ลักษณะของครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกันกับบุคคลในครอบครัวเดียวกัน และเป็นผู้ดูแลท่านเมื่อเจ็บป่วยซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว หรือคู่สมรส
- ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง

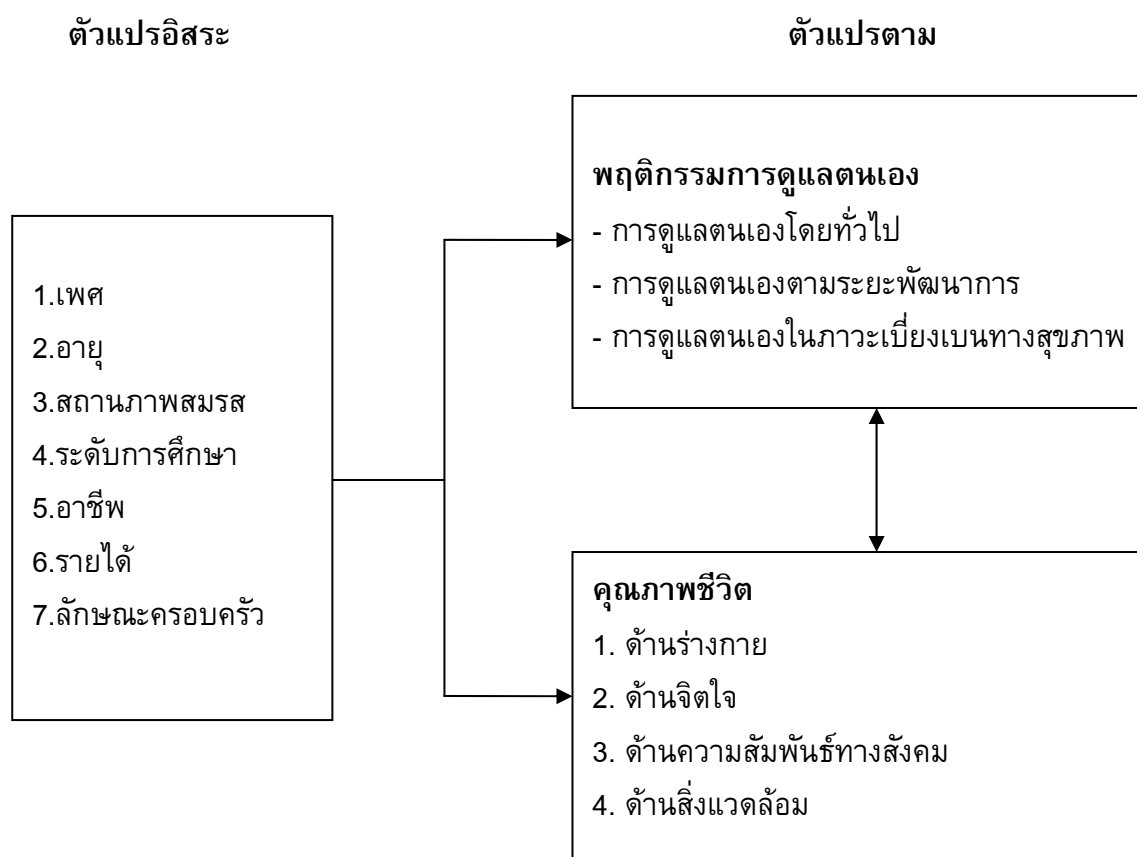
ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นทั้งเพศชายและเพศหญิง และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชมรมผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มสมาชิกของคนที่มีความอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้ก่อตั้งมาเพื่อกระทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร (เป็นความเห็นชอบและเป็นข้อตกลงร่วมกันที่กำหนดขึ้นระหว่างชมรม)

เขตบางกอกน้อย หมายถึง ชื่อเขตของการปกครองท้องถิ่นอยู่ในสังกัดกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

9. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
10. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
11. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
12. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
13. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
14. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
15. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

- ประวัติชมรมผู้สูงอายุ
- ความหมายของผู้สูงอายุ
- การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
- ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
- แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

ประวัติชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ประกอบไปด้วย 6 ชมรม ดังนี้

1. ชมรมผู้สูงอายุศิริราช

ชมรมผู้สูงอายุศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ก่อตั้งโดยอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2531 มี ผศ.จำเรียง กุระสุวรรณ ผศ.ปราณี จาติเกตุ และผศ.จรัสวรรณ เทียนประภาส ได้ให้สมาชิกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุศิริราช จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุศิริราชขึ้น ในบริเวณโรงพยาบาลศิริราช

ต่อมา คุณชุมศักดิ์ เตชะเสน สมาชิกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุศิริราช ไปขอระเบียบการที่ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์มาเป็นแนวทางจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุศิริราช ทางคณะพยาบาลศาสตร์จึงให้ใช้สำนักงานชั่วคราวของชมรม เพื่อใช้ในการจัดเก็บเอกสาร และพัสดุครุภัณฑ์ของชมรม คณะกรรมการบริหารชมรมชุดแรก ประกอบด้วยผู้ดำเนินการก่อตั้งชมรมมีจำนวน 25 คน มีนายชุมศักดิ์ เตชะเสน เป็นประธานชมรม พ.อ. พิเศษสมจิต ภาคีแพทย์ และนายเฟื่อง วิเชียรชม เป็นรองประธานชมรม กรรมการที่ปรึกษา ประกอบด้วยผู้สนับสนุนแนะนำส่งเสริมให้จัดตั้งชมรมมาจากคณะพยาบาลศาสตร์เป็นส่วนใหญ่ มีจำนวน 9 คน เช่น นางสาวบุญนาถ ศตะภูรี นางอารีย์ พฤกษ์ราช เป็นต้น

การบริหารกิจกรรมของชมรม เดิมที่สมาชิกมีทั้งหมด 394 คน มีผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ผู้ชายอายุสูงสุด 92 ปี จัดแบ่งกลุ่มสมาชิกเป็น 8 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้ออกกำลังกาย สมาชิกได้พบปะสังสรรค์ และมีความเอื้ออาทรต่อกัน

กิจกรรมของชมรม ได้แก่ กลุ่มดนตรี สันทนาการต่างๆ ฟังบรรยายพิเศษ จัดทอดผ้าป่า และทัศนศึกษาควบคู่กันไป ตลอดทั้งการตรวจสุขภาพ วันเวลากิจกรรมของชมรมเดิมที่จัดในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 09.00–12.00น.ปัจจุบัน มีเฉพาะวันเสาร์และวันอาทิตย์ เวลา 08.00 – 12.00 น. ปัจจุบันสมาชิกมีจำนวน 125 คน อายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป

สวัสดิการสมาชิกในชมรม การสมัครเข้าเป็นสมาชิกครั้งแรกเสียเงินลงทะเบียน 30 บาท และค่าบำรุงตลอดชีพ 300 บาท หรือค่าบำรุงรายปี คนละ 100 บาท และค่าสวัสดิการครั้งแรก 30 บาท สมาชิกได้รับสวัสดิการในยามเจ็บป่วย จัดสิ่งของเยี่ยมในวงเงิน 300 บาท ถึงแก่กรรมจัดพวงหรีดไปเยี่ยม หรือจัดเงินร่วมทำบุญในวงเงิน 600 บาท

ปัจจุบันสำนักงานที่ทำการอยู่ที่โรงเรียนสุวรรณวิทยาคม แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร มีคุณไพบูลย์ ศิริรัตน์ เป็นประธานชมรม คุณโอภาส จาตุรงค์กุล และคุณสนิทย เกิดศรีพันธ์ เป็นรองประธานชมรม และมีเงินทุนกิจกรรมของชมรม 1,000,000.00 บาทเศษ โดยการจัดหาทุนสนับสนุนของสมาชิกในชมรม

2. ชมรมผู้สูงอายุสุดสาคร

อยู่ในเขตการดูแลของชุมชนสุดสาคร และการสนับสนุนของกรุงเทพมหานคร โดยจัดสรรงบประมาณสนับสนุนด้านสุขภาพ ชุมชนซอยสุดสาคร แขวงบ้านช่างหล่อ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพดีของคนในชุมชนจึงได้จัดตั้งชมรมผู้รักษาสุขภาพ และชมรมผู้สูงอายุขึ้นในเดือนมกราคม พ.ศ. 2543 มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้ออกกำลังกาย ได้พบปะสังสรรค์ และมีความเอื้ออาทรต่อกัน

กิจกรรมของชมรม เช่นกลุ่มดนตรี สันทนาการต่างๆ ฟังบรรยายพิเศษ แสดงความคิดเห็น ธรรมกัน ตลอดทั้งตรวจสุขภาพ วันเวลากิจกรรมของชมรมจัดในวันพุธ – วันอาทิตย์ เริ่มเวลา 17.30 น. ปัจจุบันชมรมตั้งอยู่ในชุมชนสุดสาคร โดยมีสมาชิกเริ่มจดทะเบียนจำนวน 40 คน

สวัสดิการของชมรม ใช้งบประมาณครั้งแรก 10,000 บาท ในการดำเนินงาน และค่าใช้จ่ายบำรุงกิจกรรมเก็บจากสมาชิกเดือนละ 30 บาท ปัจจุบันมี คุณประกอบ เจริญธรรมพจน์ เป็นประธานชมรม และคุณคลอง กล่อมเกลี้ยง เป็นรองประธานชมรม

3. ชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า (ช.ข.ม.)

ชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า ก่อตั้งเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2538 ตั้งอยู่ที่ศาลาฟ้าประทาน ในบริเวณวัดสุทธาวาส แขวงศิริราช บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร มีนายศิริจันทร์อร่าม เป็นประธานชมรมคนที่ 1 ปี พ.ศ.2538 – 2539 นายสนิทย เกิดศรีพันธ์ เป็นประธานชมรมคนที่ 2 พ.ศ.2540 – 2543 นายสมนึก อินทร์พิพัฒน์ เป็นประธานชมรมคนที่ 3 พ.ศ.2543 – ปัจจุบัน (2 สมัย)

เครื่องหมายของชมรมเป็นรูป ช.ช.ม. ในวงกลมมีรอบปลายเรียบเป็นลายข้าว และมีข้อชัยพฤกษ์ครอบข้างบน มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมความรัก ความสามัคคี สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคมดีขึ้น สนับสนุนการจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิก ให้ผู้สูงอายุได้ตรวจสุขภาพ

ลักษณะของสมาชิกมี 3 ประเภท คือ สมาชิกสามัญ อายุ 60 ปีขึ้นไป สมาชิกวิสามัญ อายุตั้งแต่ 50 ปี ถึง 59 ปี สมาชิกกิตติมศักดิ์ ที่ได้รับเชิญมาเป็นสมาชิกชมรม

การสมัครเป็นสมาชิกของชมรม ไม่ต้องเสียค่าสมัครหรือค่าบำรุง การพ้นจากสภาพสมาชิกคือ การตาย ลาออกต่อคณะกรรมการ ให้ออกเนื่องจากขาดการติดต่อเป็นเวลา 1 ปี

4. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม)

ชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม) แขวงบางขุนศรี เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ.2542 โดยการนำของคุณสนิทย์ เกิดศรีพันธุ์ รวบรวมผู้สูงอายุบริเวณใกล้เคียงจำนวน 20 คน จากการสนับสนุนของศูนย์สาธารณสุข 30 ให้สถานที่และสร้างอาคารให้ 1 หลัง จากการสนับสนุนโครงการของกรุงเทพมหานคร ให้ศูนย์สาธารณสุขทุกแห่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น ศูนย์สาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม) ได้รวบรวมผู้สูงอายุในบริเวณใกล้เคียง และคนที่เจ็บป่วยมารักษา ได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุข 30 ให้มาเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อรักษาสุขภาพตนเอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้ออกกำลังกาย สมาชิกได้พบปะสังสรรค์ และมีความเอื้ออาทรต่อกัน

ด้านสวัสดิการ ผู้สูงอายุในชมรมได้รับการตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง จากหน่วยงานของรัฐ รายได้เงินหมุนเวียนได้มาจากสมาชิกในชมรมร่วมกันบริจาคเข้ากิจกรรมเป็นรายเดือน ไม่ต้องจ่ายค่าน้ำ ค่าไฟ ศูนย์สาธารณสุข 30 เป็นผู้รับผิดชอบ

หลักเกณฑ์การรับสมาชิกในชมรมมี 2 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 129 คน (ปัจจุบันเคลื่อนไหวอยู่ที่ 95 คน) ประเภทที่ 2 สมาชิกชมรมตั้งแต่อายุ 45 ปี จำนวน 31 คน มาเข้าร่วมกิจกรรมวันละประมาณ 30 – 40 คน เวลาที่มาร่วมกิจกรรมวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 08.35 – 10.00 น.

การบริหารชมรม มีคุณสนิทย์ เกิดศรีพันธุ์ เป็นประธาน (2สมัย) มีรองประธาน 2 คน ฝ่ายเหรัญญิก 2 คน ฝ่ายเลขา 1 คน ประชาสัมพันธ์ 1 คน กรรมการบริหารกลาง 3 คน ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์สาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม)

5. ชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณาราม

ชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณาราม แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2540 โดยมีคุณมะลิวรรณ เทวผลิน เป็นประธานชมรม รับการสนับสนุนจากโครงการของกรุงเทพมหานคร ตั้งชื่อว่า ชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณาราม เน้นคนในชุมชนวัดสุวรรณาราม เป็นหลัก แรกเริ่มมี 100 กว่าคน ปัจจุบันเหลือ 90 กว่าคน ที่มาร่วมกิจกรรม วันละ 40 – 50 คน โดยมี 2 ท่านที่คิดและร่วมมือกันคือ คุณมะลิวรรณ เทวผลิน และคุณจินตนา กองนาวิ เป็นผู้ริเริ่มมองเห็น

คุณค่าของการออกกำลังกาย เพื่อสนับสนุนโครงการของกรุงเทพมหานคร ในด้านสันตนาการ เวลาทำการของชมรมเริ่มตั้งแต่เวลา 17.00 – 18.00 น. เป็นประจำทุกวัน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกได้ออกกำลังกาย ได้พบปะสังสรรค์ มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีคุณมะลิวรรณ เทวผลิน ทำหน้าที่ประสานงานขอความร่วมมือ กับชมรมผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆเป็นประจำ สมาชิกในชมรมนี้มีเอกลักษณ์ คือ เมื่อเจอหน้ากันจะยกมือไหว้ เข้าแถวรับของแจก และร่วมรับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกาย

ด้านสวัสดิการสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ชมรมให้ค่าบำเพ็ญกุศลงานศพของสมาชิกคนละ 1,000 บาท สมาชิกในชมรมจะมีความผูกพันกันแบบญาติพี่น้อง หากใครเจ็บป่วยไม่สบายก็จะไปเยี่ยมเยียนพร้อมกับกระเช้าดอกไม้ ผลไม้ สมาชิกจะช่วยกันบริจาค

ด้านนโยบายชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณารามจะเหมือนกับชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธารณสุข 30 ชุดแบบฟอร์ม เสื้อสีเหลือง กางเกงดำ มีอักษรย่อคือ ส.ว.แต่ปกติจะใส่ชุดทั่วไป มีบริการตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง จากหน่วยงานของรัฐบาลประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี ยกเว้นป่วยหนัก และวัดความดันโลหิต 2 เดือน ต่อครั้ง โดยประธานชมรมจะเป็นผู้ช่วยตรวจสุขภาพให้แก่สมาชิกในชมรม และบางครั้งผู้สูงอายุไม่มีคนดูแล ประธานชมรมจะทำเรื่องส่งตัวไปให้กรมประชาสัมพันธ์

6. ชมรมผู้สูงอายุวัดดงมูลเหล็ก

ชมรมผู้สูงอายุวัดดงมูลเหล็ก ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ.2544 โดยมีนาวาเอกบุญสม ลุประสิทธิ์ เป็นประธาน มีรองประธาน ฝ่ายเลขานุการและผู้ช่วย ฝ่ายเหรัญญิกและผู้ช่วย นายทะเบียนและผู้ช่วย ฝ่ายประชาสัมพันธ์และผู้ช่วย ลักษณะของคณะกรรมการส่วนหนึ่งมาจากการเลือกตั้ง 25 คน อีกส่วนมาจากกรรมการที่ปรึกษา 10 คน เครื่องหมายของชมรม ธิบับันรองฐานสองแฉกอยู่ด้านล่าง พระพุทธรูปหลวงพ่อบูททองครอบด้วยช่อชัยพฤกษ์ เป็นสัญลักษณ์ของชมรมผู้สูงอายุวัดดงมูลเหล็ก

สำนักงานของชมรมตั้งอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษาวัดดงมูลเหล็ก ถนนอิสราภาพ แขวงบ้านช่างหล่อ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคมดีขึ้น เพื่อดำเนินการอื่นใดที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ และสังคม

ความหมายและแนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” เริ่มมีการบัญญัติขึ้นเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 โดย พล ต.ต.อรรถสิทธิสุนทร เป็นผู้เสนอแทนคำว่า “ผู้ชรา” ที่ใช้มาแต่เดิม เพราะคำว่า “แก่” หรือ “ชรา” เป็นคำที่ทำให้ความรู้สึกไม่ดี เหมือนคนหมดประโยชน์ (ภมรินทร์ ชาวนจินดา, 2542: 6) และจากการประชุมว่าด้วยผู้สูงอายุโลก ครั้งที่ 1 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อ พ.ศ.2525 ได้ให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุ (Aging) หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ โดยมีการกำหนดเกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง เป็นบุคคลสูงอายุ เป็นเกณฑ์มาตรฐาน

โลก ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยึดเป็นหลักสากล เช่นเดียวกับ ในประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 กำหนดให้ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. 2547: 1)

นอกจากการใช้เกณฑ์ด้านอายุ 60 ปีขึ้นไป Bierren (จำเรียง กุระมสุวรรณ. 2533: 4; อ้างอิงจาก Bierren in Hogstel. 1981: 68) ได้กล่าวว่า การกำหนดว่าใครเป็นผู้สูงอายุ ควรพิจารณาองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ด้านจิต และด้านสังคม ทางด้านชีวภาพ เน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและความสามารถในการใช้ศักยภาพทางร่างกายเป็นเกณฑ์ ทางด้านจิต คำนึงถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม การรับรู้ การจดจำ การรับรู้สิ่งใหม่ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพลักษณะตนเองและแรงกระตุ้นในตนเอง ส่วนทางด้านสังคม จะดูบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ ดังนั้น หลักการตัดสินใจว่า ผู้ใด คือผู้สูงอายุ จะเน้นจากการมองสภาพของร่างกาย การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล ถ้ายังกระฉับกระเฉงทำหน้าที่ได้ดี ปรับตัวได้ดี ถือว่ายังไม่แก่

วันเพ็ญ บุญเจริญ (2541: 39) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยของชีวิตที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงเฉพาะ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม วัยสูงอายุไม่ได้เป็นวัยที่หมดความหมาย หรือเป็นวัยที่สิ้นสุดทีเดียว แต่เป็นวัยที่ปลอดจากภาระกิจของสังคมส่วนใหญ่ ดังนั้นการมีชีวิตอย่างมีความสุขและเหมาะสมในวัยนี้ จึงต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นสำคัญ

อาวิกเฮิร์ส (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2540: 44-46; อ้างอิงจาก Havighurst. 1972) ได้แบ่งช่วงชีวิตของมนุษย์ออกเป็น 6 ช่วง ซึ่งผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่อยู่ในช่วงสุดท้าย คือ วัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางกาย การเกษียณอายุ การเปลี่ยนแปลงของรายได้ การตายของคู่ชีวิต หรือบุคคลที่เป็นที่รัก เรียนรู้ในการจัดระเบียบ และใช้ชีวิตหลังเกษียณอย่างมีความสุข และบรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531: 130) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่าเป็นบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปตามปฏิทิน และเป็นการกำหนดอายุที่พ้นจากการทำงาน หรือเป็นวัยเกษียณอายุ ที่จะต้องปลอดจากการรับราชการ โดยเป็นวัยที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ความเสื่อมถอย

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสูงอายุ เป็นผลรวมของการพัฒนา และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตนับตั้งแต่ปฏิสนธิจนสิ้นอายุขัยของบุคคล ผู้สูงอายุ เป็นคำที่ใช้เรียกบุคคล ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยของชีวิตที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงเฉพาะ มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเป็นไปในลักษณะการเสื่อมถอยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างต่อเนื่องตลอดอายุขัย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ด้าน (วันเพ็ญ บุญเจริญ. 2541: 20)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change) ร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นในทุกๆ ระบบหน้าที่ของร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และสรีรวิทยาของระบบต่างๆ ในร่างกายผู้สูงอายุมีดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary system) เซลล์ผิวหนังมีลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลงอัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนเซลล์เดิมลดลง ผิวหนังของผู้สูงอายุจึงบาง และเหี่ยวย่น ต่อมไขมันทำงานลดลง ทำให้ผิวหนังแห้ง คัน และแตกง่าย เซลล์สร้างสีทำงานลดลง ทำให้สีผิวเปลี่ยนแปลงไปมีจุดต่างมากขึ้น พร้อมๆ กับที่ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ต่อมเหงื่อใต้ผิวหนังขับเหงื่อได้น้อยลง การระบายความร้อนด้วยวิธีการระเหยไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเลวลง ผมและขนมีจำนวนลดลงและมีสีจางลง กลายเป็นสีเทาหรือขาว ผมแห้งและร่วงง่าย เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง และเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ

1.2 ระบบประสาทและสมอง (Nervous system) ศูนย์ควบคุมประสาทส่วนกลางทำงานลดลง มีการเสื่อมของเซลล์ประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด คือ ความว่องไวในการส่งงานไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้การทำงานประสานกันระหว่างเซลล์ประสาทและกล้ามเนื้อลดลง การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้าลง ผู้สูงอายุจึงต้องใช้เวลาานานกว่าจะตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น และการเคลื่อนไหวช้าลง การทรงตัวไม่ดี มีอาการสั่นตามร่างกาย มีการเหี่ยวฝ่อของเซลล์สมองส่วนซีรีรัมและซีรีเบลลัม ทำให้ความคิดความจำเสื่อม ผู้สูงอายุจึงมักไม่สามารถจำเรื่องราวใหม่ๆ ได้ หรือมีข้อจำกัดในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวต่างๆ ที่ได้จดจำไว้ก่อนมีการเสื่อมของเซลล์สมองได้ดี ความเสื่อมถอยของระบบประสาท ทำให้สับสนขาดสมาธิ หลงลืมง่าย ย้ำคิดย้ำทำ พูดซ้ำซาก และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

1.3 ระบบประสาทสัมผัส (Special sense) มีการเปลี่ยนแปลงของตา หู ประสาทรับรส และกลิ่น ดังนี้คือ

ตา ประสาทตาจะเสื่อมลง การมองเห็นไม่ดี เลนส์เสียความยืดหยุ่น แก้วตาขุ่นมัวม่านตามีสีจางลง ขนาดของรูม่านตาลีกลงและมีรูปร่างผิดปกติ ลานสายตาแคบลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงพบว่าผู้สูงอายุมีสายตาเสื่อมลง การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และไกล การปรับตัวต่อความสว่างและความมืด การแยกความแตกต่างของสีความคมชัดของภาพลดลง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

หู การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น ซึ่งพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สาเหตุเนื่องมาจาก มีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นใน ร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 สูญเสียหน้าที่ เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัว หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลง ต้องพูดเสียงดังผู้สูงอายุจึงจะได้ยิน และได้ยินเสียงต่ำชัดกว่าเสียงธรรมชาติหรือเสียงสูง รวมทั้งการทรงตัวไม่ดี และมีการเวียนศีรษะบ่อยด้วยจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ประสาทรับรสและกลิ่น มีการเหี่ยวของประสาทรับรสและกลิ่น ปริมาณตุ่มรับรสของลิ้นลดลง มีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ทำให้ความสามารถในการจำแนกรสต่างๆ และการได้กลิ่นลดลง ความอยากอาหารลดลง จากการที่น้ำลายในปากลดน้อยลง บางครั้งความสามารถในการรับรสที่สูญเสียไปนั้น อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือเพราะพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่หรือการเคี้ยวหมาก อมเมี่ยงเป็นเวลานาน เป็นต้น

1.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) มักเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปี อาการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทั้งหลอดเลือดและหัวใจ หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น การเพิ่มขนาดโดยเฉพาะบริเวณผนังหัวใจจะหนาขึ้น เนื่องจากมีไขมันเพิ่มในช่องว่างของทรวงอก กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจจะแข็งตัว เนื่องจากมีเนื้อเยื่อพังผืดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อเยื่อชนิดยึดหยุ่นของหลอดเลือด รวมทั้งมีการสะสมของไขมันและแคลเซียม มีโคเลสเตอรอลเข้าไปแทรกในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ผนังหลอดเลือดขรุขระและตีบลง ความยืดหยุ่นเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง พบมากบริเวณสมอง หัวใจ และไต ทำให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลง การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดดังกล่าว นอกจากจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุอาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำได้ขณะเปลี่ยนท่าทาง (Postural hypotension) เนื่องจากการตอบสนองของตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลง ทำให้มีอาการหน้ามืด เป็นลมง่าย

1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง เนื้อที่ของถุงลมปอดและความจุของปอดลดลง เนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง ทำให้เกิดความยืดหยุ่นของทรวงอกลดลง การขยายของผนังทรวงอกถูกจำกัดจึงใช้แต่กระบังลมช่วยในการหายใจ ทำให้การหายใจลำบาก โดยเฉพาะการหายใจออก เมื่อนอนราบจะรู้สึกหายใจไม่สะดวกต้องหายใจทางปาก ประกอบกับจำนวนถุงลมลดลง ถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย การไหลเวียนโลหิตในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลม และการซึมซับของเลือดลดลง การซึมซับของก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง เนื่องจากเนื้อที่ที่ใช้ในการซึมซับลดลง ผนังหลอดเลือดฝอยหนาและแข็งตัวมากขึ้น รีเฟล็กซ์การไหลลดลงประสิทธิภาพการไหลลดลง การทำงานของขน วัดตลอดทางเดินหายใจลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอม ภายในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย อาจมีหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพองด้วย

1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system) การย่อยอาหารและความอยากอาหาร ลดลง ความสามารถในการรับกลืนและรสลดน้อยลง ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟัน ผู้สูงอายุมักไม่มีฟันหรือใช้ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้หรือไม่สะดวก ผู้สูงอายุจึงไม่ชอบรับประทานอาหารที่ต้องเคี้ยวมากๆ เช่น อาหารจำพวกเนื้อ อาหารที่บิโรกจึงไม่ถูกส่วน ผู้สูงอายุมักขาดโปรตีน นอกจากนี้ยังย่อยและระดับกรดเกลือในกระเพาะอาหารที่ลดลง หลอดอาหาร เยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อมสภาพ ดับอ่อนผลิตน้ำย่อยได้ลดลง ดับเสื่อมสภาพ ทำให้การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็กลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารจะช้าลง ทำให้ท้องผูก และระยะหลังเกิดเป็นริดสีดวงทวาร การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ขาดการบริหารร่างกาย หรือไม่ฝึกนิสัยในการขับถ่ายในระยะก่อนเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการท้องผูก อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุอาจมีการถ่ายอุจจาระกระปริบกระปอยได้เนื่องจากการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกของทวารหนัก

1.7 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง เป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่นๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองผลิตฮอร์โมนลดลงตามไปด้วย ผู้สูงอายุจึงมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง อ่อนเพลีย ขนบริเวณรักแร้และหัวเหน่าร่วง อวัยวะเพศเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ดับอ่อนหลังอินสุลินน้อยลงการนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์จึงมีน้อย ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นโรคเบาหวาน หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย ต่อมหมวกไตทำงานลดลง การขับคอร์ติโคสเตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลง ทำให้มีการสูญเสียโซเดียมออกไปกับปัสสาวะมากขึ้น และต่อมเพศทำงานลดลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและโครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์ และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์ เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำให้จิตใจหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า และขาดความกระตือรือร้น เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุอาจเจ็บป่วยบ่อย หากมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีด้วย ก็ยิ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้ สรุทกุล เจนอบรม (2534: 19-20) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ประกอบด้วย

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิตต้องตายจากไป หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลอันก่อให้เกิดความเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องออกจากการทำงาน ความสัมพันธ์ทางสังคมจึงลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อทางธุรกิจการงาน หรือหมดหมดภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่า ไร้ความหมาย

ในชีวิต ผู้สูงอายุ ขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม ขณะเดียวกันทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพภายในครอบครัว ในวัยสูงอายุ บุตรธิดามักจะมีครอบครัวของตนเองและโดยเฉพาะลักษณะสังคมปัจจุบัน ที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ที่เป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาทในด้านการให้คำปรึกษา ดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความหวาดเหว และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง

2.4 การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ ทั้งๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชาย มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เกิดความวิตกกังวล และมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Social change) ในวัยสูงอายุ การปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว จนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกาย และจิตใจตามมา สุรกุล เชนอบรม (2534: 21) ได้กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการ และสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลานและอยู่ในฐานะที่เคารพบูชา ยอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่อะไรก็ได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ และการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุพบแต่ความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกที่ตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดความอับอาย และคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม

3.3 ความคับข้องใจทางสังคม การปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในการกิจต่างๆ ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก มีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น

3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไป หน้าที่ความรับผิดชอบและงานที่ต้องใช้ความคิดความจำจะลดลง การยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออกความสัมพันธ์กับ

ชุมชนที่เคยมีลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้สูงอายุ และเป็นสิ่งที่กระทบต่อความสมดุลของชีวิตซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะที่มีความสมดุล เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต และมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพตามมา โดยผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุพบปัญหาต่างๆ การศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532: 7-12) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำหลายโรค คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและข้อเข่าเสื่อม นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534: 34) พบว่าโรคประจำตัวหรือโรคที่เป็นปัจจุบันของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ (ปวดเมื่อย ข้อเสื่อม) วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เป็นลมหน้ามืด โรคความดันโลหิตสูง โรคต่อกระຈก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคทางเดินอาหาร (กระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง แขนงท้อง) ไหมตรี ดิยรัตน์นุกร (2536: 107) ซึ่งศึกษาผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร พบว่าโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับกระดูก กล้ามเนื้อ และไขข้อ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไหมนในเส้นเลือด และต่อกระຈก และประภาพร จินนทญา (2536: 39) พบว่าโรคประจำตัวภาวะสุขภาพที่ผิดปกติของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุดินแดงได้แก่ ปวดข้อ ต่อกระຈก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ อัมพาตครึ่งซีก ต้อเนื้อ ภูมิแพ้ ความดันโลหิตต่ำ และถุงลมโป่งพอง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดำเนินงานสาธารณสุขในประเทศไทยก็ได้ใช้นโยบายให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง โดยใช้วิธีการสาธารณสุขมูลฐาน และใช้ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นเครื่องชี้วัด เพื่อให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพโดยพึ่งตนเองได้ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และได้มีผู้ให้หมยการดูแลตนเองดังนี้

เพนเดอร์ (Pender. 1982: 150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติในแนวทางของตน เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องและเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้อง ครบถ้วนจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น

โอเร็ม (Orem. 1991: 117) ผู้ออกแบบทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (Deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล และได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้านคือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2539: 27-30)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาของบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็น ในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึงของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อของความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติต่อตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะพึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมการเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่จะเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ ให้ถึงขั้นสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาระบบไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ ของบุคคล

(Health Promotion and Prevention)

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ ที่แตกต่างกันไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเอง ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเกิดจากการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็น สำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่วัยในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการ โดยบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้น เนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิดโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรค และจากการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้คือ

3.1 แสวงหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การไปรับบริการด้านสุขภาพเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือเจ็บป่วย หรือตรวจสุขภาพ

3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

3.6 เรียนรู้เพื่อดำรงชีวิตตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ เช่น การเรียนรู้เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนตามภาวะสุขภาพ และเพื่อการดำรงชีวิตได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีคุณค่าต่อไป

จากการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมาแล้ว บุคคลจะต้องอาศัยความสามารถของตนเองในการผสมผสาน และจัดระบบการดูแลตนเองที่เหมาะสม จึงจะเกิดประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพคือผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรม การดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ ดังนั้นการให้ความสนใจดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญยิ่งต่อสุขภาพ เนื่องจากในวัยสูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมสภาพลง รวมทั้งการที่มักมีโรคประจำตัวอยู่ด้วยความสุขความทุกข์ในวัยสูงอายุนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางกายและสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลัก การดูแลสุขภาพทั้งกายและจิตใจจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ที่ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีความสุข ดังนั้นผู้สูงอายุต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเองซึ่งรักษาไว้เพื่อชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง โดยมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรม การดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่

1.1 พฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับ อาหาร น้ำ และอากาศ

1.1.1 อาหาร การดูแลตนเองในเรื่องภาวะโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญเพื่อป้องกันการทรุดโทรมเร็วเกินไปของร่างกาย การรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคและความเจ็บป่วย และชะลอความเสี่ยงของอวัยวะของร่างกายต่างๆ ได้ อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย

หรือมีการปรุงให้อยู่ในรูปที่อ่อน เช่น เนื้อสัตว์ ควรสับ บด ต้ม ตุ่นให้เปื่อยนุ่ม ผัก ผลไม้ ควรหั่นให้ชิ้นเล็กลง หรือเลือกที่อ่อน เช่น กลัวย ส้ม มะละกอเป็นต้น ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร การย่อยและการดูดซึมอาหาร จึงมักหลีกเลี่ยงอาหารที่เคี้ยวหรือกลืนลำบาก ผู้สูงอายุมีความต้องการอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และควรแบ่งมื้ออาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อต่อวัน เพื่อแก้ปัญหาแน่นท้องมากหลังรับประทานอาหาร และควรประกอบด้วยโปรตีนที่มีคุณภาพสมบูรณ์ และย่อยง่าย เช่น เนื้อสัตว์ ถั่วเมล็ดต่างๆ และควรได้รับ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว ไข่ สัปดาห์ละ 2 ฟอง ไขมันที่เหมาะสม ควรเป็นไขมันจากพืช เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำ ยกเว้น น้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมันปาล์ม คาร์โบไฮเดรต ควรได้รับตามปกติ ไม่เพิ่มปริมาณ ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีน้ำตาล และผู้สูงอายุควรได้อาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่สูง โดยการรับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน (วินัส ตันติบูล. 2533: 147-442)

นอกจากนี้ การจัดจำนวนมื้ออาหารให้ผู้สูงอายุก็มีส่วนสำคัญเช่นกัน ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารวันละ 4-5 มื้อ โดยรับประทานมื้อละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ไม่ควรรับประทานให้อิ่มมากจัด อาหารมื้อหนักควรเป็นมื้อเช้าและเที่ยง อาหารเย็นไม่ควรให้เป็นอาหารที่หนัก ควรเป็นอาหารย่อยง่าย และไม่ควรรับประทานมาก เพื่อป้องกันและลดอาการแน่นท้อง ท้องอืดหลังอาหาร ซึ่งอาจมีปัญหาตอนนอนไม่หลับได้

1.1.2 น้ำ เป็นส่วนประกอบของร่างกายอย่างหนึ่งที่สำคัญ ทำหน้าที่ควบคุมปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และช่วยการขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะ ป้องกันอาการท้องผูก ผู้สูงอายุจึงควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว หรือประมาณ 1500-2500 ซีซี และควรดื่มน้ำชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เพราะนอกจากจะทำให้นอนหลับยากแล้วกาแฟยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มในปริมาณมาก ส่วนชา มีสารแทนนิน (tannin) ซึ่งเป็นสารต้านไทโอะมิน ทำให้มีโอกาสขาดไทโอะมินได้ นอกจากนี้ควรดื่มน้ำแอลกอฮอล์ด้วย (จรัสวรรณ เทียนประภาส; และพัชรี ตันศิริ. 2536: 433)

1.1.3 อากาศ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจุของปอดและการระบายลดลงจึงมีโอกาสเกิดโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมดี อยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรอยู่ในสถานที่แออัดมากเกินไป บริเวณบ้านควรจะมีต้นไม้ช่วยให้เกิดความร่มรื่น ได้ผ่อนคลายอารมณ์ และได้รับอากาศที่ดี ควรดื่มน้ำและหลีกเลี่ยงการนั่งอยู่ในห้องที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่ เนื่องจากได้มีงานวิจัยที่แสดงว่าการสูบบุหรี่ของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงจะทำให้เกิดอันตรายไปถึงผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ด้วย ซึ่งบุหรี่จะทำให้ปอดได้รับอากาศที่มีออกซิเจนน้อย ผู้สูงอายุควรมีการบริหารการหายใจเข้าลึกๆ อย่างน้อยวันละ 2 เวลาเพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อทรวงอกให้ขยายและแข็งแรงขึ้น ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้เต็มที่ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์. 2533: 27)

1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ผู้สูงอายุไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานเพราะจะทำให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ เสียการบีบรัดตัว ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน บางคนอาจต้องตื่นมาถ่ายปัสสาวะ 2-3 ครั้ง และอาจถึง 4 ครั้งในบางคืน การถ่ายปัสสาวะบ่อยของผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์

ที่เกิดขึ้นตามปกติ ปัญหาอยู่ที่รบกวนการนอน เพราะทำให้ตื่นบ่อย การถ่ายปัสสาวะก่อนนอน และการลดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะก่อนนอน และการลดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟจะทำให้ถ่ายปัสสาวะน้อยลง และนอนหลับได้มากขึ้น ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาเรื่องปัสสาวะกะปริดกะปรอย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กล้ามเนื้อ ในอุ้งเชิงกรานหย่อน ซึ่งเป็นผลมาจากการคลอดบุตร หรือสาเหตุอื่น จึงควรบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ให้แข็งแรงด้วยการขมิบก้นบ่อยๆ ส่วนผู้สูงอายุเพศชาย มักจะมีปัญหาเรื่องต่อมลูกหมากโต ทำให้ปวดถ่ายปัสสาวะบ่อย แต่ปัสสาวะลำบาก ซึ่งถ้ามีอาการมากควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการผ่าตัดแก้ไขในเรื่องการขับถ่าย อุจจาระนั้น อาการท้องผูก เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ขาดการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง รับประทานอาหารที่มีการน้อย และดื่มน้ำน้อย ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่ได้ฝึกการขับถ่ายอุจจาระ ให้เป็นเวลา และในวัยสูงอายุ การรับรู้ต่อการกระตุ้นให้อยากถ่ายอุจจาระลดลง สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักแก้ปัญหาด้วยการรับประทานยาระบายเป็นประจำ ซึ่งอาจมีผลเสียอื่นๆ เช่น ภาวะขาดน้ำ ภาวะขาดสมดุลอิเล็กโทรไลต์ และการสูญเสียวิตามินในไขมันเป็นต้น

1.3 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน ผู้สูงอายุควรมีการประกอบกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม ในวัยผู้สูงอายุนั้นจะมีเวลามากขึ้น หากเวลาว่างได้มากขึ้น กิจกรรมในยามว่างไม่ว่าเพื่อนันทนาการ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือให้บริการผู้อื่นเป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งนำความสุขมาให้ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและสถานภาพทางสังคม รู้สึกมีคุณค่าเกิดความรู้สึกเพลิดเพลินเช่น การอ่านหนังสือ การปลูกต้นไม้ การมีกิจกรรมทางศาสนา และมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายได้ทางหนึ่ง เพราะการออกกำลังกายช่วยให้การไหลเวียนดี เซลล์แลกเปลี่ยนสารอาหารและขับถ่ายของเสียได้ดีขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์ในระบบต่างๆ ดีขึ้น การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ประการ ดังต่อไปนี้ (สาธารณสุข. 2546: 28-30)

1. การออกกำลังกายประเภทแอโรบิค คือ การออกกำลังกายที่เพิ่มการทำงานของปอดและหัวใจ เป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมาก ทำให้มีการหมุนเวียนของโลหิตดีขึ้น การออกกำลังกายประเภทนี้ ต้องทำติดต่อกันเป็นเวลอย่างน้อย 20-30 นาที ความบ่อยของการออกกำลังกายประมาณ 5 วันต่อสัปดาห์ ตัวอย่างการออกกำลังกายประเภทแอโรบิค คือการเดินอย่างกระฉับกระเฉง การวิ่ง ถีบจักรยาน อาจจะเป็นแบบที่อยู่กับที่ การว่ายน้ำ การวิ่งอยู่กับที่ กระโดดเชือก การเต้นแอโรบิค เป็นต้น

2. การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (Stretching) การยืดเหยียดเป็นการออกกำลังกายที่จะทำให้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุหลายอย่าง เพราะทำให้เกิดความคล่องแคล่วยืดหยุ่นของร่างกาย ทำให้มีการเคลื่อนไหวได้อย่างว่องไวตามความต้องการ นอกจากนี้จะช่วยในการทรงตัวและการประสานงานของอวัยวะต่างๆ เช่น ขา แขน การยืดเหยียดจะช่วยผู้ที่เป็นโรคปวดข้อได้มากนอกจากนี้ ยังช่วยในการผ่อนคลายทางประสาท ทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น ตัวอย่างการออกกำลังกาย

ประเภทนี้ คือ โยคะ รำมวยจีน หรือการบริหาร การออกกำลังกายประเภทนี้ควรทำทุกวันหรือ 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ทำครั้งละ 5-10 นาที

3. การออกกำลังกายที่เพิ่มพลังงานหรือความแข็งแรง การออกกำลังกายประเภทนี้ บางอย่างจะต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น น้ำหนัก เพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ตัวอย่างของการออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ การวิดพื้นอย่างง่าย (หรือการวิดพื้นในท่าคุกเข่า) ในการออกกำลังกายประเภทนี้ จะต้องหายใจเข้า-ออก ในจังหวะปกติอย่างลึกซึ้งหายใจ ในกรณีที่ใช้น้ำหนักช่วย ก็ จำเป็นจะต้องใช้น้ำหนักที่เหมาะสม โดยเริ่มประมาณ 1 กิโลกรัม

การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรกำหนดระยะเวลาอย่างน้อย 20-30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ถ้าจะให้ได้ดีควรกำหนดเวลาอย่างน้อย 50 นาที เนื่องจากต้องใช้เวลาในการเตรียมร่างกายให้พร้อม หรือการอบอุ่นร่างกาย ประมาณ 5-10 นาที ระยะเวลาออกกำลังกายจริง 30 นาที ต่อจากนั้นจะเป็นการออกกำลังกายเบาๆ เป็นการผ่อนคลายเป็นประมาณ 5-10 นาทีการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีจุดประสงค์เพื่อรักษาสภาพร่างกายไว้ให้อยู่ในระดับดีที่สุดตามสภาพของแต่ละบุคคล การออกกำลังกายจึงต้องคำนึงถึงประโยชน์ และความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ฉะนั้นจึงต้องพิจารณาถึงชนิด หรือประเภทของการออกกำลังกาย ความหนัก ความนาน และความบ่อยในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุให้เหมาะสม (นิตยา ภาสูนันท์. 2533: 203)

ในเรื่องของการนอนหลับ ผู้สูงอายุควรนอนหลับ และพักผ่อนให้เพียงพอประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง แต่ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ควรปฏิบัติดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ; และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528: 45,47; นิตยา ภาสูนันท์. 2533: 205-206)

1. สภาพห้องนอน ควรมีอากาศถ่ายเทดี อากาศไม่หนาวหรือร้อนเกินไป เสื้อผ้าที่สวมใส่สบายให้ความอบอุ่นพอดี
2. ควรรับประทานอาหารเย็นแต่พอดี และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหนักใกล้เวลานอน เพราะอาจอึดอัดไม่สบายทำให้นอนหลับไม่สนิทได้
3. ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ ก่อนเข้านอน เช่น นมสด หรือน้ำผลไม้ ควรดื่มน้ำก่อนเข้านอนที่มีส่วนประกอบของคาเฟอีน เช่นกาแฟ จะทำให้หลับยาก
4. ไม่ควรรับประทานอาหารนอนหลับ หรือยาระงับประสาทโดยไม่จำเป็น เพราะฤทธิ์ของยาจะไปขัดระยะของการนอน ทำให้หลับได้ไม่เต็ม ควรใช้เมื่อจำเป็นและอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์
5. ทำจิตใจให้สบายก่อนเข้านอนด้วยการสวดมนต์ หรือทำสมาธิ จิตใจที่สงบปราศจากความกังวล จะทำให้หลับไม่ฝันร้าย และนอนได้เต็มที่

ในยามว่างจากงานประจำ การทำงานอดิเรกเป็นงานพิเศษอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน และช่วยสร้างมิตรภาพอันดีต่อกันให้มีความรู้ ฝึกทักษะและช่วยให้มีความคิดสร้างสรรค์อย่างอิสระ เหมาะกับทุกเพศ ทุกวัย ไม่ว่าจะเป็นวัยหรือจน โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีเวลาว่างให้การทำงานอดิเรกอย่างเต็มที่ งานอดิเรกของผู้สูงอายุ ได้แก่ การอ่านหนังสือ ชมรายการทางโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ปลูกต้นไม้ หรือกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

1.4 การใช้เวลาเป็นส่วนตัวและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้สูงอายุควรมีเวลาสำหรับการอยู่คนเดียวในแต่ละวัน เพื่อจะได้มีเวลาเป็นของตนเองตามความต้องการ เช่น เวลาอยู่อย่างสงบตามลำพัง เพื่อระลึกถึงหรือทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ และในขณะเดียวกันควรมีเวลาว่างสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนฝูง ผู้สูงอายุไม่ควรอยู่บ้านเฉยๆ หรือนั่งคอยผู้อื่นมาเยี่ยม ผู้สูงอายุควรไปหาผู้อื่น เช่น ติดต่อกับเพื่อนที่เกษียณ หรือผู้สูงอายุวัยเดียวกันและทำกิจกรรมร่วมกัน พยายามที่จะให้เวลาให้ผู้อื่นด้วยการช่วยเหลือในสิ่งที่ตนทำได้ จะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า (กชกร สังขชาติ. 2536: 58) เป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ในการแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง และขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้

1.5 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพของตน การป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะหากเจ็บป่วยขึ้นจะหมายถึงปัญหาต่างๆ ที่ตามมา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่ และภาวะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่อาจประสบอุบัติเหตุได้ง่าย จากการที่ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาททำให้ตาพร่ามัว หูตึง และมีการเสื่อมของกระดูกทำให้การทรงตัวไม่ดี การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ และระบบประสาทไม่สัมพันธ์กัน จึงมีโอกาสหกล้มและกระดูกหักได้ง่ายจึงควรป้องกันด้วยการจัดสภาวะแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย โดยการจัดไม่ให้มีสิ่งกีดขวางทางเดิน ดูแลพื้นห้องให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ มีแสงสว่างเพียงพอ มีราวบันไดให้ยึดเกาะเวลาเดิน หลีกเลี่ยงการยืนบนเก้าอี้ป็นชั้นที่สูง ควรกระทำสิ่งต่างๆ หรือเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือการลื่นหกล้ม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และได้รับบาดเจ็บ ส่วนการป้องกันอุบัติเหตุภายนอกบ้าน เช่น การข้ามถนน จะต้องเดินด้วยความระมัดระวังตรงที่ข้ามของถนน หรือข้ามพร้อมคนอื่น ๆ นอกจากนี้ควรใช้ไม้เท้าร่วมด้วยเพื่อช่วยให้เกิดการทรงตัวที่ดี

1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบของสังคมและความสามารถของตนเอง

การส่งเสริมการทำหน้าที่ พัฒนาการ และความสามารถของผู้สูงอายุภายใต้ระบบของสังคม โดยการยอมรับสถานะที่เป็นจริงจากการเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของตนเอง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ ผู้สูงอายุควรอาบน้ำวันละ 1-2 ครั้ง จะช่วยทำให้ผิวหนังสะอาด ชุ่มชื้นและกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตได้ผิวหนัง เนื่องจากผิวหนังของผู้สูงอายุจะบาง ไวต่อการกดทับ และการบาดเจ็บต่างๆ ไขมันใต้ผิวหนังน้อย หลอดเลือดฝอยตามผิวหนังจะหนาความแข็งแรงของผิวหนังลดลงแตกง่าย ต่อมเหงื่อผลิตเหงื่อได้น้อย ทำให้ผิวหนังกระด้างจึงต้องระมัดระวังอย่างมากในการอาบน้ำ แต่การอาบน้ำบ่อยๆ จะทำให้ผิวแห้ง เป็นตุ่มคัน และแตกเป็นแผลได้ง่าย การสระผมก็เช่นกันไม่ควรสระผมบ่อย เพราะหนังศีรษะของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของผิวหนังอยู่แล้ว การสระผมบ่อยจะทำให้หนังศีรษะแห้งมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงควรสระผม เพียงสัปดาห์ละครั้งเท่านั้น ส่วนการรักษาความสะอาดของปากและฟันนั้น ผู้สูงอายุควรทำความสะอาดเหงือกและฟัน หลังอาหารและก่อนนอน ผู้สูงอายุที่ยังมีฟันแท้ควรแปรงฟันโดยแปรงที่มีขนนุ่ม ส่วนผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอม

ควรถอดล้างทุกครั้งหลังรับประทานอาหารและควรแช่น้ำสะอาดไว้ในเวลากลางคืน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรสังเกตความผิดปกติ เกี่ยวกับการทำงานของร่างกายตนเอง และควรตรวจสุขภาพ ประจำป้อย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อตรวจสอบความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งจะได้แก้ไขทันเวลาหากพบว่ามึนงงผิดปกติเกิดขึ้น สิ่งที่ต้องตรวจ มีความดันโลหิต ปัสสาวะ เลือด หัวใจ ปอด หู ตา และฟัน นอกจากนี้ควรตรวจต่อมลูกหมากสำหรับผู้สูงอายุเพศชาย และตรวจหาความผิดปกติทาง (นรีเวชวิทยา) ในผู้สูงอายุเพศหญิง ตลอดจนควรมีการประเมินสุขภาพจิตในกรณีที่มีความเครียดด้วย (เกษม ตันติผลาชีวะ; และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528: 70-72)

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ก็ต้องมีการปรับตัวเพื่อช่วยป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการและการบรรเทาอารมณ์เครียด ดังนั้นผู้สูงอายุควรดูแลและปฏิบัติตัวดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส; และพัชรี ตันศิริ. 2536: 518-519)

1. เข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับสภาพของตนเอง ครอบครัวและสังคม
2. ฝึกตน ฝึกจิตให้อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภยศ สรรเสริญ
3. ทำตนให้เป็นที่เคารพรักของคนทั่วไปด้วยความเมตตา ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางวาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน และเคารพความคิดเห็นของบุคคลอื่น

3. การดูแลตนเองตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ

สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเอง เมื่อเกิดการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ ได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากกลุ่มสมรส ลูกหลาน ญาติมิตร เพื่อนบ้าน การใช้บริการสุขภาพ การไปตรวจรักษากับแพทย์ การปฏิบัติตัวตามวินิจฉัยโรคและคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือของเจ้าหน้าที่ของทีมสุขภาพ ตลอดจนการแสวงหาข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง และช่วยป้องกันการเกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่กล่าวมา หากกระทำต่อเนื่องจริงจังย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพกายและใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Quality of Life)

ความหมายคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญ โดยรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณ เพื่อพัฒนา และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี มีความผาสุกในชีวิตตามความต้องการขั้นพื้นฐาน แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549: ออนไลน์) มีการมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรอย่างต่อเนื่อง และสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อเตรียมความพร้อมของคน และระบบให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะกระทำได้ดีและรวดเร็ว คุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจอย่างมากจากนักวิชาการและนักบริหารทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะด้านการสาธารณสุข และสังคมศาสตร์ด้านการพยาบาลวางแผนคิดและทัศนคติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตรวมทั้งหาระดับความมีคุณภาพชีวิตว่าเป็นอย่างไร ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันมากในระดับฐานความคิดของแต่ละวิชาชีพ พื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งคำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา สถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสพการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

คุณภาพชีวิต หมายถึง คุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และศาสนา ซึ่งเป็นคำที่เทียบเคียงไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวแน่นอน กล่าวคือทุกคนหรือทุกประเทศอาจกำหนดมาตรฐานต่างๆ กันไปตามความต้องการ และความต้องการคุณภาพชีวิตนี้ย่อมจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและกาลเทศะ (ศิริ ฮามสุโพธิ์; และคณะ. 2543: 56)

คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีความสุข ชีวิตที่สามารถปรับตนเองให้เข้ากับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) สามารถปรับตนเองและสิ่งแวดล้อมให้เข้ากันได้โดยไม่เบียดเบียนกัน (วันเพ็ญ วอกกลาง. 2546: 12)

องค์กร UNESCO (1993) ได้นิยามคำว่า คุณภาพชีวิตไว้ในชุดฝึกอบรมทางการศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและระดับความพึงพอใจในความต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์

ประกา รัตนเมธานนท์ (2532: 13) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตคือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกัน คือ คำว่า ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า ความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

ประภาพร จิรนนทญา (2536: 10) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับการดำรงชีวิตในปัจจุบันตามการรับรู้ต่อองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

เกษม จันทรแก้ว (2540: 28-29) คุณภาพชีวิต (Quality of Life) หมายถึง การศึกษาความเป็นอยู่ของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางการศึกษา สุขภาพอนามัย และเศรษฐกิจ ตามลักษณะของสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เชื้อชาติ วัฒนธรรม และวิธีการเลี้ยงดู โดยที่คุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับสภาพทั่วไปของสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ บุคคลอยู่ในที่มีทรัพยากรอุดมสมบูรณ์ย่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่อยู่ในที่ขาดแคลนทรัพยากรสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตต้องขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปแต่ละบุคคลอีกด้วย

ศิริ ฮามสุโพธิ์ และคณะ (2543: 57) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคมเป็นชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรมให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และค่านิยมสังคม ตลอดจนแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ และแบ่งคุณภาพชีวิตเป็นสองประการ คือ

1. ทางด้านร่างกาย คือ บุคคลที่ต้องมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ อันเป็นผลตอบสนองมาจากปัจจัยพื้นฐาน

2. ทางด้านจิตใจ คือ บุคคลที่มีสภาวะจิตใจที่สมบูรณ์ร่างกายแข็งแรงไม่วิตกกังวล มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตนเอง ครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัยในชีวิตของสังคม พร้อมทั้งสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสังคมที่เปลี่ยนแปลง ชีวิตจะมีคุณภาพได้ต้องอาศัยสถาบันต่างๆ ของสังคมร่วมกันทำหน้าที่ตามบทบาท

ประเวศ วะสี (2545: 9) การไม่มีโรคก็ไม่ได้หมายความว่าสุขภาพดี และแม้มีโรคสุขภาพก็ดีได้ เพราะสุขภาพ หมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และวิญญาณ หรือสภาวะที่สมบูรณ์เชื่อมโยงกัน

ลักษณะของคุณภาพชีวิต มีเนื้อหาค่อนข้างกว้างมาก แต่พอสรุปคุณภาพชีวิตของประชาชนตามแนวคิดของคุณภาพชีวิต จะครอบคลุมหลายมิติดังนี้ (ปรีชา เปี่ยมพงศ์สาน. 2543: 328)

1. คุณภาพชีวิตทางด้านอนามัยและสาธารณสุข
2. พัฒนาการบุคคลโดยผ่านการศึกษาฝึกอบรม
3. การทำงาน และคุณภาพชีวิตการทำงาน
4. เวลาว่างที่สร้างสรรค์
5. ความสุขสมบูรณ์ทางด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งความเสมอภาคทางเศรษฐกิจ
6. คุณภาพสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ
7. สิ่งแวดล้อมทางสังคม
8. โอกาสทางสังคมและการมีส่วนร่วมที่เท่าเทียมกัน
9. ความมั่นคงในการดำรงชีวิต
10. สิทธิเสรีภาพทางการเมือง

จากแนวความคิดดังกล่าว คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะต้องได้รับการคุ้มครองเสรีภาพทางสังคมจะต้องมีประชาธิปไตย ระบบประกันสังคม และสวัสดิการสังคมสามารถช่วยผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างมีคุณค่า ทำให้ผู้สูงอายุมีความเพลิดเพลิน จากแนวคิดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ร่างเป็นกฎหมายขึ้นเพื่อคุ้มครองสิทธิของบุคคลของประเทศไทย เริ่มตั้งแต่การเกิด การดำเนินชีวิต ความแก่ชราที่มีความสุข เจ็บป่วยก็มีความสุข และเลือกตายอย่างมีความสุข จะเป็นสิ่งที่ดีทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุขสบายใจไปได้บ้าง ในยามแก่ชราจะไม่ถูกทอดทิ้งจากสังคม ทำให้มีหลักประกันทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้น

จากความหมายต่างๆ ดังกล่าวมาแล้วพอจะสรุปความหมายได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วฒัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง การมีชีวิตอยู่อย่างผาสุก (Well-being) บนพื้นฐานการดำเนินชีวิตของตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) หมายถึง สภาวะการเป็นอยู่ของสังคมมนุษย์ หรือของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างสุขสบาย ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ศาสนา สาธารณสุข และนันทนาการ เกิดความสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดทั้งสิ่งแวดล้อม

ความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา โดยเฉพาะบุคคลในวัยสูงอายุที่เป็นวัยสุดท้ายของชีวิต จากการผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมายมาตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ย่อมคาดหวังให้ตนมีความสุขในชีวิตบั้นปลาย ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ได้ โดยเป็นการตอบสนองความต้องการตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่สำคัญต่อชีวิตของมนุษย์ 2 ด้าน คือ (1) การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางกาย ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงปราศจากโรคภัย หรือเรียกว่าการสร้างความสุขทางกาย (2) การตอบสนองความต้องการด้านความพึงพอใจของแต่ละบุคคล เช่น ค่านิยมที่กลมกลืนกับสังคม และวัฒนธรรมนั้นๆ หรือเรียกได้อีกอย่างว่าเป็นการสร้างความสุขทางใจของบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทำให้เป็นอุปสรรคในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 2 ด้าน อย่างเพียงพอ เพื่อแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และก่อให้เกิดความสุขในชีวิต

เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF - THAI)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตนินัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับทางวัฒนธรรม สังคม และสภาพสิ่งแวดล้อม เพราะฉะนั้นนิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่างๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรค และวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต

คุณสมบัติของเครื่องวัด

เป็นเครื่องวัดที่พัฒนามาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องมือวัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL- BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ

การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL- BREF - THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยใครๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงความรู้สึกที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมนันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

ดังนั้น ถ้าจะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรจะวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในกลุ่มของผู้สูงอายุลักษณะเดียวกัน เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความต้องการปัจจัยภายนอกน้อยลง และเป็นวัยที่กำลังก้าวสู่ความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ

ดัชนีบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่ใช้กันมาก คือ ความยืนยาวของชีวิต สุขภาพดี การศึกษาความเสมอภาคทางเพศ และเสรีภาพทางสังคมและการเมือง เป็นต้น

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นักวิชาการเสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต มีรายละเอียด ดังนี้

สุเทพ พันประสิทธิ์ (2545: 22) ได้ทำการวัดระดับคุณภาพชีวิตจากดัชนีคุณภาพชีวิตของคนในจังหวัดต่างๆ ประกอบไปด้วย 8 ด้าน ดังนี้ การมีสุขภาพดี มีบ้านอาศัย การศึกษาถ้วนหน้า ครอบครัวสุขสบาย รายได้มาก อยากร่วมพัฒนา พาสู่คุณธรรม และบำรุงสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ในปี 1996 องค์การอนามัยโลก The WHO group ได้นำเสนอ WHOQOL-100 เป็นเครื่องวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากล มีการวัดคุณภาพชีวิต 6 องค์ประกอบ

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับ และการพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางด้านจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนเอง และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านความเป็นอิสระระหว่างบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่างๆ หรือการรักษาทางกายภาพอื่นๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นในสังคมด้วย การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่ามีกิจกรรมสันทนาการ และกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล คือ รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมันต่างๆ ของคน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิตมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โอเรม (Orem. 1991: 136-138) ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีส่วนส่งเสริมในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย และรอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความสามารถในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533: 36) ปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว นอกจากจะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันแล้ว ยังทำให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานเป็นลักษณะภายในบุคคล (Individual's internal frame) ซึ่งทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัว และความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกันด้วย ในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้ศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเพื่อเปรียบเทียบว่า บุคคลที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไร

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยม ของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ (Orem. 1980: 220) ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีรูปแบบในการดูแลตนเองแตกต่างกัน (รจนารถ ล่วงลือ. 2536: 25; อ้างอิงจาก Shank; & Lough. 1985)

ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพ ดีกว่าเพศหญิง จากการศึกษานี้ของ รจนารถ ล่วงลือ (2536: 96) ที่พบว่า เพศชายมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างจากเพศหญิง โดยเพศชายมีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าเพศหญิงเกือบทุกด้าน ยกเว้นการได้รับน้ำและอากาศที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการอยู่อาศัย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การคงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเอง และการคงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ของตนเอง จากการศึกษานี้ของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 143) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย

เพศต่างกันยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันด้วย ทั้งนี้ เพราะเพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง เพศหญิงมีความรู้สึกว่ามีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวได้ยากกว่า นอกจากนี้เพศหญิงจะมีระดับการพึ่งพาสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จิรนนทยา (2536: 80) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจาก การมีชีวิตคู่จะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึกซึ้ง เมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย ต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกัน การขาดคู่สมรสจะทำให้รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ขาดคู่คิด ขาดที่ปรึกษา เหงาว่าเหว ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือป้อนโยนให้กำลังใจ การสูญเสียคู่สมรสจะมีผลกระทบกระเทือนอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ และสุขภาพส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด จะเกิดความรู้สึกว่าเหว ไม่สนใจต่อสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร สิ่งเหล่านี้ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 42) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 155) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้าน สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ ดูแลเอาใจใส่สุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย จากการศึกษานี้ของ กมลพรรณ หอมนาน (2539: 62) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี การศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2536: 116) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534: 116) ได้ศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยถูกต้องกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา

อาชีพ เป็นการประกอบการเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ ยังเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง เพราะทำให้ผู้ที่มีอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และทำให้มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข เช่น การแสวงหาอาหาร เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม การรับบริการสุขภาพ การทำกิจกรรม เป็นต้น ผู้ที่มีอาชีพจึงมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย สำหรับผู้ที่ไม่มียาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ต้องอาศัยรายได้จากบุตรหลานการใช้จ่ายเงินเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองจึงทำได้ไม่เต็มที่ การดูแลสุขภาพตนเองจึงไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรจะเป็น

การศึกษาของบุษกร โกมลภมร (2538: 58) ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างถือสามล้อหรือผู้ที่เปิดร้านขายของชำ ไม่ค่อยได้มีเวลาเดินเล่นออกกำลังกาย เพราะต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตร ต้องอาศัยแรงงานสูงในการประกอบอาชีพ ต้องตรากตรำทำงาน ขาดเวลาในการเอาใจใส่สุขภาพที่ทรุดโทรม อวัยวะต่างๆ จึงมีความเสื่อมเกิดการสูญเสียได้มาก และการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 147) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด และผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด

การประกอบอาชีพยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงาน เป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นๆ ของผู้สูงอายุยังคงมีอยู่ เช่น บทบาทการเป็นผู้นำครอบครัว การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับเป็นคนมีคุณค่าซึ่งถึงแม้วัยจะเปลี่ยนไปผู้สูงอายุก็ยังรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถอยู่ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาของ ประภาพร จิรันทุยา (2536: 81) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข และสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช่อะไรที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการได้มากที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยหรือรายได้ปานกลาง มักจะมีปัญหาทางการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ การศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 147) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาของ สุดา วิไลเลิศ (2536: 55) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกสรรประเภทของอาหารที่มีคุณค่า หรือประโยชน์ต่อร่างกายได้เพียงพอต่อความต้องการ และการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 108) พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร

ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็น และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพดี ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมากกว่า ผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว ดังการศึกษาของ สูดา วิไลเลิศ (2536: 53) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสามีภรรยา และบุตรหลานอยู่ในระดับดี เนื่องจาก บุคคลเหล่านี้จะช่วยดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี ดันประยูร (2538: 58) และทัศนีย์ เกริกกุลธร (2536: 84) ได้ผลการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย มีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มสมรสบุตรหลาน และญาติพี่น้อง มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

ลักษณะการอยู่อาศัยยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และต้องการความรักและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง ย่อมได้รับความรัก ความห่วงใยเอื้ออาทรจากบุคคลเหล่านั้น ตลอดจนได้มีโอกาสช่วยให้คำปรึกษาแนะนำ หรือดูแลบุตรหลาน จะทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า ไม่เหงา ไม่ว่าเหว สามารถที่จะปรับตัวรับสภาพการเปลี่ยนแปลงได้ดี ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปรับตัวรับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี ย่อมเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. 2535: 7)

พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

เขตบางกอกน้อย

ชุมชน เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่กว้างขึ้น หรือสังคมที่อยู่นอกครอบครัว ประกอบด้วยแต่ละครัวเรือนที่มาอยู่รวมกัน บุคคลที่อยู่ในหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เพื่อนบ้าน คนรู้จัก หรือวัดเป็นต้น ซึ่งมีการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกันจึงมีอิทธิพลต่อชีวิตมนุษย์เช่นเดียวกับครอบครัว ประชากรผู้สูงอายุในชุมชน เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นวัยเกษียณอายุจากการทำงาน มีบางส่วนยังทำอาชีพรับจ้าง ค้าขาย จากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายมีความเสื่อมเกิดขึ้น ดังนั้นถ้าขาดการดูแลสุขภาพร่างกายที่ดีพอก็จะทำให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้ขาดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและมีผลทำให้ระดับคุณภาพชีวิตต่ำได้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย แม้ว่าจะไม่มีการศึกษาไว้โดยตรง แต่ได้มีผู้ทำการวิจัยไว้บ้าง จากการศึกษางานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคกลาง พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ อาหารหลัก ได้แก่ น้ำพริก ผักต้ม อาหารประเภทปลา ได้แก่ ปลาเค็ม ปลาทอด ปลาย่าง เป็นต้น หลังรับประทานอาหารเสร็จผู้สูงอายุจะรับประทานของหวานตามด้วยเสมอ สำหรับความเชื่อเรื่องอาหารแสลงของผู้สูงอายุนั้น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานเนื้อวัว โดยให้เหตุผลที่แตกต่างกัน บางรายพบว่า ไม่รับประทานปลาไหล กบ และหน่อไม้ เป็นต้น (เสาวภา พรสิริพงษ์; และคณะ. 2534: 75-82) ธรรมรัตน์ คชรัตน์ (2535: 110-111) ได้ศึกษา พฤติกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดลพบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย กิจกรรมที่เข้าร่วมส่วนมากเป็นกิจกรรมทางพุทธศาสนา เมื่อมีเวลาว่างจะดูโทรทัศน์บ่อยที่สุด ส่วนการได้รับข่าวสารนั้น พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจข่าวสารสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย ได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับด้านจิตใจและการปรับตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังเช่นการศึกษาของ นันทิญา อังกินานันท์ (2546: 56) ที่ได้ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ในด้านสังคม เศรษฐกิจ ศาสนา สาธารณสุข และสันติภาพ การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างเพศชายกับเพศหญิงในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ทั้ง 5 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคม ศาสนา สาธารณสุข สันติภาพ การ คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านเศรษฐกิจ พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาภาวะจิตใจและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ของ ธารทิพย์ โลพานิช (2541: 47) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมจะมีภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรม ทุกครั้ง แสดงว่าผู้สูงอายุต้องการเข้าสังคม เพื่อทำกิจกรรมและทำความรู้จักกับผู้อื่น

คุณภาพชีวิตของบุคคลในกรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานครในฐานะหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่ให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของประชาชน ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยพิจารณาว่าในชุมชนแออัดและชุมชนชานเมือง มีสภาพความเป็นอยู่ต่ำกว่ามาตรฐานเช่นเดียวกับประชาชนในชนบท โดยกำหนดนโยบายการพัฒนาชุมชนแออัดและชุมชนเมืองว่าจะปรับปรุงความจำเป็นพื้นฐานและเครื่องชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพของสังคม ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาชุมชนของกรุงเทพมหานคร จะเห็นได้ว่ากรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีการจัดเจ้าหน้าที่บริการตรวจสอบสุขภาพตลอดทั้งการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

องค์การยูเนสโก (UNESCO. 1980: 312) ได้ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย(Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย วัดโดยอาศัยข้อมูลต่างๆ ที่เป็นรูปธรรมสามารถมองเห็นได้ นับได้ วัดค่าได้ เช่น อัตราการเกิด-การตาย รายได้ ระดับผลของสภาวะ อัตราการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับชีวิต การรับรู้สภาพต่อการเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

สรุป องค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะต้องประเมินได้ทั้งสิ่งที่เป็นนามธรรม และสิ่งที่เป็นรูปธรรม เพื่อยืนยันเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้ หรือในกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันอย่างมีความสุข

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในต่างประเทศ

คันทิงแฮม (Cunningham. 1989: 4968 B) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบตามทฤษฎีโอโรม โดยนำเสนอการผสมผสานระหว่างมิติทัศน์ของตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพ และสัมพันธ์อย่างมีจุดหมาย ผู้สูงอายุจำนวน 178 คน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมุติฐานที่ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่อาจเรียกได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพ ยิ่งกว่านี้ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปร ยังแสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ความรู้สุขภาพ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และแรงจูงใจในเรื่องของสุขภาพทั้งหมดล้วนแต่มีส่วนในการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพ

ลูเบน ไวเลอร์ และชาย (Lubben, Weiler; & Chi. 1989: 725-731) ได้ศึกษาการปฏิบัติในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 1,021 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และแอลกอฮอล์น้อยกว่า เพศชาย แต่มีการเข้าร่วมกิจกรรม และสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และสังคมมากกว่า เพศชาย ในขณะที่เพศชายมีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป นิยมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง

สปีค, โครว์ท และเพลเลท (Speak, Cowart; & Pallet. 1989: 93-100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพฤติกรรมที่มีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

รีด ดี และคนอื่นๆ (Reed; & etd all. 1995: 61-69) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้สูงอายุในเมืองมารินเคาน์ตี้ มลรัฐแคลิฟอร์เนีย เปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มที่มีความแตกต่างกันในด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 2,018 คน ระหว่างปี 1989 – 1991 โดยการซักถามประวัติความเจ็บป่วยและโรคเรื้อรัง บันทึกลงและสังเกตการเสื่อมสมรรถภาพ และคุณลักษณะของวิถีชีวิต ผลของการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในเมืองมารินเคาน์ตี้ มีอัตราการตายต่ำกว่าอัตราการตายของประเทศสหรัฐอเมริกาทั้งหมด ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจสังคมต่ำ จะน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจสังคมสูงกว่าเล็กน้อย ผู้สูงอายุในเมืองมารินเคาน์ตี้ มีความสามารถในการจำดีกว่าและมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุทั้งประเทศ

เพนเดอร์ (Pender.1996: 56) ได้ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพนักงานสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยเลือกศึกษาปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตน ปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร และปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานในบริษัทจำนวน 589 คน จำนวน 6 บริษัท ที่มีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้นๆ ประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ใช้วิธีการร่วมสมัครใจเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการศึกษา ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่มีค่าสูงสุด คือ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และด้านการออกกำลังกาย ค่าคะแนนที่ต่ำสุดคือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการจัดการกับความเครียด ได้มีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซ้ำ พบว่า โดยภาพรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานมีค่าคะแนนสูงขึ้น ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ทั้ง 4 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยที่ปัจจัยความรู้ การรับรู้ และปัจจัยร่วมกันสามารถทำนายความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 31.00

งานวิจัยในประเทศไทย

ประภาพร จิรันทุยา (2536: 17) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง โดยการสัมภาษณ์แบบบันทึกลงข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านจิตวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์องค์ประกอบและการวิเคราะห์การจำแนกพหุคูณโดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย พบว่า เกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่าร้อยละ 85 ของกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำและปานกลาง มีเพียงร้อยละ 15 ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าโรคประจำตัว ภาวะหนี้สิน และการทำประกัน เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540: 3) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดสระบุรี จำนวน 400 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และเขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540: 97-98) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ผลของการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการป้องกันอุบัติเหตุได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และยังพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปี

นพรัตน์ หนุบ้านยาง (2540: 107) ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

วันทนีย์ ขำเพ็ญ (2540: 71) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา ผลของการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 69.1 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.8 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 14.1 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) คือ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน และเมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และรายได้สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 29.84

สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ (2541: 28) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดลพบุรี ผลของการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางกายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับภาวะสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 และสามารถร่วมกันอธิบายภาวะสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 33.12

อรุณี บุญอรุณพิภิญโญ (2541: 58) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข ภาค 2 จำนวน 133 คน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 74.4 มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายและมีความหวัง คิดเป็นร้อยละ 82 มีความกระฉับกระเฉง คิดเป็น ร้อยละ 81.2 ไม่รู้สึกเศร้าสร้อย คิดเป็นร้อยละ 78.2 ได้รับสิ่งสมหวังในชีวิต คิดว่าปัจจุบันเป็นเวลาที่ดี คิดเป็นร้อยละ 75.9 ไม่เหงาคิดเป็น ร้อยละ 70.7

นงเยาว์ ชัยทอง (2542: 27) ได้ศึกษา การได้รับการดูแลและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลของการศึกษา พบว่า การดูแลด้านร่างกายผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.6 ได้รับการดูแลมาก โดยได้รับการดูแลเรื่องอาหาร เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และเมื่อยยวบยาบป่วย ด้านจิตสังคม ผู้สูงอายุ ร้อยละ 41.7 ได้รับการดูแลปานกลาง โดยได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวพูดคุยด้วยความสุภาพสนทนาสนม ปฏิบัติตามคำแนะนำสั่งสอนและคำปรึกษา ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.2 ได้รับการดูแลน้อย โดยได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลาน และความช่วยเหลือเมื่อมีรายได้ไม่เพียงพอ

เพียงใจ ระฆังทอง (2542: 70) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร ผลของการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.3 มีอายุเฉลี่ย 60 – 70 ปี ส่วนใหญ่มีระดับรายได้เฉลี่ยร้อยละ 58.1 และร้อยละ 80.0 ด้านภาวะสุขภาพ นั้นพบว่าร้อยละ 89.3 มีสุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับดี แข็งแรงจิตใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.3 ด้านสังคมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.5 ฐานะทางเศรษฐกิจด้านความเพียงพอของรายได้อยู่ใน ระดับปานกลางร้อยละ 54.7 ด้านสภาพที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 70.3 ความสัมพันธ์ ของปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ปัจจัยคัดสรรภาวะสุขภาพด้านสังคมมากที่สุด

ภรณ์ เกตकिनทะ (2542: 51) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราในเขต กรุงเทพมหานคร ผลของการศึกษาพบว่า ความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ ต้องการอาหารอย่างเพียงพอ และสะอาดให้ครบวันละ 3 มื้อ ส่วนความต้องการด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการความปลอดภัยในชีวิต ส่วนระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งวัด จากสุขภาพจิตนั้นพบว่า โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราของรัฐบาลมีระดับคะแนน คุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราของเอกชน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01

สุจิตรา ภูเกล้าวัน (2543: 82) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุจังหวัดกระบี่ จำนวน 1,732 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายไม่ ผ่านเกณฑ์ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุเพียงเล็กน้อยมีอาการไม่ปกติ ทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ มีอาการเหงา ซึมเศร้า เบื่อหน่าย

สุนุตตรา ตะบุญพงศ์, วันดี สุทธิรังษี และพัชรียา ไชยลังกา (2544: 6-12) ได้ศึกษาการประเมิน คุณสมบัติแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลกในผู้สูงอายุไทย จำนวน 268 ราย พบว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.7 รองลงมา อยู่ในระดับดี คิด เป็นร้อยละ 33.2 และอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 14.9 ส่วนระดับไม่ดี คิดเป็น ร้อยละ 8.2 และ อยู่ในระดับแย่มากคิดเป็นร้อยละ 0.4

วิริยา สุขวงศ์ (2545: 68) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน และพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชายใน ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการกำจัด ความเครียดไม่แตกต่างกัน

ศราวุธ ยงยุทธ (2546: 49) ได้ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุที่มารับบริการศูนย์บริการทางด้านสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น และหาความสัมพันธ์ ระหว่างการดูแลตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มารับบริการศูนย์บริการทางด้านสังคม ผู้สูงอายุของแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมารับบริการ ศูนย์บริการทางด้านสังคมผู้สูงอายุของแก่น จำนวน 340 คน ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่มารับ บริการศูนย์บริการทางด้านสังคมผู้สูงอายุของแก่น พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีและการ ดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี

ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว (2547: 15) ได้ศึกษา การได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุใน เขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอนองหิน จังหวัดเลย ในด้านต่าง ๆ 5 ด้าน คือด้านที่อยู่อาศัย ด้านเศรษฐกิจในการดำรงชีวิต ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการได้รับความรักและเอาใจใส่และด้านการ ยอมรับและให้ความสำคัญ เป็นการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 235 คนเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวในภาพรวม และ รายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และสถานภาพทางสังคม ต่างกัน ได้รับการดูแลจากครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นาตยา ฤทธิคุณ (2547: 2) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิต ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับระดับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 5 ผลของการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ให้ สัมภาษณ์ 731 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52 อายุเฉลี่ย 69.60 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ สมรส ร้อยละ 64.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม หรือต่ำกว่า ร้อยละ 77.7 ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ ร้อยละ 69.4 ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้าน แยกเป็น ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า มีคุณภาพ ชีวิตอยู่ในระดับกลางๆ ร้อยละ 50.9, 59.4, 66.3, และ 74.4 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับการศึกษา รายได้การทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การที่ครอบครัวหรือชุมชนมีการปรึกษา หรือปรึกษา และการ มองเห็นชัดเจน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตการสาธารณสุขที่ 5 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อมรา พรหมใหม่ (2547: 48) ได้ศึกษา สิ่งแวดล้อมทางสังคม การบรรลุลงานตามขั้นพัฒนาการ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่สาธารณสุข เขต 2 ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุได้รับสิ่งแวดล้อม ทางสังคมด้านครอบครัวระดับมากและได้รับสิ่งแวดล้อมทางสังคมด้านชุมชนระดับปานกลาง ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับมาก

สรุป ผลจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ลักษณะของความสัมพันธ์เกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในเมืองใหญ่ๆ มีคุณภาพชีวิตไปในทางบวกที่สูง มาก มีความสัมพันธ์กันทางด้านกิจกรรมและความสัมพันธ์กับเพื่อนผู้สูงอายุ จึงทำให้สุขภาพกาย และสุขภาพจิตดี ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพ จะเห็นว่าความแตกต่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน บ้านพักคนชรากับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านจะมีความแตกต่างกันมากบุคคลที่ให้ความสำคัญกับ การดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตรหลาน และคู่สมรส การดูแลสุขภาพดี ทำให้จิตใจ เบิกบาน ทำให้ผู้สูงอายุ มีอายุยืนยาว แต่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพเสื่อมโทรมจะต้องพึ่งพิงบุตรหลานมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และทำการเปรียบเทียบจำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาค้นคว้ามีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

1. การกำหนดประชากร และการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไปในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมตามบัญชีรายชื่อจำนวน 643 คน เป็นเพศชาย 279 คน เป็นเพศหญิง 364 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร มีจำนวน 242 คน โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ตามจำนวนที่ได้จากการเทียบกับตารางของ Krejcie and Morgan

ขั้นที่ 1 กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 303) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน

ขั้นที่ 2 เลือกชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ทั้งหมด มี 18 ชมรม เลือกได้ 6 ชมรม เพื่อใช้เป็นตัวแทนของชมรมผู้สูงอายุด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากชมรมที่ขึ้นทะเบียนกับสภาผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อยที่สุ่มได้ คือ ชมรมผู้สูงอายุศิริราช ชมรมผู้สูงอายุสุตสาคร ชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า ชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม) ชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณาราม ชมรมผู้สูงอายุวัดดงมูลเหล็ก และชมรมผู้สูงอายุวัดมะกอก เขตตลิ่งชัน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ไปทดลองใช้ (Try out) ในเดือนกันยายน พ.ศ.2551 – ตุลาคม พ.ศ. 2551

ขั้นที่ 3 คำนวณหาขนาดของตัวอย่างจากชมรมผู้สูงอายุศิริราช ชมรมผู้สูงอายุสุตสาคร ชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า ชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม) ชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณาราม ชมรมผู้สูงอายุวัดดงมูลเหล็ก โดยเป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ในแต่ละชมรม ดังรายละเอียดตามตาราง 1 จากนั้นทำการคัดเลือกผู้สูงอายุในแต่ละชมรม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชมรม

ชมรมผู้สูงอายุ	ประชากร		กลุ่มตัวอย่าง	
	เพศชาย	เพศหญิง	เพศชาย	เพศหญิง
1. ศิริราช	43	82	17	30
2. สุตสาคร	19	21	7	8
3. ตรอกข้าวเม่า	94	106	35	40
4. สาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม)	17	23	6	9
5. วัดสุวรรณาราม	50	70	19	26
6. วัดดงมูลเหล็ก	56	62	21	24
รวม	279	364	105	137

ที่มา: สำนักงานสภาผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อยและสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
(2550: 21)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับ ลักษณะทาง ปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือตามลำดับขั้น ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำราทางวิชาการ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ค้นคว้าในครั้งนี้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบสอบถาม โดยให้มีเนื้อหาสาระครอบคลุม วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความถูกต้อง และนำมาปรับปรุงแก้ไข

3. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง โดยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาร่วมพิจารณา

4. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือ แบบสอบถามลักษณะทางปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วัดมะกอก กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือต่อไป

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบ รายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของวิริยา สุขวงศ์ และนพรัตน์ หนูบ้านยาง โดยลักษณะ คำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ช่วง (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินใน 3 ด้านดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ข้อที่ 1-15
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ข้อที่ 16-25
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเปี่ยงเบน ข้อที่ 26-35

คำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ช่วง (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามมีทั้งด้านบวก และด้านลบ ในแต่ละข้อคำตอบให้เลือก 3 ระดับดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบปฏิบัติสม่ำเสมอ หรือปฏิบัติทุกครั้งที่มีกิจกรรม
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้ง หรือปฏิบัติเป็นส่วนน้อย
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์ในการให้คะแนนโดย คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนวัดระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองใช้เกณฑ์การแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย	1.34 – 2.00	หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ย	0.67 – 1.33	หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย	0 – 0.66	หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสุวัฒน์ มหัตถินันตร์กุล ตามตัวแปร 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL- 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย	ให้	5 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	ให้	4 คะแนน
ตอบ ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ตอบ มาก	ให้	2 คะแนน
ตอบ มากที่สุด	ให้	1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย	ให้	1 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	ให้	2 คะแนน
ตอบ ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ตอบ มาก	ให้	4 คะแนน
ตอบ มากที่สุด	ให้	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คะแนน 61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ
คะแนน 96 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตาราง 2 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1.ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2.ด้านจิตใจ	6 -14	15 -22	23 -30
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 -7	8 -11	12 -15
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	8 -18	19 -29	30 -40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 -60	61 -95	96 -130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4,10,11, 12, 24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17,18,19, 20, 21, 22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

การนำเสนอผลจะต้องนำเสนอในรูปของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด และคะแนนของแต่ละองค์ประกอบด้วยเพื่อใช้เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพ โดยการหาความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยใช้ดุลยพินิจ (Face validity) ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ว่าข้อคำถามของแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับนิยามหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์การกำหนดคะแนนดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับนิยาม
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับนิยาม
- 1 เมื่อแน่ใจว่าแบบสอบถามนั้น ไม่มีความสอดคล้องกับนิยาม

บันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ แล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับจุดประสงค์ (Item-objective congruence) เพื่อหาค่าความเที่ยงตรง (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 117) โดยนำแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่าถือว่าใช้ได้ ได้แบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 61 ข้อ โดยแบ่งเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยทั่วไป จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามพัฒนาการ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาวะเปี่ยงเบน จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ ไปทดลองใช้ (Try out) ในเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ.2551 กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดมะกอก เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ โดยนำมาหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม โดยนำมาวิเคราะห์ หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป (สุณี รักเกียรติศักดิ์. 2539: 116-117) ได้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำนวน 35 ข้อ จากจำนวนข้อคำถาม 56 โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยทั่วไป ข้อที่ 1-15 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุระยะพัฒนาการ ข้อที่ 16-25 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาวะเปี่ยงเบน ข้อที่ 26-35 ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจระหว่าง 0.20 -0.91 (สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 นั้นผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงภาษาที่ใช้ และตัดออกบางข้อ แล้วนำเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อตรวจสอบก่อนนำไปเก็บข้อมูล)

2. การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบสอบถาม โดยนำมาวิเคราะห์ หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป (สุณี รักเกียรติศักดิ์. 2539: 116-117) ได้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำนวน 35 ข้อ จากจำนวนข้อคำถาม 56 โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยทั่วไป ข้อที่ 1-15 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุระยะพัฒนาการ ข้อที่ 16-25 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาวะเปี่ยงเบน ข้อที่ 26-35 ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจระหว่าง 0.20 -0.91 (สำหรับข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.20 นั้นผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงภาษาที่ใช้ และตัดออกบางข้อ แล้วนำเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อตรวจสอบก่อนนำไปเก็บข้อมูล)

3. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 125-126) พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความร่วมมือให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลวิจัย ประสานงานกับสภาผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร และติดต่อไปที่สำนักงานสภาผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย เพื่อให้ประธานสภาผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อยแจ้งไปยังชมรมผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนกับสภาผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย และสมาคมผู้สูงอายุ แห่งประเทศไทย เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถามผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย ทั้ง 6 ชมรม
3. นำแบบสอบถามที่ได้ข้อมูลครบถ้วนไปจัดกระทำ และทำการวิเคราะห์ข้อมูล ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ แล้วนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ลงรหัส แล้วนำไปป้อนข้อมูลในโปรแกรมและวิเคราะห์ข้อมูล
2. วิเคราะห์แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตตามตัวแปร เพศ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 7, 8, 14
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13
5. หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 15

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ค่าสถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.1 หาค่าร้อยละโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 118)

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

เมื่อ	P	แทน	ร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2546: 36)

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

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนน
	n	แทน	จำนวนคน

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 143)

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

เมื่อ	S	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนคน

2. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามในกลุ่มตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน คือคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มี เพศ และลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน โดยการทดสอบค่า t (Independent samples t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 8 และ 14 (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2546: 66)

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

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

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณา t-distribution
	$\overline{X}_1, \overline{X}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 1 , 2
	S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง 1 , 2
	n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง 1 , 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
	n	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป คือ คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้แตกต่างกันเพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 3, 4, 5,6,8,9,10,11,12 และ 13 โดยใช้สูตร One-way Anova ทดสอบค่า เอฟ (F - test) โดยใช้ สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2546: 166)

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

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณา F-distribution
	MS_B	แทน	ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน	ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

และกรณีที่พบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของเซฟเฟ (Seheffe's Method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2546: 245)

$$CVd = \sqrt{\frac{(2/n)}{(k-1)(F^*)(MS_{within})}}$$

เมื่อ	K	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	F^*	แทน	ค่า F ที่เปิดจากตาราง (Critical Value)
	MS_{within}	แทน	ค่า Mean Square within groups ที่คำนวณได้แล้ว ใช้ในการวิเคราะห์ความแปรปรวน
	n	แทน	จำนวนหน่วยในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต โดยใช้ แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 15 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2546: 314)

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

เมื่อ	r_{xy}	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X กับ Y
	$\sum X$	แทน	ผลรวมคะแนนชุด X
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมคะแนนชุด Y
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมคะแนนชุด X แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมคะแนนชุด Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง X และ Y
	n	แทน	จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร เพื่อให้การแปลความหมายในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นที่เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
- $\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย
- S แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- F แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา F-distribution
- t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t-distribution
- df แทน ค่าของขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
- SS แทน ค่าผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
- MS แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean Square)
- r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
- p แทน ความน่าจะเป็น (Probability)
- $*$ แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ตามตัวแปร พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ตามตัวแปรคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน และรายได้ต่อเดือน โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต ตามตัวแปร เพศ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test)

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลได้ผล ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยเขตบางกอกน้อย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	105	43.40
หญิง	137	56.60
รวม	242	100.00
2. อายุ		
60 – 65 ปี	120	49.60
66 – 70 ปี	70	31.00
71 ปีขึ้นไป	47	19.40
รวม	242	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
โสด	43	17.80
คู่	135	55.80
หม้าย	37	15.30
หย่า	15	6.20
แยกกันอยู่	12	5.00
รวม	242	100.00
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	6	2.50
ประถมศึกษา	65	26.90
มัธยมศึกษา	69	28.50
อาชีวศึกษา	34	14.00
ปริญญาตรี	52	21.50
สูงกว่าปริญญาตรี	16	6.60
รวม	242	100.00
5. อาชีพปัจจุบัน		
ไม่มีอาชีพ	65	26.90
ข้าราชการบำนาญ	70	28.90
ค้าขาย	34	14.00
รับจ้าง	27	11.20
ทำสวน	34	14.00
อื่นๆ	12	5.00
รวม	242	100.00
6. รายได้ต่อเดือน		
5,000 – 10,000 บาท	97	40.10
10,001 – 15,000 บาท	34	14.00
มากกว่า 15,000 บาท	111	45.90
รวม	242	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7. ลักษณะครอบครัว		
อยู่คนเดียว/คู่สมรส	72	29.80
อยู่กับคู่สมรสบุตร หลาน/ญาติ	170	70.20
รวม	242	100.00

จากตาราง 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย จำนวน 242 คน พบว่า

1. เพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เปรียบเทียบจากเพศหญิงร้อยละ 56.60 กับเพศชายร้อยละ 43.40

2. อายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-65 ปีมากที่สุด รองลงมา มีอายุระหว่าง 66-70 ปี และ 71 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 49.60, 31.00 และ 19.40 ตามลำดับ

3. สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส รองลงมา มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 55.80, 17.80, 15.30, 6.20 และ 5.00 ตามลำดับ

4. ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาสูงสุด รองลงมา ระดับประถมศึกษา ระดับปริญญาตรี ระดับอาชีวศึกษา สูงกว่าระดับปริญญาตรี และไม่ได้รับการศึกษาหรือไม่จบชั้นประถมศึกษาปีที่สี่ คิดเป็นร้อยละ 28.50, 26.90, 21.50, 14.00, 6.00 และ 2.50 ตามลำดับ

5. อาชีพปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ รองลงมา ไม่มีอาชีพ ทำสวน ค้าขาย รับจ้าง และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 28.90, 26.90, 14.00, 14.00, 11.20 และ 5.00 ตามลำดับ

6. รายได้ต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป รองลงมา มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป แต่ไม่เกิน 10,000 บาท และมีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป แต่ไม่เกิน 15,000 บาท น้อยสุด คิดเป็นร้อยละ 45.90, 40.10, และ 14.00 ตามลำดับ

7. ลักษณะครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรส รองลงมา อาศัยอยู่กับ บุตรหลาน และญาติ คิดเป็นร้อยละ 29.80, และ 70.20 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับตามตัวแปร พฤติกรรม การดูแลตนเอง ทั้งรายด้าน และโดยรวม ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ทั้งรายด้าน และโดยรวม ตามตัวแปร พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S)	ระดับ
พฤติกรรมการดูแลตนเอง			
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	1.55	0.25	ดี
การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ	1.49	0.30	ดี
การดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบน	1.49	0.28	ดี
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	1.52	0.24	ดี

จากตาราง 4 แสดงว่าผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.52$, $S = 0.24$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ทั้งในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.55$, $S = 0.25$) ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.49$, $S = 0.30$) และด้านการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 1.49$, $S = 0.28$)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ตามตัวแปรเพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's Method) ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ
การศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S
เพศ			
ชาย	105	1.47	0.29
หญิง	137	1.55	0.20
รวม	242	1.52	0.24
อายุ			
60-65 ปี	120	1.58	0.22
66-70 ปี	76	1.45	0.27
71 ปีขึ้นไป	46	1.47	0.22
รวม	242	1.52	0.24
สถานภาพสมรส			
โสด	43	1.61	0.22
สมรส	135	1.51	0.24
หม้าย	37	1.39	0.24
หย่า	15	1.54	0.25
แยกกันอยู่	12	1.62	0.27
รวม	242	1.52	0.24
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา	6	1.51	0.12
ประถมศึกษา	65	1.34	0.25
มัธยมศึกษา	69	1.46	0.21
อาชีวศึกษา	34	1.54	0.23
ปริญญาตรี	52	1.69	0.16
สูงกว่าปริญญาตรี	16	1.85	0.10
รวม	242	1.52	0.24

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S
อาชีพปัจจุบัน			
ไม่มีอาชีพ	65	1.44	0.18
ข้าราชการบำนาญ	70	1.67	0.21
ค้าขาย	34	1.50	0.21
รับจ้าง	27	1.30	0.18
อื่นๆ	12	1.65	0.16
รวม	242	1.52	0.24
รายได้ต่อเดือน			
5,000-10,000 บาท	97	1.42	0.21
10,001-15,000 บาท	34	1.44	0.20
มากกว่า 15,000 บาท	111	1.63	0.24
รวม	242	1.52	0.24
ลักษณะครอบครัว			
อยู่คนเดียว/คู่สมรส	72	1.57	0.23
อยู่กับคู่สมรสบุตร หลาน/ญาติ	170	1.50	0.25
รวม	242	1.52	0.24

จากตาราง 5 แสดงว่า

เพศ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ในเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ย ของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าเพศชาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.55 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 และเพศชาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.47 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29

อายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ในช่วงอายุ 60-65 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.58 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 รองลงมา คืออายุ 71 ปีขึ้นไป โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.47 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 และน้อยที่สุดในช่วงอายุ 66-70 ปี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.45 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27

สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ในสถานภาพสมรส / โสด/ หม้าย/ หย่า/ แยก มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในสถานภาพแยกกันสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.62 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.27 รองลงมา สถานภาพโสด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.61 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 สถานภาพหย่า โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.54 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25 สถานภาพสมรส โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.51 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24 และน้อยที่สุด สถานภาพหม้าย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.39 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24

ระดับการศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ในระดับการศึกษา สูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.85 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.10 รองลงมาคือ ปริญญาตรี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.69 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.16 อาชีวศึกษา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.54 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 ไม่ได้รับการศึกษา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.51 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.12 มัธยมศึกษา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 และระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมดูแลตนเองน้อยสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.34 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20

อาชีพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ในกลุ่มอาชีพ ข้าราชการบำนาญ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.67 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 รองลงมาคือ กลุ่มอื่นๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.65 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.16 ค้าขาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.50 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 ทำสวน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.49 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31 ไม่มีอาชีพ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18 และกลุ่มอาชีพรับจ้าง มีพฤติกรรมดูแลตนเองน้อยสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18

รายได้ต่อเดือน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ในช่วงรายได้ต่อเดือน มากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.63 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24 รองลงมาคือ ในช่วง 10,001 – 15,000 บาท โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 และช่วง 5,000 – 10,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลตนเองน้อยสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.42 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21

ลักษณะครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ลักษณะครอบครัวแบบอาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรส มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.57 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 รองลงมาคือ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน หรือญาติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.50 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test)

เพศ	n	$\bar{x}$	S	t	p
ชาย	105	1.47	0.29	2.67	.01
หญิง	137	1.55	0.20		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 6 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
จำแนกตามตัวแปรเพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชาย และเพศ
หญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแล
ตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า
ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิง มีพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขต
บางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน
รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	2	0.82	.41	6.93	.00
ภายในกลุ่ม	239	14.20	.05		
รวม	241	15.03			
สถานภาพสมรส					
ระหว่างกลุ่ม	4	1.09	.27	4.64	.00
ภายในกลุ่ม	237	13.93	.05		
รวม	241	15.03			
ระดับการศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	5	5.55	1.11	27.64	.00
ภายในกลุ่ม	236	9.47	.04		
รวม	241	15.03			

ตาราง 7 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
อาชีพปัจจุบัน					
ระหว่างกลุ่ม	5	3.58	.71	14.78	.00
ภายในกลุ่ม	236	11.44	.04		
รวม	241	15.03			
รายได้ต่อเดือน					
ระหว่างกลุ่ม	2	2.50	1.25	23.88	.00
ภายในกลุ่ม	239	12.52	.05		
รวม	241	15.03			
ลักษณะครอบครัว					
ระหว่างกลุ่ม	2	.96	.194	.62	.42
ภายในกลุ่ม	239	14.773	.06		
รวม	241	15.03			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ลักษณะครอบครัว แสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2
2. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3
3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4
4. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5
5. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

6. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's Method) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน และรายได้ต่อเดือน

		66-70 ปี	71 ปีขึ้นไป			60-65 ปี	
1. อายุ	$\bar{X}$	1.45	1.47			1.58	
66-70 ปี	1.45	-	0.02			0.13 *	
71 ปีขึ้นไป	1.47	-	-			0.11 *	
60-65 ปี	1.58	-	-			-	
		หม้าย	คู่	หย่า	โสด	แยก	
2. สถานภาพสมรส	$\bar{X}$	1.39	1.51	1.54	1.61	1.62	
หม้าย	1.39	-	0.12	0.15	0.22 *	0.23	
คู่	1.51	-	-	0.03	0.10	0.11	
หย่า	1.54	-	-	-	0.07	0.08	
โสด	1.61	-	-	-	-	0.01	
แยก	1.62	-	-	-	-	-	
		ประถม มัธยม ไม่ได้ศึกษา อาชีว ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี					
3. ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	1.34	1.46	1.51	1.54	1.69	1.85
ประถม	1.34	-	0.12*	0.17	0.2*	0.35*	0.51*
มัธยม	1.46	-	-	0.05	0.08	0.23*	0.39*
ไม่ได้ศึกษา	1.51	-	-	-	0.03	0.18	0.34*
อาชีว	1.54	-	-	-	-	0.15*	0.31*
ปริญญาตรี	1.69	-	-	-	-	-	0.16
สูงกว่าปริญญาตรี	1.85	-	-	-	-	-	-

ตาราง 8 (ต่อ)

		รับจ้าง	ไม่มีอาชีพ	ทำสวน	ค้าขาย	อื่นๆ	ข้าราชการบำนาญ	
4. อาชีพปัจจุบัน		$\bar{X}$	1.30	1.44	1.49	1.50	1.65	1.67
รับจ้าง	1.30	-	0.14	0.19*	0.02*	0.35*	0.37*	
ไม่มีอาชีพ	1.44	-	-	0.05	0.06	0.21*	0.23*	
ทำสวน	1.49	-	-	-	0.01	0.16	0.18*	
ค้าขาย	1.50	-	-	-	-	0.15	0.17*	
อื่นๆ	1.65	-	-	-	-	-	0.02	
ข้าราชการบำนาญ	1.67	-	-	-	-	-	-	
5. รายได้ต่อเดือน		$\bar{X}$	1.42		1.44		1.63	
5,000-10,000 บาท	1.42	-		0.02		0.21*		
10,001-15,000 บาท	1.44	-		-		0.19*		
มากกว่า 15,000 บาท	1.63	-		-		-		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 8 แสดงว่า

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอายุ 60-65 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่าง จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 66-70 ปี และ 71 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-65 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 66-70 ปี และ 71 ปีขึ้นไป ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีสถานภาพสมรส โสด มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่าง จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรส โสดมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร ลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบ
ค่าสถิติที (t-test)

ลักษณะครอบครัว	n	$\bar{x}$	S	t	p
อยู่คนเดียว/คู่สมรส	72	1.57	0.23	2.06	.04
อยู่กับคู่สมรสบุตร หลาน/ญาติ	170	1.50	0.25		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย จำแนกตามตัวแปร ลักษณะครอบครัว โดยการ
ทดสอบค่าสถิติที (t-test) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรส มีพฤติกรรมการดูแล
ตนเองในระดับดี โดยที่ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ต่าง
กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มี
ลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว
หรืออยู่กับคู่สมรส มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสบุตร หลาน/ญาติ
เนื่องจากเป็นครอบครัวขยาย ทำให้ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวในการดูแลตนเองได้เต็มที่

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
เขตบางกอกน้อย โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ตามตัวแปรคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย
โดยคุณภาพชีวิตที่นำมาศึกษานี้ ประกอบด้วยตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย
ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาคุณภาพ
ชีวิตทั้งโดยรวม และรายด้าน โดยแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับคือ ดี ปานกลาง และไม่ดีปรากฏดัง
ตาราง 10

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับตามตัวแปร คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวม

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S)	ระดับ
คุณภาพชีวิต			
ด้านสุขภาพกาย	26.42	2.54	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	22.96	1.66	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.30	1.27	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.51	2.59	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม	89.19	5.86	ปานกลาง

จากตาราง 10 แสดงว่าผู้สูงอายุ ในเขตบางกอกน้อย มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 26.42$, $S = 2.54$) ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 23.96$, $S = 1.66$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.30$, $S = 1.27$) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 28.51$, $S = 2.59$) และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 89.19$, $S = 5.86$)

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย ตามตัวแปรเพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตตามตัวแปร อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม เมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's Method) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S
เพศ			
ชาย	105	89.35	6.56
หญิง	137	89.07	5.27
รวม	242	89.19	5.86
อายุ			
60-65 ปี	120	91.55	5.31
66-70 ปี	76	87.78	5.15
71 ปีขึ้นไป	46	85.36	5.63
รวม	242	89.19	5.86
สถานภาพสมรส			
โสด	43	90.02	6.54
สมรส	135	90.05	5.24
หม้าย	37	85.40	4.93
หย่า	15	87.20	7.03
แยกกันอยู่	12	90.66	6.52
รวม	242	89.19	5.86
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา	6	82.83	4.66
ประถมศึกษา	65	85.76	4.68
มัธยมศึกษา	69	88.07	5.46
อาชีวศึกษา	34	90.88	4.23
ปริญญาตรี	52	93.17	5.35
สูงกว่าปริญญาตรี	16	93.81	4.63
รวม	242	89.19	5.86

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S
อาชีพปัจจุบัน			
ไม่มีอาชีพ	65	84.98	5.08
ข้าราชการบำนาญ	70	92.07	5.21
ค้าขาย	34	90.85	4.68
รับจ้าง	27	86.40	4.31
ทำสวน	34	90.00	4.92
อื่นๆ	12	94.50	5.56
รวม	242	89.19	5.86
รายได้ต่อเดือน			
5,000 - 10,000 บาท	97	85.76	4.99
10,001 – 15,000 บาท	34	89.20	4.08
มากกว่า 15,000	111	92.18	5.38
รวม	242	89.19	5.86
ลักษณะครอบครัว			
อยู่คนเดียว/คู่สมรส	72	90.50	5.39
อยู่กับบุตรหลาน/ญาติ	170	88.64	5.97
รวม	242	89.19	5.86

จากตาราง 11 แสดงว่า

เพศ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย ในเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต สูงกว่าเพศหญิง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 89.35 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.56 และเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 89.07 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.27 ตามลำดับ

อายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย ในช่วงอายุ 60-65 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 91.55 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.31 รองลงมา คือช่วงอายุ 66-70 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 87.78 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.15 และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดในช่วงอายุ 71 ปีขึ้นไป โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.36 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.63 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย มีสถานภาพสมรส / โสด/ หม้าย/ หย่า/ แยก ในสถานภาพแยกกัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.66 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 6.52 รองลงมาคือ ในสถานภาพสมรส โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.05 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 5.24 สถานภาพโสด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.02 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 6.54 สถานภาพหย่า โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 87.20 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 7.03 และสถานภาพหม้ายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.40 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 4.93 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ในระดับการศึกษา สูงกว่าปริญญาตรี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 93.81 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 4.63 รองลงมาคือ ปริญญาตรี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 93.17 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 5.35 อาชีวศึกษา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.88 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 4.23 มัธยมศึกษา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 88.07 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 5.46 ประถมศึกษา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.76 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 4.68 และไม่ได้รับการศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 82.83 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 4.66 ตามลำดับ

อาชีพ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ในกลุ่มอาชีพอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 94.50 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 5.56 รองลงมาคือ ข้าราชการบำนาญ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 92.07 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 5.21 ค้าขาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.85 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 4.68 ทำสวน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.00 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 4.92 รับจ้าง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 86.40 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 4.31 และกลุ่มไม่มีอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 84.98 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 5.08 ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ในช่วงรายได้ต่อเดือน มากกว่า 15,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 92.18 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 5.38 รองลงมาคือ ในช่วง 10,001 – 15,000 บาท โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 89.20 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 4.08 และช่วง 5,000 – 10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตน้อยสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.76 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 4.99 ตามลำดับ

ลักษณะครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ลักษณะครอบครัวแบบอาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรส มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.50 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 5.39 รองลงมาคือ อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 88.64 ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน 5.97 ตามลำดับ

ตาราง 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test)

เพศ	n	$\bar{x}$	S	t	P
ชาย	105	89.35	6.56	0.37	.714
หญิง	137	89.07	5.27		

จากตาราง 12 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย จำแนกตามตัวแปรเพศ โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชาย และเพศหญิงคุณภาพชีวิตในระดับดี โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิต ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

ตาราง 13 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน และรายได้ต่อเดือน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	2	1488.82	744.41	26.21	.00
ภายในกลุ่ม	239	6787.04	28.39		
รวม	241	8275.87			
สถานภาพสมรส					
ระหว่างกลุ่ม	4	747.38	186.84	5.88	.000
ภายในกลุ่ม	237	7528.48	31.76		
รวม	241	8275.87			
ระดับการศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	5	934.22	233.55	7.35	.000
ภายในกลุ่ม	236	5646.36	24.01		
รวม	241	8275.87			

ตาราง 13 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
อาชีพปัจจุบัน					
ระหว่างกลุ่ม	5	934.22	233.55	7.35	.000
ภายในกลุ่ม	236	5646.36	24.01		
รวม	241	8275.87			
รายได้ต่อเดือน					
ระหว่างกลุ่ม	2	1488.82	744.41	26.21	.000
ภายในกลุ่ม	239	6787.04	28.39		
รวม	241	8275.87			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ลักษณะครอบครัว แสดงว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10
3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11
4. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยที่มีอาชีพต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12
5. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13
6. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 14 จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's Method) ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
อาชีพปัจจุบัน และรายได้ต่อเดือน

		71 ปีขึ้นไป	66-70 ปี	60-65 ปี	
1. อายุ	$\bar{X}$	85.36	87.78	91.55	
71 ปีขึ้นไป	85.36	-	2.42	6.19*	
66-70 ปี	87.78	-	-	3.77*	
60-65 ปี	91.55	-	-	-	

		หม้าย	หย่า	โสด	คู่	แยก
2. สถานภาพสมรส	$\bar{X}$	85.40	87.20	90.02	90.05	90.66
หม้าย	85.40	-	1.80	4.65*	4.62*	5.26
หย่า	87.20	-	-	2.85	2.82	3.46
โสด	90.02	-	-	-	0.03	0.61
คู่	90.05	-	-	-	-	0.64
แยก	90.66	-	-	-	-	-

3. ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ไม่ได้ศึกษา ประถม มัธยม			อาชีว	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
		82.83	85.76	88.07	90.88	93.17	93.81
ไม่ได้ศึกษา	82.83	-	2.93	5.24	8.05*	10.34*	10.98*
ประถมศึกษา	85.76	-	-	2.31	5.12*	7.41*	8.05*
มัธยมศึกษา	88.07	-	-	-	2.81	5.10*	5.74*
อาชีวศึกษา	90.88	-	-	-	-	2.29	2.93
ปริญญาตรี	93.17	-	-	-	-	-	0.64
สูงกว่าปริญญาตรี	93.81	-	-	-	-	-	-

ตาราง 14 (ต่อ)

		ไม่มีอาชีพ	รับจ้าง	ทำสวน	ค้าขาย	ข้าราชการบำนาญ	อื่นๆ
4. อาชีพ	$\bar{X}$	84.98	86.40	90.00	90.85	92.07	94.50
ไม่มีอาชีพ	84.98	-	1.42	5.02*	5.87*	7.09*	9.52*
รับจ้าง	86.40	-	-	3.60	4.45*	5.67*	8.10*
ทำสวน	90.00	-	-	-	0.85	2.07	4.50
ค้าขาย	90.85	-	-	-	-	1.22	3.65
ข้าราชการบำนาญ	92.07	-	-	-	-	-	2.43
อื่นๆ	94.50	-	-	-	-	-	-
5. รายได้ต่อเดือน		5,000-10,000 บาท 10,001-15,000 บาท มากกว่า 15,000บาท					
	$\bar{X}$	85.76		89.20		92.18	
5,000-10,000 บาท	85.76	-		3.44*		6.42*	
10,001-15,000 บาท	89.20	-		-		2.98*	
มากกว่า 15,000 บาท	92.18	-		-		-	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอายุ 60-65 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่าง จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 66-70 ปี และ 71 ปี ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-65 ปี มีคุณภาพชีวิต ดีกว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 66-70 ปี และ 71 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีสถานภาพสมรส คู่และโสด มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่าง จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรส คู่และโสด มีคุณภาพชีวิต ดีกว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่าง จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และไม่ได้ศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่าง จากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ศึกษา โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี มีคุณภาพชีวิต ดีกว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ไม่ได้ศึกษา และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษามีคุณภาพชีวิต ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้ศึกษา ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอาชีพปัจจุบัน ค่าขาย ข้าราชการบำนาญ และอาชีพอื่นๆ มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่าง จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอาชีพรับจ้าง และไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพทำสวนมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่าง จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่ไม่มีอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย ข้าราชการบำนาญ และอาชีพอื่นๆ มีคุณภาพชีวิต ดีกว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง และไม่มีอาชีพ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 15,000 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่าง จากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และ 10,001-15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต แตกต่าง จากผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 15,000 บาท มีคุณภาพชีวิต ดีกว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และ 10,001-15,000 บาท มีคุณภาพชีวิต ดีกว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท

ตาราง 15 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย จำแนกตามตัวแปร ลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าสถิติที่ (t-test)

ลักษณะครอบครัว	n	$\bar{x}$	S	t	p
อยู่คนเดียว/คู่สมรส	72	90.50	5.39	2.27*	.024
อยู่กับคู่สมรสบุตร หลาน/ญาติ	170	88.64	5.97		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยมีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตจำแนกตามตัวแปรลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าสถิติที (t-test) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรสมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 14 ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรส มีคุณภาพชีวิต ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน หรือญาติ เนื่องจากมีเวลาในการดูแลตัวเองได้เต็มเวลา

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ปรากฏดังตาราง 16

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย

ตัวแปร		
	r	P
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	0.475*	0.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 16 แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 15 ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สังเขป ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการดำเนินการวิจัย

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
9. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
10. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
11. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
12. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
13. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
14. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
15. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไปในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรม ตามบัญชีรายชื่อจำนวน 643 คน เป็นเพศชาย 279 คน เป็นเพศหญิง 364 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งเป็นสมาชิกของ ชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร มีจำนวน 242 คน โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ตามจำนวนที่ได้จากการเทียบกับตารางของ Krejcie and Morgan

ขั้นที่ 1 กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 303) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน

ขั้นที่ 2 เลือกชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ทั้งหมดมี 18 ชมรม เลือกได้ 6 ชมรม เพื่อใช้เป็นตัวแทนของชมรมผู้สูงอายุด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากชมรมที่ขึ้นทะเบียนกับสภาผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อยที่สุ่มได้ คือ ชมรมผู้สูงอายุศิริราช ชมรมผู้สูงอายุสุตสาคร ชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า ชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม) ชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณาราม ชมรมผู้สูงอายุวัดดงมูลเหล็ก และชมรมผู้สูงอายุวัดมะกอก เขตตลิ่งชัน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ไปทดลองใช้ (Try out) ในเดือนกันยายน พ.ศ.2551 – ตุลาคม พ.ศ. 2551

ขั้นที่ 3 คำนวณหาขนาดของตัวอย่างจากชมรมผู้สูงอายุศิริราช ชมรมผู้สูงอายุสุตสาคร ชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า ชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธารณสุข 30 (วัดเจ้าอาาม) ชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณาราม ชมรมผู้สูงอายุวัดดงมูลเหล็ก โดยเป็นสัดส่วนกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ในแต่ละชมรม ดังรายละเอียดตามตาราง 1 จากนั้นทำการคัดเลือกผู้สูงอายุในแต่ละชมรม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับ ลักษณะทางปัจจัยพื้นฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราทางวิชาการ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการออกแบบสอบถาม โดยให้มีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของวิริยา สุขวงศ์ และนพรัตน์ หนูบ้านยาง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ช่วง (Rating Scale) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินใน 3 ด้าน จำนวน 35 ข้อดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ข้อที่ 1- 15
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ข้อที่ 16 – 25
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเปี่ยงเบน ข้อที่ 26 – 35

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ สุวัฒน์ มหัตถินรัตนกุล ตามตัวแปร 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (ข้อที่ 2-4, 10-12 และ 24) ด้านจิตใจ (ข้อที่ 5-9 และ 23) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ข้อที่ 13 – 14 และ 25) และด้านสิ่งแวดล้อม (ข้อที่ 15 - 22) ส่วน 1 ข้อ คือข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง (Rating Scale) จำนวน 26 ข้อ

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขอลงชื่อจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความร่วมมือให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลวิจัย ประสานงานกับสภาผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร และติดต่อไปที่สำนักงานสภาผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย เพื่อจะได้ให้ประธานสภาผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อยทำหนังสือแจ้งไปยังชมรมผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนกับสภาผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย และสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เป็นประธานกลุ่มเป้าหมายเพื่อวางแผนติดต่อ เก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถามผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อยทั้ง 6 ชมรม และชมรมผู้สูงอายุในเขตตลิ่งชัน 1 ชมรม (ไปทดลองใช้ Try out)
3. นำแบบสอบถามที่ได้ข้อมูลครบถ้วนไปจัดกระทำ และทำการวิเคราะห์ข้อมูล ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ แล้วนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ลงรหัส แล้วนำไปป้อนข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 6 ตอนตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และลักษณะครอบครัว โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมชมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ตามตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน และรายได้ต่อเดือน โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3,4,5,6 และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามตัวแปรเพศ ลักษณะของครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 7

4. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมชมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ตามตัวแปรคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต ตามตัวแปร อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน และรายได้ต่อเดือน โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 9, 10,11,12,13 และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต ตามตัวแปรเพศ ลักษณะของครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8, 14

6. หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 15

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้สูงอายุในชมชมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 242 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.6 เพศชายร้อยละ 43.4 อายุ พบว่าผู้สูงอายุในชมชมผู้สูงอายุ มีอายุ ระหว่าง 60-65 ปี มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.6 รองลงมา มีอายุระหว่าง 66-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.4 และ 71 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 19.0 สถานภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพสมรส มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมา มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 17.8 สถานภาพหม้าย คิดเป็นร้อยละ 15.3 สถานภาพหย่า คิดเป็นร้อยละ 6.2 และ สถานภาพแยกกันอยู่คิดเป็นร้อยละ 5.0 ระดับการศึกษา พบว่า ระดับมัธยมศึกษา มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.5 ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.9 ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 21.5 ระดับอาชีวศึกษา คิดเป็นร้อยละ 14.0 ระดับสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 6.6 ส่วนน้อยที่สุดไม่ได้

ศึกษา คิดเป็นร้อยละ 2.5 อาชีพปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 28.9 รองลงมาไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 26.9 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 14.0 ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 14.0 รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 11.2 และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 5.0 รายได้ต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.9 รองลงมาได้ 5,000 – 10,000 บาท และน้อยสุดคือ 10,001 – 15,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 14.0 ลักษณะครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน หรือญาติ คิดเป็นร้อยละ 70.2 และอาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 29.8

2. เเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรายด้าน ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ด้านการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบน และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี สำหรับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง

3. ผลการทดสอบตามสมมติฐาน

3.1 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

3.2 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

3.3 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

3.4 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

3.5 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

3.6 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย รายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6

3.7 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7

3.8 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

3.9 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9

3.10 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10

3.11 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 11

3.12 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอาชีพปัจจุบันต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12

3.13 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13

3.14 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 14

3.15 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 15 ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย อภิปรายผลได้ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม และพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้าน ทั้งในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และด้านการดูแลตนเองในภาวะเปราะบางอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มีการรวมตัวกันตั้งเป็นชมรมเพื่อพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และสร้างแรงสนับสนุนทางจิตใจ ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจากเพื่อนร่วมชมรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตนเองโดยรวม และพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้านอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ

ศราวุธ ยงยุทธ (2546: 74) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการศูนย์บริการทางด้านสังคมผู้สูงอายุ ขอนแก่น มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมในระดับดี ในขณะที่มีคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง แต่จากคะแนนเฉลี่ยจะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตระดับปานกลางก่อนมาทางสูง ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนี ขำเพ็ง (2540: 25) ที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 69.1 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.8 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 14.1 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ต่ำและการศึกษาของ อมรา พรหมไหม (2547: 39) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่สาธารณสุข เขต 2 ผลการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดี

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย จำแนกตามปัจจัยพื้นฐาน อภิปรายผลได้ดังนี้

1. เพศ

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 อภิปรายว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 143) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิริยา สุขวงศ์ (2545:68) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน และพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชายในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ส่วนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการกำจัดความเครียดไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตในระดับดี โดยผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 อภิปรายว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จิรนนทยา (2536: 80) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง

2. อายุ

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 อภิปรายว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 – 65 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 66 – 70 ปี และ 70 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยที่มีอายุ ในช่วง 60 – 65 ปี ตระหนักถึงการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย และได้เข้าร่วมกิจกรรมของทางชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพนเดอร์ (Pender. 1982: 150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติในแนวทางของตน เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องและเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้อง ครบถ้วนจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 อภิปรายว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 – 65 ปี มีคุณภาพชีวิต ดีกว่าผู้สูงอายุผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 66 – 70 ปี และ 70 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยที่มีอายุ ในช่วง 60 – 65 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี คุณภาพชีวิต ก็เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอเรม (Orem. 1991: 136-138) ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีส่วนส่งเสริมในการดูแลตนเองประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย และครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความสามารถในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสารถในการดูแลตนเอง จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533: 36) ปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว นอกจากจะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันแล้ว ยังทำให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานเป็นลักษณะภายในบุคคล(individual's internal frame) ซึ่งทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัว และความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกันด้วย ในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้ศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญด้านอายุ มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเพื่อเปรียบเทียบว่า บุคคลที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของปัจจัยพื้นฐาน ด้านอายุ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

3. สถานภาพสมรส

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรส แยกกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรสโสด ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย และที่มีสถานภาพสมรสหย่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 42) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 155) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้าน สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 12 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรส แยกกัน มีคุณภาพชีวิต ดีกว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรสโสด ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ที่มีสถานภาพสมรส หม้าย และที่มีสถานภาพสมรสหย่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จิรนนท์ (2536: 45) สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 50) และ สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคณะ (2538: 88-96) ได้ทำการศึกษพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่าแยกทางกัน

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เนื่องจาก การมีชีวิตคู่จะมีความผูกพันต่อกันอย่างลึกซึ้ง ระหว่างผู้สูงอายุกับคู่สมรส เมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย ย่อมจะต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกัน ต่างจากกลุ่มสถานภาพสมรสอื่น ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว ต้องดูแลช่วยเหลือตนเองทั้งยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย การขาดคู่สมรสจะทำให้รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว ขาดคู่คิด ขาดที่ปรึกษา เหนงา ว่าเหว่ ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือปลอดภัยให้กำลังใจ การสูญเสียคู่สมรสจะมีผลกระทบกระเทือนอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ และสุขภาพ ส่วนผู้มีสถานภาพสมรสโสด จะเกิดความรู้สึกว่าเหว่ ไม่สนใจต่อสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแทบทั้งสิ้น

4. ระดับการศึกษา

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13 อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ไม่ได้ศึกษา อาชีวศึกษา และระดับการศึกษาปริญญาตรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ หอมนาน (2539: 62) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 116) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534: 116) ได้ศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเอง ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยถูกต้องกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติ ที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูง สามารถแสวงหาข้อมูลนำมาคิดพิจารณาตัดสินใจการกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษาและดูแลเอาใจใส่สุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

จากผลการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 13 อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี มีคุณภาพชีวิต ดีกว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ไม่ได้ศึกษา อาชีวศึกษา และระดับการศึกษาปริญญาตรี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จิรนนท์ (2536: 81) พบว่า ผู้ที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 83) และสมคิด โพธิ์ชนะพันธ์และคณะ (2538: 88-96) ยังพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่จะพัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคลช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้และความคิดของตนเองเข้าแก้ปัญหาการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสมการศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษายังเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีรายได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูง ย่อมมีโอกาสที่จะประกอบอาชีพที่ดี ทำให้มีรายได้สูงขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง มองย้อนกลับไปในชีวิตที่ผ่านมา ย่อมที่มีโอกาสพึงพอใจ สุขใจ และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5. อาชีพปัจจุบัน

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีอาชีพปัจจุบัน เป็นข้าราชการบำนาญ มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีอาชีพปัจจุบัน คืออาชีพรับจ้าง ไม่มีอาชีพ อาชีพทำสวน อาชีพค้าขาย และอาชีพอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของละออง สุวิทยาภรณ์ (2534: 105) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพกับผู้ที่ยังคงประกอบอาชีพ มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน อาชีพจึงนับว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างยิ่ง การศึกษาของ บุษกร โกมลภมร (2538: 58) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพอนามัย และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อบริการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างทึบสามล้อ หรือผู้ที่เปิดร้านขายของชำ ไม่ค่อยได้มีเวลาเดินเล่นออกกำลังกาย เพราะต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตร ต้องอาศัยแรงงานสูงในการประกอบอาชีพ ต้องตรากตรำทำงาน ขาดเวลาในการเอาใจใส่สุขภาพที่ทรุดโทรม อวัยวะต่างๆ จึงมีความเสื่อม เกิดการสูญเสียได้มาก และการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 147) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีค่าคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรรม และผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงสุด

อาชีพเป็นการประกอบอาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ ยังเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง เพราะทำให้ผู้ที่มีอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และทำให้มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข เช่น การแสวงหาอาหาร เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม การรับบริการสุขภาพ การทำกิจกรรม เป็นต้น ผู้ที่มีอาชีพจึงมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย สำหรับผู้ที่ไม่มอาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ต้องอาศัยรายได้จากบุตรหลานการใช้จ่ายเงินเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองจึงทำได้ไม่เต็มที่ การดูแลสุขภาพตนเองจึงไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรจะเป็น

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีอาชีพปัจจุบันต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 14 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีอาชีพปัจจุบัน ประกอบอาชีพอื่นๆ มีคุณภาพชีวิต ดีกว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีอาชีพปัจจุบัน คือมีอาชีพรับจ้าง ไม่มีอาชีพ อาชีพทำสวน อาชีพค้าขาย และข้าราชการบำนาญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จิรนนทยุยา (2536: 81) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ การประกอบอาชีพยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต นักสังคมวิทยาเชื่อว่า บทบาทของคนทำงาน (Worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงาน เป็นบทบาทที่ทำให้บทบาทอื่นๆของผู้สูงอายุยังคงมีอยู่ เช่น บทบาทการเป็นผู้นำครอบครัว การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับเป็นคนมีคุณค่าซึ่งถึงแม้ว่าจะเปลี่ยนไปผู้สูงอายุก็ยังรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสามารถอยู่ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

6. รายได้ต่อเดือน

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย รายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และ 10,001-15,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 147) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ พนิดา คุณาธรรม (2538: 132) และจณารถ ล่วงลือ (2536: 72) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ในระดับอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สุดา วิไลเลิศ (2536: 55) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกสรรประเภทของอาหารที่มีคุณค่า หรือประโยชน์ต่อร่างกายได้เพียงพอต่อความต้องการ

รายได้ยังเป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข และสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช่อะไรที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการได้ในที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลาง มักจะมีปัญหาทางการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ (Orem. 1991: 137; Pender. 1987: 161 - 162) กล่าวสนับสนุนว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง มีรายงานไว้ว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยพบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 15 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 15,000 บาท มีคุณภาพชีวิต ดีกว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และ 10,001-15,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 108) พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร

นอกจากนี้ รายได้ยังมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งรายได้ที่เพียงพอหรือไม่สำหรับผู้สูงอายุ เป็นผู้ประเมินเอง จะเป็นตัวทำนายความพึงพอใจได้ชัดเจนขึ้น (สุรกุล เจนอบรม 2534: 45) และ เพนเดอร์ (Pender 1982: 163) จากการศึกษาของ ประภาพร จิรันทุยา (2536: 83) สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคนอื่นๆ (2538: 91) และสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 45) พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และจากการศึกษาความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของจาร์นันท์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 95) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกพึงพอใจในคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกัน

7. ลักษณะครอบครัว

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 อภิปรายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีลักษณะครอบครัวแบบอาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรส มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงที่สุด เนื่องจากว่าเป็นครอบครัวขนาดเล็กจึงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ทางชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยจัดขึ้นได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 145) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียง 3 คน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน และญาติ

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ จะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ตรงข้ามกับบุคคลที่ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัว และรู้สึกด้อยค่า จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เสี่ยง และเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว ดังการศึกษาของ สุดา วิไลเลิศ (2536: 53) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสามีภรรยา และบุตรหลานอยู่ในระดับดี เนื่องจากบุคคลเหล่านี้จะช่วยดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี ต้นประยูร (2538: 58) และทัศนีย์ เกริกกุลธร (2536: 84) ได้ผลการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย มีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจจะเป็นคู่สมรสบุตรหลาน และญาติพี่น้อง มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว และสอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา คุณาธรรม (2538: 131) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวในครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ซึ่งผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 16 อภิปรายได้ว่าลักษณะครอบครัว ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย ลักษณะครอบครัวแบบอาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรส มีคุณภาพชีวิตสูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 7) พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณภาพชีวิตไปในทางบวก มีความสัมพันธ์กันทางด้านกิจกรรมและความสัมพันธ์กับครอบครัว ตลอดทั้งการเข้าถึงบริการสถานสุขภาพ จึงทำให้สุขภาพกาย และสุขภาพจิตดี

8. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

จากการ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 15 ที่กล่าวว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

นอกจากนี้ ลักษณะการอาศัยอยู่รวมกันเป็นครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง ย่อมได้รับความรัก ความห่วงใยเอื้ออาทรจากบุคคลเหล่านั้น ตลอดจนได้มีโอกาสช่วยเหลือ และให้ปรึกษา แนะนำ หรือดูแลบุตรหลาน จะทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า ไม่เหงา ไม่ว่าเหว สามารถที่จะปรับตัวรับสภาพการเปลี่ยนแปลงได้ดี ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปรับตัวรับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี ย่อมเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง ทำให้มีคุณภาพชีวิตในระดับดี ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 7) พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณภาพชีวิตไปในทางบวก มีความสัมพันธ์กันทางด้านกิจกรรมและความสัมพันธ์กับครอบครัว ตลอดทั้งการเข้าถึงบริการสถานสุขภาพ จึงทำให้สุขภาพกาย และสุขภาพจิตดี

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการวิจัยที่ควรนำมาปฏิบัติดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยพื้นฐานแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ดังนั้น ควรเสนอให้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุช่วงอายุ 66-70 ปี และดูแลกลุ่มที่มีปัญหา หรือเจาะจงกลุ่มที่มีปัญหาให้มากขึ้น
2. จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตัวแปรเพศ พบว่า เพศหญิง และเพศชายมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ควรที่จะจัดกิจกรรมเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเพศหญิงได้เข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น
3. จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และมีผู้ดูแลในเวลาเจ็บป่วยเป็นผู้สูงอายุ ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ ควรเอาใจใส่ ดูแลผู้สูงอายุในทุกเรื่องเพื่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยถึงทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริม หรือสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุช่วงอายุ 66 ปีขึ้นไป
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับเรื่องวิถีชีวิตการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. การทำวิจัยในผู้สูงอายุ ควรเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และมีการเจาะจงผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูล จำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการ เนื่องจากการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ข้อคำถามอาจไม่มีความชัดเจนพอ ไม่สามารถครอบคลุมตรงตามสิ่งที่ต้องการวัด นอกจากนี้ข้อคำถามที่มาก ทำให้ผู้สูงอายุเบื่อหน่ายในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุควรใช้เวลาสั้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร สังขชาติ. (2536). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ*. ภาควิชาศึกษานอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์; และสุรีย์ บุญญานพวงศ์. (2533). *ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม ตันติผลาชีวะ; และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- เกษม จันทรแก้ว. (2540). *วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม*. โครงการ สหวิทยาการบัณฑิตศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2548-2554*. นนทบุรี: การสาธารณสุขไทย กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ หลงเทียนฉาย. (2532). *ลักษณะการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส; และ พัชรี ตันศิริ. (2536). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองธรรม.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. (2537). *การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการและผู้ให้บริการ*. การประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 8 วิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า: ทิศทางและรูปแบบ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จำเรียง ฐรมะสุวรรณ. (2533). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*. รายงานการวิจัย. ม.ป.พ.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย. (2533). *การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สุภาวิณีการพิมพ์.

- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2546). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: เทพนิมิตการพิมพ์.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. (การพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทวีศักดิ์ กล้าภูเขียว. (2547). การได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอนองหิน จังหวัดเลย. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2536). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธารทิพย์ โลพานิช. (2541). ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์. ภาคนิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ธรรมรัตน์ คชรัตน์. (2535). การศึกษาความสนใจ และวิธีการรับข่าวสารของผู้สูงอายุ: ศึกษาศึกษาเฉพาะกรณีในเขตเทศบาลเมืองลพบุรี. วิทยานิพนธ์. (ศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นภาพร ชโยวรรณ; และ มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2532). สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นันทิญา อังกินานันท์. (2546). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- นริศรา ลีลามานิตย์. (2534). ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้านสันป่าต๋ามบ้านกาด กิ่งอำเภอแม่วง จังหวัดเชียงใหม่: ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. การค้นคว้าอิสระ วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

- นรินทรท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2534). *ความสามารถการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- นิตยา ภาสูนันท์ (บรรณารักษ์). (2533). *พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นาคยา ทฤษฎีคุณ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 5*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บรรลุ ศิริพานิช; และคณะ. (2531). *พฤติกรรมกราดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยงและ
แข็งแรง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- บุษกร โกมลภมร. (2538). *ความต้องการด้านสุขอนามัย และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อ
บริการส่งเสริมสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์ ศป.ม. (สังคมศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปรีชา เปี่ยมพงศ์สาน. (2543). *ประชากรกับคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์.
- ประภา รัตนเมฆานนท์. (2532). *การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาพร จิรนนุยา. (2536). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- ประเวศ วะสี. (2545). *พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ: ธรรมนูญสุขภาพของคนไทยเครื่องมือนวัตกรรม
ทางสังคม*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เทพนimit
การพิมพ์.
- พนิดา คุณาธรรม. (2538). *ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง*.
วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญใจ ระฆังทอง. (2542). *ความสัมพันธ์กับปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในเขตมีนบุรี*.
กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ภมรินทร์ เชาวณจินดา. (2542). *การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- ภรณ์ เกตทินทะ. (2542). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราในเขตกรุงเทพมหานคร*.
กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (คหกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- มนตรี ตันประยูร. (2538). *ปัจจัยมีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเปรียบเทียบ
ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ ปส.ม. (ประชากรและสังคม).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- มารศรี นุชแสงพลี. (2532). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา
ผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมวิทยาและมนุษยวิทยา)
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์; ศิริวรรณ ศิริบุญ; และอัจฉรา เอ็กซ์. (2541). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้
การดูแลให้บริการ และกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์
มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไมตรี ตีระรัตนกุล. (2536). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร :*
กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (วิจัยประชากร
และสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นงเยาว์ ชัยทอง. (2542). *การได้รับการดูแลและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอเคียนซา
จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- รจนารถ ล่วงลือ. (2536). *การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลชุมชน). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
ถ่ายเอกสาร.
- รัชดา พรพิไลสวัสดิ์. (2548). *การมีส่วนร่วมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ: ศึกษา
เฉพาะกรณีอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (รัฐศาสตร์).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ราตรี โอภาส; และคณะ. (2538, กรกฎาคม-กันยายน). *แบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการ
ด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ในเขตหมู่ 2 ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*.
พยาบาลสาร.
- ละออง สุวิทยาภรณ์. (2534). *ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท: กรณีศึกษาเฉพาะ
อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะ
สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- วันทนี ขำเพ็ง. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วันเพ็ญ บุญเจริญ. (2541). *สุขภาพจิตผู้สูงอายุและการช่วยเหลือ*. ใน *ฉวีวรรณ สัตยธรรม, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- วันเพ็ญ วอกลาง. (2546). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิริยา สุขวงศ์. (2545). *รายงานการวิจัย เรื่อง ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. หน้า 68.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ โยธินแสงดี. (2533). *ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการมีโครงการ พัฒนาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. กรุงเทพฯ: ชมรมวิจัยเชิงคุณภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินัส ตันติบูล. (2533). *โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ*. ใน *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองธรรม.
- ศราวุธ ยงยุทธ. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มา รับบริการศูนย์บริการทางด้านสังคมผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2532). *ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ไทย*. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีวิจิตรา บุนนาค. (2532, เมษายน). *ปัญหาสุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ*. แพทยสมาคม.
- ศุภารินทร์ หันกิตติกุล. (2539). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัด ลำปาง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2534). *แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริ ฮามสุโพธิ์; และคณะ. (2543). และคณะ. *การพัฒนาสถาบันครอบครัว: ปัจจัยสำคัญใน การเกื้อหนุน*. กรุงเทพฯ: กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมคิด โพธิชนะพันธ์. (2538, มกราคม-มีนาคม). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การ สนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*. วารสาร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2533). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพฯ:

วี.เจ.พรินติ้ง.

----- (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:

วี.เจ.พรินติ้ง.

----- (2539). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:

วี.เจ.พรินติ้ง.

สมพร ใจสมุทร. (2547). พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตลาดกระบัง.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

สมพิศ สุขวิฑูรย์. (2538). พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมพลศึกษา

กระทรวงศึกษาธิการ.

สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ. (2541). การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี.

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

ถ่ายเอกสาร.

สุจิตรา ภูเก้าล้วน. (2543). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกระบี่. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุดา วิไลเลิศ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ถ่ายเอกสาร.

สุนุดตรา ตะบันพวงค์; วันดี สุทธีรังษี; และพัชรียา ไชยลังกา. (2544). การประเมินคุณสมบัติแบบวัด

คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: เทพนิมิตการพิมพ์.

สุนี รักเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:

เทพนิมิตการพิมพ์.

สุรกุล เจนอปรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน

(ครุศาสตร์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวณี เต็งรังสรรค์. (2535). เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขต เทศบาลเมือง

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ:

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล; และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก

ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

สุวิมล พนาวัฒน์กุล. (2534). อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สุเทพ พันประสิทธิ์. (2545). *การพัฒนาเครื่องชีวิตคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว).
- สาธารณสุข. (2546). *ข้อมูลทั่วไปของงานกิจกรรมสาธารณสุข*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2550). *รายงานการสาธารณสุขไทยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่10 (2548-2550)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, จาก http://oppo.opp.go.th/info/laws_constitution.htm.
- สำนักงานสภาผู้สูงอายุและสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. (2550). *สำนักงานสภาผู้สูงอายุและสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2553, จาก http://oppo.opp.go.th/info/laws_constitution.htm.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. (2545). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี 2542-2544*. ส่วนอนามัยผู้สูงอายุสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2549). *สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, จาก http://oppo.opp.go.th/info/laws_constitution.htm.
- เสาวนีย์ ตนะดุลย์. (2533). *คุณภาพชีวิตของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เสาวภา พรศิริพงษ์; และคณะ. (2534). *บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสถานสงเคราะห์คนชราวาระและหมู่บ้านนครหลวง*. จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. กรุงเทพฯ: รายงานวิจัยสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภิตา เมธาวิ. (2535). *การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเมืองพล ขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- อมรา พรหมใหม่. (2547). *ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม การบรรลุนตามขั้นพัฒนาการ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่สาธารณสุข เขต 2*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรพรรณ อิศราภรณ์. (2536). *พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณี บุญอุรพิภิญโญ. (2541). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขภาค 2*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2536). *ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเขตเมืองสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (ชีวสถิติ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- Bernett, G.J.; & Ebrahim, S. (1992). *The Essential of Health Care of the Elderly*. London: Edward Arnold.
- Campbell, J.; et al. (1988, October). Self Care Agency: Conceptualizations and Operationalizations. *Advance in Nursing Science*. 12.
- Dean H. (1985). *Essential of Psychological Testing*. 5th.ed. New York: Harper Collins.
- Haug R.m., Wykle I.m.; & Namazi H.K. 29 (1989, February). *Self Care Among the Older Adult*. Social Science and Medicine.
- Orem, DE. (1980). *Nursing Concepts of Practice*. 2rd ed. New York: Mc Graw-Hill.
- (1985). *Nursing Concepts of Practice*. 3rd ed. New York: Mc Graw-Hill.
- (1991). *Nursing Concepts of Practice*. 4rd ed. New York: Mc Graw-Hill.
- Pender, N.J. (1982). *Health promotion in nursing practice*. New York: Appleton Century-Craft.
- (1987). *Health promotion in nursing practice*. 2nd Ed. Connecticut: Appleton & Lange.
- (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3rd Ed. Connecticut: Appleton & Lange.
- Reed-D.; Santariano-W A.; Gildengarin-G.; Mc Mahoon-K., Freshman-R; & Schneider-E. (1995). Health and Functioning the Elderly of County, California: a glimpse of the Future. *Journal of the Future*.
- Speak, D.L.; Cowart, M.E.; & Pellet, K. (1989 April). *Health Perceptions and Life Styles of the Elderly*. Research in Nursing and Health.
- Stromberg, M.F. (1984, September-October). Selecting and Instrument to Measure Quality of Life. *Oncology Nursing Forum*. 11: 88-91
- UNESCO. (1980, September). Evaluating the Quality of Life in Belgium. *Social Indicators Research*.
- (1993). *Quality of Life Improvement*. Bangkok: UNESCO Regional Office.
- (2002, September). Evaluating the Quality of Life in Belgium. *Social Indicators Research*:
- Zhan, L. Quality of Life: Conceptual; & Measurement Issues. (1992, June). *Journal of Advanced Nursing*

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

**รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสอบถาม
และหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย**

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. รศ. สพ.ญ. นภาพร มัธยมามงกูร รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. รศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อ. อมรา วิสุตธานกุล อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. รศ. ปรางทิพย์ อุตจรรย์ รองศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผศ. ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

1. กาดอบแบบสอบถามของท่านครั้งนี้ เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่อง"พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย" ซึ่งผลวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนให้คำปรึกษา และให้การช่วยเหลือส่งเสริมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

2. แบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

3. ให้ท่านกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือของข้อความแต่ละข้อ ตามความเป็นจริงในการปฏิบัติตนของท่าน และขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในกาตอบแบบสอบถามครั้งนี้มา ณ โอกาสนี้

(นางสาวจิราภรณ์ ใจสบาย)

นิสิตปริญญาโท สาขาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถาม

พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่เป็นคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อคำตอบแต่ละข้อ ตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
() อาชีวศึกษา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน
() ไม่มีอาชีพ (เช่น อยู่บ้านเฉยๆ ทำงานบ้าน) () ข้าราชการบำนาญ
() ค้าขาย () รับจ้าง () ทำสวน
() อื่นๆ ระบุ.....
6. ปัจจุบันท่านมีรายได้เดือนละประมาณ
() 5,000 -10,000 บาท () 10,001 -15,000 บาท () มากกว่า 15,000 บาท
7. ลักษณะครอบครัว
() อยู่คนเดียว /คู่สมรส () อยู่ร่วมกับคู่สมรส บุตร หลาน /ญาติ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายความว่า ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ / ทุกครั้ง

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายความว่า ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายความว่า ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
1	ท่านล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร			
2	ท่านแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร			
3	ท่านอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง			
4	ท่านรับประทานอาหารครบทั้ง 3 มื้อ			
5	ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหาร ครบทั้ง 5 หมู่			
6	ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารมาก			
7	ท่านรับประทานอาหารผัก และผลไม้ที่มีประโยชน์ ต่อสุขภาพ			
8	ท่านรับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ลิ้นจี่ ลำไย,ทุเรียน,มังคุด			
9	ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มมาก			
10	ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวานมาก			
11	ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมัน เช่น แกงกะทิ และอาหารประเภททอด			
12	ท่านเลือกรับประทานอาหารประเภท ต้ม,นึ่ง,ตุ๋น			
13	ท่านเลือกรับประทานอาหารโปรตีนจากปลา			
14	ท่านรับประทานอาหารเสริม เช่น แคลเซียม			
15	ท่านดื่มนมทุกวัน			
16	ท่านหลีกเลี่ยงมลภาวะทางอากาศ			
17	ท่านมักมีอาการท้องผูก			
18	ท่านถ่ายอุจจาระทุกวัน			
19	บ้านของท่านจัดสะอาดเป็นระเบียบเพื่อป้องกัน การเกิดอุบัติเหตุ			
20	ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งๆ ละ 20-30 นาที			

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
21	ท่านสามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ ที่ชมรมจัดขึ้น และเข้ากับสมาชิกในชมรมได้			
22	ท่านตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
23	ท่านสนใจสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย			
24	ท่านไม่ไปพบแพทย์แม้มีอาการเจ็บป่วย เล็กน้อย			
25	ท่านได้รับทราบข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ ในสถานการณ์ปัจจุบัน เช่นอ่านหนังสือ ,ดูโทรทัศน์, ฟังวิทยุ			
26	เมื่อเจ็บป่วยท่านปล่อยให้หายเอง			
27	เมื่อเจ็บป่วยท่านไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล /ศูนย์อนามัย			
28	เมื่อเจ็บป่วยท่านรับประทานยาตามแพทย์สั่ง			
29	เมื่อเจ็บป่วยท่านรักษาโดยแพทย์แผนไทย อย่างเดียว			
30	ท่านพึ่งยาสมุนไพรต้มจากเปลือกไม้ในการรักษา โรค			
31	เมื่อเจ็บป่วยท่านชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น หวานจัด / เค็มจัด / เผ็ดจัด			
32	เมื่อเจ็บป่วยท่านรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย งด อาหารมีไขมันสูง			
33	เมื่อมีไข้ท่านเช็ดตัว และประคบด้วยความเย็น			
34	เมื่อเจ็บป่วยท่านพักผ่อนมากๆ			
35	ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดจากการ เจ็บป่วยด้วยการฟังธรรม			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่

ผ่านมาให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () ข้อคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
 เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับกลางๆ
 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่สมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากนักแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านได้ในแต่ละวัน					

ข้อที่	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อย เพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่ เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับความช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละ วัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อย เพียงใด					
17	ท่านมีเงินใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมาก น้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสดักพักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศหมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้น แล้วท่านมีวิธีการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ภาคผนวก ค

คุณภาพของเครื่องมือ

ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือ

ตาราง 17 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.29
2	0.47
3	0.29
4	0.50
5	0.54
6	0.45
7	0.49
8	0.32
9	0.38
10	0.36
11	0.38
12	0.54
13	0.46
14	0.68
15	0.63
16	0.43
17	0.52
18	0.48
19	0.43
20	0.31
21	0.52
22	0.65
23	0.63

ตาราง 17 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
24	0.43
25	0.61
26	0.54
27	0.41
28	0.42
29	0.50
30	0.30
31	0.46
32	0.56
33	0.68
34	0.47
35	0.10

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ = 0.91

ตาราง 18 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.64
2	0.52
3	0.57
4	0.49
5	0.46
6	0.60
7	0.41
8	0.34
9	0.27
10	0.40
11	0.44
12	0.49
13	0.15
14	0.22
15	0.34
16	0.23
17	0.41
18	0.19
19	0.50
20	0.41
21	0.52
22	0.44
23	0.44
24	0.52
25	0.13
26	0.42

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต = 0.84

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวจิราภรณ์ ใจสบาย
วันเดือนปีเกิด	30 กันยายน พ.ศ. 2511
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	33/13 หอพักพยาบาลบางระมาด ถนนบรมราชชนนี แขวงฉิมพลี เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร 10170
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาล
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 9/2 โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2527	มัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนดาราวิทยาลัย จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ. 2530	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนสตรีชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
พ.ศ. 2535	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2540	วิทยาศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
พ.ศ. 2546	ครุศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
พ.ศ. 2553	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ