

613.0438

ค 828 ค

83

คำนิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ปริญญาโท

ของ

สุพรรณ ว่องรักษัสัตว์



๒ ๑๒๖๗๑

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

กันยายน 2540

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

85971

15 ส.ค. 2541

ค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

ของ

สุพรรณ ว่องรักษ์สัตว

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

กันยายน 2540



การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 234 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าสถิติที่ ทดสอบรายคู่โดยวิธีของนิวแมน ทูลส์

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีค่านิยมสุขภาพอยู่ในระดับสูง
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้สูงอายุชายกับผู้สูงอายุหญิง มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
7. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

HEALTH VALUES OF THE ELDERLY IN SENIOR CITIZENS CLUB
AT THAMMASAT UNIVERSITY HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

SUPAN WONGRAKSAT

Presented in partial fulfillment of the requirement for the
Master of Education Degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

September 1997

The purpose of the study was to study the health value of the elderly in senior citizens club at the Thammasat University Hospital. The independent variables were ages, sex, marital status, educational levels, family incomes and occupations.

The sample was 234 of the elderly selected by simple random sampling. The data were obtained by questionnaires and analysed for percentage, arithmetic means, standard deviation, t-test, multiple compairson by Newman - Keuls Method.

The results of study were as follows:

1. The elderly in senior citizens club at Thammasat University Hospital had got health value at the high level.
2. There was significant difference in their health value with different ages at the level of .05.
3. Male and female elderly had got significant difference in their health value at the level of .05.
4. There was no significant difference in their health value with different marital status.
5. There was significant difference in their health value with different education levels at the level of .05.
6. There was significant difference in their health value with different family incomes at the level of .05.
7. There was significant difference in their health value with different occapatons at the level of .05.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบ ได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(ผศ.วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ

(ผศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(ผศ.วินัส ปัทมภาสพงษ์)

..... กรรมการ

(ผศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รศ.สุจินต์ ปริขามารณ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รศ.นภาพร มัชฌมางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร.ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 19 เดือน กันยายน พ.ศ. 2540

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีณัส บัณฑาสพงษ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานและกรรมการควบคุม ปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริขามารถ และรองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจและแก้ไขข้อบกพร่อง ต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา จนทำให้ผู้วิจัยดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ได้เป็น ผลสำเร็จ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ดิลก ดิลกนนท์ อาจารย์เรือโทไพบูลย์ อ่อนมั่ง ศาสตราจารย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ ธีระประทีป และอาจารย์จงรักษ์ สุกกิจเจริญ ที่ได้กรุณาตรวจแบบสัมภาษณ์ และให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่ได้อนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูลจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชกรรมสังคม แผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในการ เก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่หอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เจ้าหน้าที่ห้องสมุดคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ผู้วิจัยใช้เป็นแหล่งค้นคว้าข้อมูลต่าง ๆ ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ขอเทอดพระคุณบิดามารดา และครูอาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาท วิชาความรู้ ให้แก่ผู้วิจัยจนประสบความสำเร็จในด้านการงานและการศึกษาด้วยดีมาตลอด อีกทั้งคุณสันติ ว่องรักษ์สัตว์ และครอบครัวว่องรักษ์สัตว์ ที่ได้ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยมีความมานะอดทนในการศึกษา จนประสบความสำเร็จได้ด้วยดี จึงขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

สุพรรณ ว่องรักษ์สัตว์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	6
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
ข้อตกลงเบื้องต้น	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	10
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	38
การวิจัยในต่างประเทศ	38
การวิจัยในประเทศไทย	41
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	49
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	50
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	50
ประชากร	50
กลุ่มตัวอย่าง	50
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การหาคุณภาพเครื่องมือ	53

บทที่	หน้า
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	54
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	54
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	55
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้า	58
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	58
การวิเคราะห์ข้อมูล	58
ผลการศึกษาค้นคว้า	59
5 บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	95
บทย่อ	95
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	95
วิธีดำเนินการวิจัย	95
การวิเคราะห์ข้อมูล	95
สรุปผลการศึกษา	96
อภิปรายผล	98
ข้อเสนอแนะ	105
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป	105
บรรณานุกรม	106

บทที่	หน้า
ภาคผนวก	116
ประวัติย่อของผู้วิจัย	136

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามข้อมูลทั่วไป	60
2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว	64
3	ค่าเฉลี่ยของค่านิยมทางสุขภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	66
4	เปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างอายุ 55-59 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป	67
5	เปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุชายกับผู้สูงอายุหญิง	68
6	เปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวกับไม่มีโรคประจำตัว	69
7	การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวนตามสถานภาพ สมรส	70
8	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ในด้านอาหารและการบริโภคเป็นรายคู่	73
9	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันในด้าน การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ	74
10	การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวนตามระดับการ ศึกษา	75
11	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน ในด้านการ ทำความสะอาดร่างกาย	78
12	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน ในด้านการ ป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ	79
13	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน ..	80

14	การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จําแนกตามรายได้	81
15	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน ในด้านการ ทำความสะอาดร่างกาย	84
16	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน ในด้าน อาหารและการบริโภค	85
17	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน ...	86
18	การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จําแนกตามอาชีพ .	87
19	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน ในด้านการ ทำความสะอาดร่างกาย	90
20	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน ในด้านอาหาร และการบริโภค	91
21	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน ในด้านการ ออกกำลังกายและการพักผ่อน	92
22	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน ในด้านการ ป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ	93
23	ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน	94

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ขั้นตอนการเกิดคำนิยม	30
2 ความสัมพันธ์ระหว่างคำนิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมทางสุขภาพ	37
3 กรอบแนวคิดของการวิจัย	48

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

เมื่อประเทศไทยมีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น รายได้ของประชาชนเพิ่มขึ้น ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพัฒนาด้านการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลลัพธ์สำคัญที่ตามมาก็คือ สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้น การดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไป อายุขัยของคนไทยยาวขึ้น ความต้องการและการเรียกร้องความต้องการในด้านต่าง ๆ มีมากขึ้น เป็นต้น ผลกระทบที่สำคัญที่นับวันจะเพิ่มพูนมากยิ่งขึ้นในอนาคตก็คืออัตราและสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น นั่นหมายถึงปัญหาผลกระทบทั้งต่อกลุ่มผู้สูงอายุเองและกลุ่มประชากรในช่วงอายุอื่น ย่อมมีมากตามมาในทุก ๆ ด้าน เช่น ด้านการแพทย์ สาธารณสุข สวัสดิการสังคม และอื่น ๆ (มหาวิทยาลัยมหิดล. 2538 : 1)

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ตีพิมพ์ผลสำรวจประชากรของประเทศ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2538 ว่ามีจำนวนประชากร 59.45 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 4.34 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.30 ของประชากรทั้งประเทศ และยังได้คาดการณ์ไว้ว่าใน 10 ปีในอนาคตของประเทศไทย จะมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น 6-7 ล้านคน และจะมีอายุขัยเฉลี่ยของประชากรจำแนกเป็นเพศชาย 66.60 ปี เพศหญิง 71.70 ปี การคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก โดยองค์การสหประชาชาติ ได้คาดการณ์ไว้ว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุของโลกหรือผู้ที่มิอายุ 65 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.90 ในปี พ.ศ.2528 มาเป็นร้อยละ 9.70 ในปี พ.ศ.2568 โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.40 ในปี พ.ศ.2523 มาเป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ.2568 ด้วยเหตุนี้กลุ่มผู้สูงอายุจึงจัดว่าเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งของโลก ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งในเอเชีย

จึงมีอัตราการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ตามความคาดหมายขององค์การสหประชาชาติ (รัตนา เพ็ชรอุไร และอดุลย์ วิริยเวชกุล. 2538 : 1)

การที่ประเทศไทยมีเป้าหมายในการพัฒนาประเทศ จากประเทศเกษตรกรรมไปสู่อุตสาหกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคม วัฒนธรรม และประเพณีภายในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบครอบครัวซึ่งแต่เดิมมาผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลโดยบุคคลในครอบครัวนั้น ได้ถูกทำลายลงโดยขบวนการอุตสาหกรรม การเคลื่อนย้ายของกลุ่มบุคคลในวัยทำงาน โดยเฉพาะในวัยหนุ่มสาวเข้าสู่เมืองใหญ่ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในค่านิยมด้านวัฒนธรรม และหน้าที่ที่รับผิดชอบเหล่านี้มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ตัวอย่างผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้แก่ โรคภัยไข้เจ็บ และความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น หรือจากเกษียณอายุ อาจกล่าวได้ว่าปัญหาของผู้สูงอายุมีหลายประการ ทั้งทางกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา สุขภาพอนามัย จิตใจ เศรษฐกิจ ฯลฯ ปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุเองและต่อประเทศชาติโดยรวม ทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจแนวใหม่ ซึ่งประเทศไทยไม่เคยประสบมาก่อน

จากปัญหาของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ประกอบด้วย 1) ปัญหาสุขภาพ 2) ปัญหาการปรับตัวของผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน และ 3) ปัญหาด้านจิตใจหรือสุขภาพจิต (กษกร สังชาติ. 2536 : 65) จะเห็นได้ว่าเรื่องปัญหาสุขภาพอนามัย นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดอันหนึ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ นอกจากจะบ่งชี้สภาวะสุขภาพแล้วยังสามารถประเมินถึงการดูแลรักษา และประเมินความต้องการบริการด้านอนามัยที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ อันเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายและแผนปฏิบัติ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ด้านกว้าง ๆ คือ 1) สุขภาพร่างกาย และ 2) สุขภาพทางใจ (นภาพร ขวัญธรรม และมาลินี วงษ์สิทธิ์. 2530 : 221) และจากผลการวิจัยของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 102 - 103) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพในเกณฑ์ดี) จากการวิจัยของ นิศา ชูโต (2525 : 37) พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพทรุดโทรม ได้รับการด้านสาธารณสุขน้อยมาก ไม่ทราบแหล่งบริการ รัฐไม่ได้จัดบริการให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จากการ

วิจัยของ บรรลุ คิริพานิช และคนอื่น ๆ (มหาวิทยาลัยมหิดล. 2538 : 104 ; อ้างอิงมาจาก บรรลุ คิริพานิช และคนอื่น ๆ. 2531) พบว่า ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุคือปัญหาทางเศรษฐกิจ สุขภาพร่างกายทรุดโทรม และได้รับการทางด้านสาธารณสุขน้อยมาก

จาเรียง ฐรมสุวรรณ (2532 : 46) ได้ทำการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวร้อยละ 24 ส่วนใหญ่เป็นโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ รองลงมาคือระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาทสัมผัส และระบบประสาท และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 39, 27, 19, 18 และ 11 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุมักมีสุขภาพร่างกายอ่อนแอกว่าวัยหนุ่มสาว ทั้งนี้เนื่องมาจากขบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้อวัยวะทุกระบบบกพร่อง เกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย เกิดโรคอันเนื่องมาจากความเสื่อมของอวัยวะ และเกิดโรคจากการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมและเทคโนโลยีของมนุษย์ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เบาหวาน และการตายจากอุบัติเหตุได้กลายเป็นสาเหตุหนึ่งของการตายของผู้สูงอายุ จึงเชื่อกันว่าโรคต่าง ๆ เหล่านี้สามารถป้องกันได้ (ศรีจิตรา บุญนาค. 2532 : 252)

ทรัพยากรมนุษย์เป็นสิ่งที่สำคัญในการที่จะพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้า แต่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพนั้น มิใช่มุ่งแต่เฉพาะวัยเด็กและวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว หากละเลยวัยสูงอายุก็คงไม่ต่างจากการละเลยต่อทรัพยากรที่ทรงคุณค่าที่สุด ทั้งนี้ผู้สูงอายุได้สั่งสมทุนมนุษย์ที่มีประสบการณ์ชีวิต และการทำงานอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาช้านาน ซึ่งผลแห่งการทำงานประโยชน์ต่อสังคมและเป็นผู้มีประสบการณ์สูง จึงสมควรได้รับการพิจารณาในด้านมนุษยธรรม ตลอดจนด้านการพัฒนาจากสังคมและบุตรหลาน ซึ่งนิวัติ กลิ่นงาม (2532 : 53) ได้กล่าวไว้ว่า ในด้านมนุษยธรรมนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมและความต้องการ เช่น ด้านสุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ในด้านการพัฒนาผู้สูงอายุ ควรได้รับความสนใจและมีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาตามความเหมาะสมกับกำลังสติปัญญาและความสามารถแต่ละบุคคล เพื่อสร้างไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตนและ เป็นผลดีแก่สังคม โดยเฉพาะในสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีความซับซ้อนกว่าในอดีต

ปัญหาของผู้สูงอายุไม่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการมากนัก จนกระทั่งบรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ ได้ทำการวิจัยเรื่องระบาดวิทยาคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้ยืนยันว่า หากไม่มีการวางแผนที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ คาดว่าสังคมไทยจะมีปัญหาในเรื่อง ผู้สูงอายุมากขึ้น (มหาวิทยาลัยมหิดล. 2538 : 127)

จากปัญหาของผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต รวมทั้งแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น รัฐบาลจึงได้มีนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2543) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมและให้บริการการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้จักปรับตัว ดูแลรักษาสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคและการออกกกำลังกายที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถที่จะดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีคุณค่าและมีความสุข ให้บริการพื้นฐานทางสวัสดิการสังคม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามกำลังความถนัด ความสามารถส่งเสริมลักษณะความสัมพันธ์ ระหว่างสมาชิกในครอบครัว แบบสังคมไทยดั้งเดิม สนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการ เผยแพร่คุณธรรม ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนและภาคเอกชน มีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการ สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสำหรับผู้ดูแลรักษาและให้บริการผู้สูงอายุ และจัดเก็บข้อมูล พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งให้มีการศึกษาวิจัย ติดตามผล และประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และอีกในเจ็ดปีข้างหน้า ตามนโยบายของรัฐที่รัฐมีนโยบายให้ประชากรของประเทศมีสุขภาพดี คือ มีสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อปี 2543 รัฐบาลจึงมุ่งส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยมุ่ง เน้น "วัยสูงอายุ" กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องจัดให้มีการส่งเสริม สุขภาพอนามัยและสวัสดิการผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทและมีคุณค่าของความรู้หรือ ประสบการณ์ที่ได้สั่งสมมาตลอดชีวิต โดยเฉพาะด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม คุณธรรม และ จริยธรรม หากมีการถ่ายทอดและรับไว้อย่างเหมาะสม ย่อมทำให้ได้ประโยชน์จากผู้สูงอายุ และเป็นการเพิ่มบทบาทผู้สูงอายุให้กับครอบครัวและสังคมอีกด้วย (โสว พรหมณี. 2538 :

17 - 19)

พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากขบวนการทางความคิดของบุคคลที่เป็นเครื่องกำหนดคือ ชี้นำให้บุคคลปฏิบัติอย่างหนึ่งซึ่งอาจเป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องก็ได้ ขบวนการทางความคิดของบุคคลที่เป็นตัวกำหนดการปฏิบัตินี้ เรียกว่า "ค่านิยม" หรืออาจกล่าวได้ว่า ค่านิยมเสมือนหางเสือเรือที่จะ

นาเรือใบในทิศทางต่าง ๆ และมีความสำคัญต่อการปฏิบัติของประชาชนเป็นอย่างมาก เพราะการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัย ตลอดจนปัญหาอื่น ๆ และป้องกันการเกิดปัญหานั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของประชาชนเป็นส่วนสำคัญ การประพจน์ปฏิบัตินี้สืบเนื่องมาจากค่านิยมที่บุคคลมีอยู่ในเรื่องนั้น ๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2531 : 325) ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นจะสัมพันธ์กับชนบทธรรมเนียมจารีตประเพณีและค่านิยม อันเป็นกฎเกณฑ์พฤติกรรมของบุคคลในสังคมนั้น ๆ (วีรยุทธ วิเชียรโรตติ. 2516 : 61) ซึ่งพฤติกรรมใด ๆ ที่บุคคลแสดงออกนั้นจะเป็นผลมาจากการตัดสินใจที่ใช้กฎเกณฑ์การตัดสินใจ 3 ประการ คือ ค่านิยม ทศนคติ และความเชื่อ โดยที่ค่านิยมมีความสำคัญในฐานะเป็นศูนย์กลางของพฤติกรรม ซึ่งจะบอกให้บุคคลรู้สำนึกว่า ควรทำเป็นประจํา หรือต้องทำสิ่งนั้นสิ่งนี้ (Giff. 1972 : 280) และการเกิดค่านิยมในตัวบุคคลนั้น ก็เกิดโดยผ่านกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การเลือกค่า การตีค่า และการปฏิบัติตามค่า อันเป็นแนวทางไปสู่พฤติกรรมของบุคคล (Rath, Harmin and Simon. 1966 : 30)

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล มีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลนั้นหันต่อสุขภาพ ถ้าบุคคลใดหันค่าต่อสุขภาพสูงก็ย่อมจะเป็นแนวทางให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อันจะนำมาซึ่งสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย-จิตใจ และสังคม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2529 : 337)

จากสภาพปัญหาและแนวความคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าค่านิยมมีความสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในการเลือก การตัดสินใจต่อการปฏิบัติต่าง ๆ ในเรื่องของสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ค่านิยมก็เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งค่านิยมของแต่ละบุคคลก็จะแตกต่างกันออกไปไม่มากนักน้อย ทั้งนี้เนื่องมาจากองค์ประกอบหลายประการ เช่น การศึกษา ประสบการณ์ที่ได้รับ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

ในปัจจุบันได้มีการกล่าวถึงค่านิยมต่าง ๆ กันมากมาย แต่น้อยนักที่จะพูดถึงค่านิยมทางสุขภาพ อันที่จริงแล้วค่านิยมทางสุขภาพนั้นน่าจะมีการคำนึงถึงเป็นสิ่งแรก ก่อนที่จะมีการกล่าวถึงค่านิยมด้านอื่น ๆ เพราะการเห็นคุณค่าความสำคัญของสุขภาพที่ดีนั้น จะนำมาซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นผลทำให้เกิดความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ และจะเกิดผลดีต่อการปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ด้วย และโดยเฉพาะค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้เลย จากสภาพปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุพบกับสภาพของโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

โรคข้อต่าง ๆ กระดูกหักจากการหกล้ม ปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทำให้เกิดโรคต่าง ๆ นั้น แสดงว่าค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในขั้นต่ำ ดังนั้นจึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงเรื่องค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ว่าเป็นอย่างไร เพื่อจะเป็นแนวทางในการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และพัฒนาค่านิยมของผู้สูงอายุ ให้นำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล

— ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรดังนี้ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ อันจะเป็นแนวทางสำหรับการวางแผน พัฒนา ปรับปรุง เสริมสร้างค่านิยมทางสุขภาพอย่างเหมาะสม
2. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการปรับปรุงและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าและวิจัยเกี่ยวกับค่านิยมทางสุขภาพสำหรับผู้สนใจหักกว้างขวางมากยิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

58 มี.ค. 61

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปี และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คณะ
แพทยศาสตร์-มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน-560 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
จำนวน 133 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้
และอาชีพ

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ค่านิยมทางสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ค่านิยมทางสุขภาพ หมายถึง ความชอบ ความต้องการของบุคคล ในการเลือก
พิจารณา ให้ค่า ให้ความสำคัญต่อสุขภาพว่าเป็นที่ต้องการสำหรับยึดเป็นหลักปฏิบัติเพื่อตนเอง
อย่างน้อยเพียงใด โดยแบ่งค่านิยมออกเป็น 5 ด้าน คือ

1.1 การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย หมายถึง การรักษาความสะอาด
ส่วนบุคคลที่ควรปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม

1.2 อาหารและการบริโภค หมายถึง การรู้จักเลือกอาหารและการบริโภค
อาหาร โดยคำนึงถึงคุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากอาหาร การคำนึงถึงความสะอาดของอาหาร

1.3 การออกกำลังกายและการพักผ่อน หมายถึง การรู้จักออกกำลังกายและ
การพักผ่อนที่ถูกต้องเหมาะสม

1.4 การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ หมายถึง การรู้จักปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ได้แก่ การปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากจราจร ฟ้าผ่า อัคคีภัย และของมีคม

1.5 สุขภาพจิต หมายถึง การรู้จักปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีสุขภาพกายดี และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

2. อายุ หมายถึง อายุในปัจจุบันของผู้สูงอายุที่นับเต็มปี ซึ่งแบ่งดังนี้

2.1 ~55 - 59 ปี

2.2 60 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้

3.1 โสด

3.2 คู่

3.3 หย่าร้าง

3.4 หม้าย

3.5 แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่ผู้สูงอายุสำเร็จ แบ่งดังนี้

(สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 179)

4.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

4.2 ระดับประถมศึกษา

4.3 ระดับมัธยมศึกษา

4.4 ระดับอุดมศึกษา

4.5 อื่น ๆ (ระบุ.....)

5. รายได้ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุที่ได้รับจากบุตรหลานหรือผู้อุปการะหรือได้จากการประกอบอาชีพ แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 45)

5.1 รายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

5.2 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

5.3 8,001 - 20,000 บาทต่อเดือน

5.4 มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน

6. อาชีพ หมายถึง งานหลักที่เคยทำอยู่เดิมของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 2)

6.1 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำงานในสังกัดภาครัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ

6.2 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าขายทุกชนิด

6.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้มีอาชีพในการทำไร่ ทำนา ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์เพื่อนำผลผลิตมาจำหน่าย

6.4 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอนในเดือนหนึ่ง ๆ

6.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เช่น พ่อบ้าน แม่บ้าน

7. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย เป็นสถานที่ให้บริการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และเป็นสถานที่ตั้งของชมรมผู้สูงอายุอยู่บ้านเลขที่ 95 หมู่ที่ 8 ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

8. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ หมายถึง ชมรมที่จัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและสังคม จัดให้มีเอกสารหรือวารสารของชมรมเพื่อเผยแพร่ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมมากขึ้น

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความหมายของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความชรา นโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความหมายของค่านิยม แนวคิดและทฤษฎีของค่านิยม คุณลักษณะของค่านิยม เกณฑ์การพิจารณา ค่านิยม คุณลักษณะอื่นที่คล้ายค่านิยม ชนิดของค่านิยม หน้าที่ของค่านิยม การสร้างค่านิยม การพัฒนาค่านิยม องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับค่านิยม ผลของค่านิยมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ บทบาทบุคลากรสาธารณสุขต่อการเปลี่ยนแปลง และเสริมสร้างค่านิยมทางสุขภาพ หลักในการปลูกฝังค่านิยม การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า การวิจัยในต่างประเทศ และการวิจัยในประเทศไทย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ผู้สูงอายุ

ความหมาย

วัยสูงอายุหรือวัยชรา มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย แต่ก็พอที่จะสรุปได้ดังนี้คือ

(ประสพ รัตนกร. 2509 : 91)

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ
3. เป็นผู้ที่เหมาะสมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับความช่วยเหลือ
5. เป็นผู้ที่มีพลังกำลังลดถอยลง

วัยสูงอายุ หรือที่เรียกกันว่าวัยชรา นี้ จัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะ และพัฒนาการในวัยนี้จะตรงข้ามกับวัยเด็ก กล่าวคือ เป็นระยะที่มีแต่ความเสื่อมโทรม และ ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ซึ่งมีอาการเจริญงอกงาม

การกำหนดนับว่าวัยชราควรจะเริ่มตั้งแต่อายุเท่าใดนั้น ยังไม่เป็นที่แน่นอน บ้างก็ว่า วัยชรา ควรมีอายุตามปฏิทิน คือ มีอายุตั้งแต่ 60 - 65 ปีขึ้นไป แต่ในทางสรีรวิทยานั้นได้ กล่าวว่า เซลล์ของร่างกายจะเริ่มเสื่อมสภาพหลังจากอายุ 25 - 30 ปีขึ้นไป เมื่อเป็นเช่นนี้ อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายจะเริ่มเสื่อมสภาพ ทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง ซึ่งถือว่า เริ่มเข้าสู่ความชรานั้นเอง แต่อย่างไรก็ดี การกำหนดอายุตามปฏิทินนั้นเป็นเรื่องที่สะดวกและ กระทบกันมาอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ กำหนดให้ผู้ที่มีอายุปฏิทิน 60 ปี ต้องเกษียณราชการ เพราะถือว่า เข้าสู่วัยชรา เพื่อเป็นการพักผ่อนหลังจากที่ได้ตรากตรำทำงานหนักมาเป็นเวลานาน แต่ความชรานั้นจะยึดถืออายุปฏิทินเพียงอย่างเดียวก็คงจะไม่ได้ เนื่องจากภาวะของความชรา มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อันเป็นผลจากประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน การระวังดูแลรักษา สุขภาพแตกต่างกัน ตลอดจนสภาวะทางอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไปด้วย นอกจากนี้แล้วพันธุกรรม และเพศก็เป็นตัวกำหนดภาวะความชราที่สำคัญอีกด้วย ดังนั้นจึงขออธิบายความหมายของคน ชราหรือผู้สูงอายุ ดังนี้คือ แต่เดิมคำว่า "ผู้สูงอายุ" ยังไม่มีใช้ดังเช่นปัจจุบัน แต่จะใช้คำว่า "คนแก่" หรือ "คนชรา" กันเป็นส่วนมาก อย่างไรก็ตามก็ได้มีบัญญัติคำว่า "ผู้สูงอายุ" ขึ้นเพื่อใช้ แทนคำดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อเป็นการยกย่องและแสดงความเคารพต่อผู้สูงอายุทั้งยังเป็นการจรรโลง จิตใจของผู้สูงอายุให้เกิดความประหวัดพริ้วพริ้งกับคำว่า "แก่" หรือ "ชรา" อีกด้วย

ในความหมายของผู้สูงอายุนั้น ได้มีผู้รู้ที่ได้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

พอง เกิดแก้ว (2518 : 124) ได้ให้หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ ว่า ต้องประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้คือ

1. เมื่อใดที่กล้ามเนื้อและสุขภาพของร่างกายเริ่มลดลงก็แสดงว่าเริ่มเข้าสู่วัยชรา
2. ขาดหน้าที่ทางเศรษฐกิจ ทานาหาเลี้ยงชีพได้น้อยกว่าเดิม ในลักษณะที่ร่างกาย ไม่เอื้ออำนวย

3. มีปัญหาทางด้านจิตใจเกิดขึ้น เป็นต้นว่า มีสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และการแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดการติดต่อกับสังคมโดยรวม

ดุษฎี ชุมสาย ณ อยุธยา (2514 : 14) ได้กล่าวถึงชราภาพในแง่ของวิชาการแขนงต่าง ๆ ดังนี้

1. ทางสังคมวิทยา ผู้สูงอายุคือผู้ที่ต้องพึ่งสังคมอนุเคราะห์มากกว่าที่จะอนุเคราะห์สังคม

2. ทางกฎหมาย โดยพระราชบัญญัติข้าราชการพลเรือนดังกล่าวว่า ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ เข้าสู่ชราภาพต้องปลดเกษียณ

3. ทางสรีรวิทยา โดยเฉลี่ยตั้งแต่เกิดถึงอายุประมาณ 20 ปี นับจากจุดนี้เป็นต้นไป กระบวนการเข้าสู่วัยชรา และคนจะเข้าสู่วัยชรา แท้จริงตามหลักสรีรวิทยาช้าเร็วต่างกันตามสภาวะสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

4. ทางจิตวิทยา เมื่อใดที่มีข้อจำกัดได้ยาก จำได้ไม่นาน หรือลืมง่าย จิตใจสงบ น้อยลง และมีความกังวลมากขึ้น จับจิดในการกระทำเล็ก ๆ น้อย ๆ เสถียรภาพทางอารมณ์มีน้อยลง อารมณ์หงุดหงิดง่ายขึ้น และมักหงุดหงิดในเรื่องที่ไร้สาระ นอนหลับได้น้อยลง ดังนี้ เรียกว่าถึงวัยชรา

ดังนั้น คำจำกัดความของวัยสูงอายุ จึงอาจหมายถึงกระบวนการต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่การลดของการคาดการณ์ของอายุขัยเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการสูญเสียการปรับตัวที่ค่อยเป็นค่อยไป โดยสามารถตรวจวัดได้ว่าความมีชีวิตของเซลล์เริ่มลดน้อยลงและเพิ่มการเสื่อมหรือการเป็นอันตราย ซึ่งจะนำไปสู่ความตาย (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2531 : 1)

ในการกำหนดอายุของการเข้าสู่วัยชรา นั้น ได้มีการศึกษาอันอย่างมากในเรื่องนี้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วใช้เกณฑ์การเกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางด้านการแพทย์พบว่า ผู้ที่มีอายุถึง 60 ปีแล้วยังแข็งแรง และมีความสามารถในการทำงานได้ดี องค์การอนามัยโลก จึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (elderly) มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี

2. คนชรา (old) มีอายุระหว่าง 75 - 90 ปี

3. คนชรามาก (very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มีสาระสำคัญที่สรุปได้ 3 ด้านคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (physiological change)
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ (psychological change)
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (social change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1. ผม เป็นสิ่งแรกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดจากภายนอก จากสีเดิมเป็นสีขาว ผมมักแห้งและร่วงง่าย เนื่องจากเนื้อเยื่อหนังศีรษะเหี่ยวลง การไหลเวียนของโลหิตทำให้เส้นผมได้อาหารไม่เพียงพอ และภาวะเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นผมได้ง่าย การเปลี่ยนสีผมเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งที่จะบอกถึงความเสื่อมทางร่างกาย แต่จะต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย

2. ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้น เนื้อเยื่อต่าง ๆ จะขาดความตึงตัว เนื่องจากการลดจำนวนน้ำมันเซลล์ น้ำมันใต้ผิวหนังมีน้อย เลือดมาเลี้ยงบริเวณผิวหนังน้อยลง ทำให้ผิวหนังเริ่มแห้งหยาบ การลดจำนวนไขมันใต้ผิวหนังทำให้ผิวหนังหย่อนยาน ปรากฏรอยย่นชัดเจน ฉะนั้นคนวัยนี้จึงรู้สึกหนาวง่าย เพราะไขมันใต้ผิวหนังน้อยลง การตกกระของผิวหนังเป็นอีกสัญลักษณ์หนึ่งของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบริเวณขาและแขน

3. กระดูก วัยสูงอายุเป็นวัยที่กระดูกเปราะง่าย ถ้าได้รับอันตรายเพียงเล็กน้อยจะทำให้กระดูกหักได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น และอีกสาเหตุหนึ่งคือการขาดวิตามินดี ทำให้กระดูกเปราะ หักง่าย เพราะผู้สูงอายุมักไม่ชอบแสงแดด จะอยู่ภายในบ้านและการกินอาหารไม่เพียงพอ เพราะมีปัญหาเรื่องการเคี้ยว โอกาสขาดวิตามินดีจึงมีสูง เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป หมอนรองของกระดูกสันหลังมักจะกร่อนและแบนลงมาก ทำให้หลังโก่งได้

4. เล็บ จะหนาแข็งและเปราะ เนื่องจากการทำงานของโลหิตส่วนปลายน้อยลง จึงทำให้การจับตัวของแคลเซียมบริเวณเล็บลดลงด้วย

5. กล้ามเนื้อ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลงไปเป็นลำดับ ทำให้กล้ามเนื้อลีบเล็กลง อดทนต่อกิจกรรมของมนุษย์เราจะมีความแข็งแรงมากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 25-30 ปี ต่อจากนั้นจะมีการลดจำนวนเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลงไปเรื่อย ๆ ทำให้ความสามารถในการยืดหยุ่นโดยทั่วไปของส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหย่อนสมรรถภาพไปด้วย นอกจากความยืดหยุ่นจะลดน้อยลงไปแล้ว ข้อต่อต่าง ๆ ก็เกิดความเจ็บปวด และอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า เสี่ยงติด จนในที่สุดอาจจะทำให้เป็นอัมพาตได้

6. การได้ยิน จะเริ่มเสียเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องมาจากการหย่อนสมรรถภาพของประสาทรับเสียงในหูชั้นใน เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหูไม่เพียงพอ เพราะเส้นเลือดของผู้สูงอายุจะตีบเล็กน้อย ทำให้การไหลเวียนของโลหิตไม่เพียงพอ และการเพิ่มขึ้นของปริมาณแคลเซียมในกระดูก ทำให้การส่งกระแสประสาทของเสียงไปยังอวัยวะรับการได้ยินซึ่งอยู่ในหูเสียไป อาการหูตึงในผู้สูงอายุจะพบมากเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป

7. การมองเห็น ลักษณะตาของผู้สูงอายุจะเล็กลง เพราะจำนวนไขมันรอบลูกตาน้อยลง หนังตาบนจะตก เนื่องจากการยืดหยุ่นของหนังตาลดลง ตาลึก มีความเสื่อมทรามของประสาทตาที่มีความไวต่อแสงน้อย ทำให้มองภาพใกล้ไม่ชัด การยืดหดของเลนส์เสียไป การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีสายตายาว นอกจากนี้จะมีวงแหวนขาวที่ขอบตาได้ แต่ไม่มีอันตรายใด ๆ และไม่มีผลต่อการเห็น

8. การลิ้มรส เป็นอาการอีกอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ การรู้สีกลิ่นรสชาติของสิ่งต่าง ๆ จะลดน้อยลงพร้อมกับการมีอายุสูงขึ้น อาการอย่างนี้จะมีผลต่อการขาดความอยาก ความกระหายในรสชาติของอาหาร

9. การได้กลิ่น เช่นเดียวกับการลิ้มรส การได้กลิ่นนั้นจะเป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะขาดความสามารถในการแยกแยะกลิ่นของสิ่งต่าง ๆ ซึ่งปัญหาที่จะตามมาก็คือ ผู้สูงอายุจะไม่ทราบถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองได้ เช่น เมื่อเกิดไฟไหม้ เพราะจะไม่ได้กลิ่นของควันไฟและอาจจะทำให้ขาดความสดชื่นในชีวิต เพราะจะไม่ได้กลิ่นความหอมของอาหารและดอกไม้ เป็นต้น

10. การสัมผัส ประสาทสัมผัสของผู้สูงอายุจะหย่อนสมรรถภาพลง บางครั้งผู้สูงอายุจะไม่รู้สึกร้อนและไม่รับรู้ต่อสภาพความหนาวเย็น ความร้อนอบอ้าวของอากาศ ตลอดจนความเจ็บ

11. ระบบไหลเวียน อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียน เช่น หัวใจจะมีขนาดเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของอายุ ขนาดหัวใจของผู้สูงอายุโดยปกติจะเล็กลงเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามหากตรวจพบว่าหัวใจของผู้สูงอายุบางคนมีขนาดโตขึ้นนั้นก็ควรจะสันนิษฐานได้ว่า ใดมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเนื่องมาจาก

- ปริมาณของไขมันในเนื้อเยื่อหัวใจเพิ่มมากขึ้น
- ลิ้นหัวใจเปลี่ยนสภาพไปโดยมีขนาดหนาและแข็งขึ้น
- ผนังเซลล์ของเส้นเลือดหนา แข็งและขาดความยืดหยุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเส้นเลือดแดง

สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อการทำงานของระบบไหลเวียน โดยอาจจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคความดันโลหิต ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ง่ายที่สุดในผู้สูงอายุ

นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับลักษณะรูปร่างหรือขนาดของอวัยวะในระบบไหลเวียน การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการทำงาน ก็จะเป็นสิ่งที่ติดตามมาด้วย เช่น การฟื้นตัวของผู้สูงอายุ เมื่อมีการทำงานอย่างเต็มที่ของหัวใจ ซึ่งจะต้องใช้เวลาพักนานกว่าวัยอื่น ๆ และในระหว่างการออกกำลังกายนั้น อัตราการเต้นของหัวใจจะเร็วและอ่อน ผู้สูงอายุจึงมีโอกาเป็นโรคหัวใจล้มเหลวได้ง่าย นอกจากนี้ความสามารถในการสูบน้ำเลือดไปเลี้ยงร่างกายภายในเวลา 1 นาทีก็จะมีความสามารถลดน้อยลงในระดับที่เป็นอัตราส่วนกลับกันกับอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนที่มากับเลือดน้อยลง และจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตในที่สุด

โรคหัวใจ เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้โดยสาเหตุของการไหลเวียนของโลหิต ดังที่กล่าวแล้วว่า ผนังของหลอดเลือดของผู้สูงอายุนั้น จะแข็ง ขาดการยืดตัว ซึ่งมีส่วนทำให้ระบบการไหลเวียนมีความผิดปกติ ซึ่งอาจจะมีส่วนทำให้เกิดอาการที่เรียกว่า "เลือดไหลไม่หยุด" หรือถ้ามีอาการคั่งของเลือด ทำให้เลือดไม่สามารถไหลไปเลี้ยงร่างกายได้ หรือผู้สูงอายุบางคนที่มีไขมันอุดตันที่เส้นเลือด จะทำให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ อันเป็นสาเหตุทำให้เกิด

โรคหัวใจได้ง่ายเช่นกัน สาเหตุสำคัญของการเป็นโรคหัวใจในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีคอเรสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ในจำนวนมากเกินไป การมีความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การขาดการออกกำลังกาย และการมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจมาก่อน

12. ระบบหายใจ การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจของผู้สูงอายุนั้น อาจะเนื่องมาจากสาเหตุบางประการ เช่น อากาศเป็นพิษ การสูบบุหรี่ และอันตรายจากการอยู่ในบริเวณที่มีสิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น โรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบหายใจที่มักเกิดขึ้น ได้แก่ วัณโรคปอด ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา

13. ระบบย่อยอาหาร

มีการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปาก ได้แก่ ความสามารถในการลิ้มรสอาหารและสิ่งต่าง ๆ ลดลง น้ำย่อยจากต่อมไค้ลีนจะมีปริมาณน้อยลง ทำให้ประสิทธิภาพในการย่อยอาหารลดน้อยลงไปด้วย น้ำเมือกที่จะมาเกาะติดกับบริเวณลิ้นจะหนาขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการแยกรสชาติต่าง ๆ น้อยลง สภาพภายในปากมีความเป็นต่างมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงในหลอดอาหาร ได้แก่ ความสามารถในการยืดหรือหดของหลอดอาหารจะลดน้อยลง กล้ามเนื้อบริเวณหลอดอาหารมีประสิทธิภาพลดน้อยลง จึงทำให้ความถี่ในการบีบเปิดของกล้ามเนื้อที่จะเป็นทางผ่านของอาหารน้อย และทำให้ช้าลง เป็นเหตุให้การรับประทานอาหารเป็นไปอย่างเชื่องช้า

การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ กล้ามเนื้อของลำไส้หย่อนสมรรถภาพ ทำให้การย่อยอาหารเป็นไปอย่างเชื่องช้า กล้ามเนื้อท้องเกิดสูญเสียความตึงตัว มีผลทำให้ระบบย่อยอาหารเสื่อมสมรรถภาพลง ความสามารถในการดูดซึมของผนังลำไส้ลดน้อยลง

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับช่องปากดังต่อไปนี้ เช่น มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน การหลั่งของน้ำลายที่ลดลง การได้รับอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ โครงสร้างของฟันในปากผิดปกติ มีแผลที่ปาก เป็นต้น

14. ระบบทางเดินปัสสาวะ ขนาดของไตจะเล็กลงและอัตราการกรองของไตจะลดลงด้วย นอกจากนี้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะอ่อนกำลังลง ขนาดก็เล็กลงด้วย เป็นผลให้

มีการจับถ่ายบีบสวะบ่อยขึ้น บีบสวะมากขึ้น ในผู้ชายมักมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ถ่ายบีบสวะลำบากและบ่อยครั้งขึ้น

15. ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมต่าง ๆ เช่น ต่อมใต้สมอง ต่อมธัยรอยด์ ต่อมเพศ และ ตับอ่อน ฯลฯ จะทำงานลดลง เป็นผลให้มีการผลิตฮอร์โมนน้อยลงด้วย เช่น ตับอ่อนผลิตอินซูลินน้อยลง จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผู้สูงอายุจึงเป็นเบาหวานได้มาก

16. ระบบประสาทและสมอง เซลล์ของประสาทและสมองจะลดลง ทั้งขนาดและน้ำหนัก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ตามมา เช่น ความรู้สึก ความคิดช้าลง สติปัญญาจะเสื่อมถอยลง ความจำเสื่อม จำเรื่องในอดีตได้มากกว่าเรื่องในปัจจุบัน ประสิทธิภาพการทำงานของสมองต่ำ นอกจากนี้ยังมีการตายและแพบของระบบเซลล์ประสาทเป็นอย่างมาก เป็นผลให้เส้นประสาทเสื่อม เสียความสามารถทางกิจกรรมและความรู้สึกได้ ฉะนั้นการรับประทานอาหารจึงพบได้มากในผู้สูงอายุ

17. ความจำและการเรียนรู้ ความจำแบ่งเป็น 2 แบบด้วยกันคือ ความทรงจำระยะสั้น (short-term memory) และความทรงจำระยะยาว (long-term memory) สำหรับความทรงจำระยะสั้นนั้น หมายถึง การที่บุคคลสามารถระลึกถึงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ได้เป็นอย่างดี เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสด ๆ ร้อน ๆ ส่วนความทรงจำในระยะยาวนั้น หมายถึง ความทรงจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ในอดีตที่ผ่านมา และยังทรงอยู่ในความทรงจำ ผู้สูงอายุจะมีระดับความทรงจำในแบบความทรงจำแตกต่างกันไปด้วย ผู้สูงอายุที่มีความทรงจำระยะสั้นไม่ดี แต่ในทางตรงกันข้าม ความทรงจำระยะยาวนั้น ผู้สูงอายุจะมีความทรงจำที่ดีเยี่ยม สามารถจำเรื่องราวและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตที่ผ่านมาได้เป็นอย่างดี

18. ระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ของผู้สูงอายุทั้งเพศชาย เพศหญิงนั้นมีหลายประการด้วยกัน เช่น ความสามารถในการร่วมเพศจะลดน้อยลง ผู้สูงอายุเพศหญิงจะหมดประจำเดือนในช่วงอายุระหว่าง 48-52 ปี ผนังเซลล์ของกล้ามเนื้ออวัยวะเพศจะคลายความตึงตัวและมีความยืดหยุ่นน้อยลง ขนาดของอวัยวะเพศทั้งเพศชาย เพศหญิงจะมีขนาดเล็กลงเป็นลำดับ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ

1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เพราะมีเพื่อนฝูง บุคคลอื่นที่เป็นญาติสนิทหรือ คู่ชีวิตตายจาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย
2. การสูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงาน คือ ปลดเกษียณ ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อด้าน ธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ ไร้คุณค่า ไร้ความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมี ต่อสังคม และขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้ หรือรายได้ลดลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุ ต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
3. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากวัยนี้บุตรธิดามักจะมีครอบครัวกัน แล้ว และโดยเฉพาะลักษณะของสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะ เป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่า ครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการให้การปรึกษา ดูแลและสั่งสอนลูกหลานจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว่และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า
4. การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้เกิดการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศในวัยสูงอายุ นอกจากจะมีสาเหตุจากการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศแล้ว เหตุผลทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะเจตคติทางสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุว่าเป็นเรื่องไม่เหมาะสม นับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศและมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528 : 5) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการยอมรับจากสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่ม ครอบครัว และสังคม แต่เมื่อมีการ

เปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะช้าลง ความสามารถในการแสวงหาเพื่อนาหม่นน้อยลง ประกอบกับผู้มีอายุน้อยกว่าขาดความพึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงผูกพันกับเพื่อนเก่าหรือบางทีแยกตัวออกจากสังคม เพื่อนและวัดเท่านั้น ซึ่งสัมพันธ์กับ นิสา ทูโรต (2525 : 15 - 16) ที่ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุไว้ดังนี้คือ จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การที่กำลังใจถดถอย การปลดจากงานประจำ ทำให้ผู้สูงอายุหมดภารกิจติดต่อด้านธุรกิจการงาน จำนวนเพื่อนลดลง มีผลทำให้สูญเสียสถานภาพทางสังคม รอยการลดบทบาทและการเกี่ยวข้องทางสังคม และกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม กิจกรรมต่าง ๆ ช้าลงไปตามจังหวะชีวิตของตน วงสังคมแคบลง และการเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นลดลง จะมีเฉพาะกิจกรรมที่ตัวเองเป็นศูนย์กลาง เช่น การเจ็บป่วย กิจกรรมต่าง ๆ จะน้อยและช้าลง ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหวที่มากนัก กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ และเป็นการกระทำโดยลำพังตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ มากกว่าจะทำเป็นกลุ่ม

ทฤษฎีเกี่ยวกับความชรา

ทฤษฎีที่อธิบายถึงความเปลี่ยนแปลงของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยชรา นั้น มีอยู่ด้วยกันหลายทฤษฎี ซึ่งก็พอจะรวบรวมและสรุปได้ดังนี้ (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2526 : 14 - 18)

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของความชราของร่างกาย ซึ่งมี 3 แนวคิด คือ

1.1 ทฤษฎีทำลายตนเอง (auto immune theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันบกติน้อยลง พร้อม ๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันบกติน้อยลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มีจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (error catastrophe theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้น ยีนจะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดนี้จะเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

1.3 ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย ประกอบกับสิ่งแวดล้อมมีเรดิคัลอิสระอยู่มากมายตลอดเวลา เรดิคัลเหล่านี้ จะทำให้เกิดความผิดปกติและทำให้เกิดคอลลาเจนและอีลาสติน ซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวโครงสร้างร่างกายเกิดขึ้นมากจนทำให้เสียความยืดหยุ่นไป

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกเปลี่ยนไป ซึ่งมี 2 แนวคิด คือ

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น หากผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคง มีความรักความอบอุ่น และรักผู้อื่นก็จะมีความสุขในชีวิต ในทางกลับกัน ถ้ารู้สึกว่าเขาถูกกับใครไม่ขึ้นก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยอย่างน่าสงสาร

2.2 ทฤษฎีความปรารถนา ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปรารถนาปรารถนา และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยยังเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องราวต่าง ๆ อยู่ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและมีทุนทรัพย์ใช้สอยโดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่วิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากครั้งที่ยังอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการงานทราวมทั้งเป็นทฤษฎีที่พยายามจะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ได้แก่

3.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะทางสังคมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้น ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว สถานะของผู้สูงอายุในสังคมนั้นจะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย

3.2 ทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะของผู้สูงอายุในสังคมจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในแต่ละสังคม หากในสังคมมีจำนวนผู้สูงอายุน้อย สถานะของผู้สูงอายุมักจะดีกว่าในสังคมที่มีผู้สูงอายุมาก

3.3 ทฤษฎีเกียรติภูมิ ทฤษฎีนี้เห็นว่าสถานะของผู้สูงอายุมักจะดีถ้าผู้สูงอายุในสังคมนั้น ๆ เป็นผู้ที่มีคุณประโยชน์

3.4 ทฤษฎีไว้ภาวะผูกพัน ทฤษฎีนี้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่อถึงคราวชรา ลูกหลานและชุมชนจะให้ความสำคัญหรือสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ก็จะลดความรับผิดชอบและลดความห่วงใยในลูกหลานลงบ้าง ส่วนกิจกรรมในสังคมก็สมควรที่จะลดลงเช่นเดียวกัน

3.5 ทฤษฎีให้ทำกิจกรรม ทฤษฎีนี้มีความเห็นตรงกันข้ามกับทฤษฎีไว้ภาวะผูกพัน กล่าวคือ แม้จะรู้ว่าสังคมและลูกหลานให้ความสำคัญน้อยลง เมื่อถึงวัยชราก็อย่าได้สนใจ แต่จงทำตัวให้เป็นตัวของตัวเอง ทำงานให้เพลิดเพลินตามกำลังและความสามารถ และรักษาสุขภาพของตนให้ดีอยู่เสมอ

✓ นโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2525 รัฐบาลได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น เพื่อวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ใช้แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติใน 20 ปี (2525-2544) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์หลักในการวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1. เพื่อให้สังคมตระหนักในความรับผิดชอบที่พึงมีต่อผู้สูงอายุ และให้การยอมรับว่าผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
2. เพื่อให้ทราบสภาพและแนวโน้มของปัญหาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจจากทุกฝ่ายในอันที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหามาให้สนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองดูแลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อย่างน้อยในระดับความต้องการขั้นพื้นฐานตามที่กำหนดไว้ในทิศทาง 4 ประการของแผนฯ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ โดยระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนมาร่วมด้วยให้มากขึ้น
4. เพื่อเป็นหลักประกันให้มีการแบ่งสรรทรัพยากร สำหรับสวัสดิการสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุให้การเคารพสิทธิหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในฐานะ "ผู้รับ" จากสังคมหลังจากที่ได้เคยมีฐานะเป็น "ผู้ให้" แก่สังคมมาแล้วกว่าครึ่งชีวิต

5. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังคงมีความสามารถอยู่ได้มีส่วนร่วมในสังคมอยู่ต่อไปในฐานะผู้ให้ โดยเฉพาะในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ

นโยบายแต่ละด้าน

ด้านสุขภาพอนามัย

1. สนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพทั้งทางกายและจิต สำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก รวมทั้งการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้โดยให้ความสำคัญแก่พื้นฐานที่ชนบทยากจน
2. ให้ความสำคัญแก่บริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในระบบบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน
3. เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทั้งกายและจิต โดยให้เร่งเผยแพร่ความรู้ในงานสาธารณสุขมูลฐานทั้งในเมืองและชนบท

ด้านการศึกษา

1. เร่งรัดจัดการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะการศึกษานอกระบบให้มีรูปแบบและเนื้อหาสาระที่ผู้สูงอายุจะมาร่วมกิจกรรม และได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง
2. เน้นความสำคัญด้านการศึกษาเพื่อชีวิตในครอบครัว (family life education) ทั้งการศึกษาในระบบและนอกระบบ เพื่อเตรียมตัวรับการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงชีวิตด้วยการระดมความร่วมมือจากภาคเอกชน โดยเฉพาะจากสื่อมวลชนทุกรูปแบบ พร้อมทั้งสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชนว่าสุขภาพของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับสุขภาพตั้งแต่เยาว์ ฉะนั้นการชะลอความเสื่อมของสุขภาพนั้นต้องทำมาแต่เด็ก โดยการเรียนรู้ป้องกันรักษาสุขภาพ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมอยู่เสมอ

3. สนับสนุนให้มีระบบและวิธีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์จากผู้สูงอายุ โดยเฉพาะจากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุให้เป็นที่ยอมรับของสังคมมากขึ้น

ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน

1. เร่งรัดให้มีพระราชบัญญัติประกันสังคมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุในด้านรายได้เพื่อการยังชีพ ในกรณีของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้และไม่มีที่พึ่งพิง
2. ส่งเสริมและสนับสนุนระบบและวิธีการที่จะทำให้ผู้สูงอายุคงมีบทบาทในการทำงานตามความถนัดและความสามารถของแต่ละบุคคล
3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีรายได้จากการทำงานในระดับที่เป็นธรรมและเพียงพอต่อการยังชีพ
4. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมได้ โดยเฉพาะในบทบาทของการถ่ายทอดประสบการณ์และความชำนาญงาน
5. ส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวลดการพึ่งพาหรือผ่อนภาระผู้สูงอายุในเรื่องรายได้ที่จะต้องหามาจุนเจือครอบครัวลง
6. ส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้เพื่อทุ่นแรงในการทำงานของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม

ด้านสังคมและวัฒนธรรม

1. ส่งเสริมโครงสร้างครอบครัวแบบขยาย เพื่อให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างอบอุ่นของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีลูกหลานคอยดูแลและคอยดูแลหลาน
2. รมร่งค์เสริมสร้างและปลูกฝังค่านิยมในด้านการเห็นคุณค่าของความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่สามารถจะถ่ายทอดให้เกิดประโยชน์แก่สังคมได้อีกมาก และให้มีความเคารพและกตัญญูต่เวทีแก่ผู้สูงอายุที่ได้ประกอบคุณงามความดีต่อครอบครัวและสังคมมาแล้ว

3. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงบทบาทการมีส่วนร่วมในครอบครัวและในสังคม ตามความถนัดและความสามารถ โดยเฉพาะในด้านการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในแขนง วิชาต่าง ๆ รวมทั้งความรู้ในด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และศีลธรรมอันดีงาม ที่จะต้องพัฒนาให้ดำรงไว้ต่อไป

4. สนับสนุนให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการเผยแพร่หลักธรรม โดยเน้นการปฏิบัติ มากกว่าเน้นรูปแบบพิธีกรรม

ด้านสวัสดิการสังคม

1. เร่งให้มี พรบ.ประกันสังคมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้สูงอายุในด้านสวัสดิการต่าง ๆ
2. ขยายบริการในรูปศูนย์บริการและหน่วยสงเคราะห์ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ให้มากขึ้นโดยจะจำกัดการสงเคราะห์ในรูปแบบสถานสงเคราะห์ให้น้อยที่สุด เพียงเพื่อผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง อย่างแท้จริงเท่านั้น และจะได้ระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนให้มาช่วยจัดบริการสวัสดิการ สังคมให้แก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ ให้เพียงพอและทั่วถึง

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับคำนิยาม

ความหมายของคำนิยาม

มีผู้ให้ความหมายและจำกัดความของคำว่าคำนิยามไว้ต่าง ๆ กัน เช่น

เฟเธอร์ (Feather. 1975 : 4 - 5) กล่าวว่า คำนิยามเป็นความเชื่อที่มีลักษณะ ยินยอมเป็นแนวทางการประพฤติปฏิบัติหรือเป้าหมายในการดำรงชีวิต เป็นสิ่งที่ตนเองหรือสังคม เห็นดี เห็นชอบ และสมควรจะยึดถือปฏิบัติ

มิลเลอร์ (Miller. 1965 : 100) ได้ให้ความหมายว่า คำนิยามเป็นทัศนคติและความเชื่อที่ฝังลึกในจิตของบุคคล และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลทุก ๆ ด้าน จากพฤติกรรม ง่าย ๆ และธรรมดาที่สุด เช่น การแต่งกาย จนถึงพฤติกรรมที่ยากและซับซ้อน เช่น การแสดง ความคิดเห็น การเลือกคู่ครอง เป็นต้น

โรคิช (สุนทรี โคมิน และสนิท สมักรการ. 2522 : 13 ; อ้างอิงมาจาก Rokeach. 1968 : 5) ได้อธิบายว่า คำนิยามคือ ความเชื่ออย่างหนึ่งที่มีลักษณะถาวร เชื่อว่าวิถีปฏิบัติบางอย่างหรือเป้าหมายของชีวิตบางอย่างนั้นเป็นสิ่งที่ตัวเองหรือสังคมเห็นดี เห็นชอบ สมควรที่จะยึดถือหรือปฏิบัติมากกว่าวิถีปฏิบัติหรือเป้าหมายชีวิตอย่างอื่น

ดวงเดือน พันธุนาวิน (2523 : 29) กล่าวว่า นักสังคมวิทยาซึ่งศึกษาลักษณะของ สังคมจะให้ความหมาย "คำนิยาม" ว่าเป็นลักษณะของบุคคล นั่นคือ คำนิยาม หมายถึง ทักษะคติ ความสนใจ รวมทั้งความอยาก ความต้องการของบุคคล ส่วนนักจิตวิทยาเห็นว่า "คำนิยาม" เป็นลักษณะของสังคมและมีไว้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ คำนิยามเป็น สภาพทางสังคม ซึ่งอยู่ภายนอกตัวบุคคลและอาจจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้มาก "คำนิยาม" ในความหมายนี้คือ กฎเกณฑ์ทางสังคม ระเบียบและประเพณีนิยมของแต่ละหมู่เหล่า บุคคลเกิดมาก็จะพบสิ่งเหล่านี้รออยู่ในสังคมของตน บุคคลมีความจำเป็นต้องเรียนรู้และยอมรับ กฎเกณฑ์เหล่านี้ เพื่อที่จะอยู่ในสังคมนั้นต่อไป

พนัส หันนาคินทร์ (2520 : 122 - 123) ให้ความหมายของคำนิยามไว้ว่า คำนิยาม หมายถึง ความโน้มเอียงหรือแนวทางที่คนจะประพฤติปฏิบัติในแนวใดแนวหนึ่งที่ตนเองได้พิจารณา ไตรตรองแล้วว่าเป็นสิ่งที่ดีสำหรับตนและปฏิบัติตามแนวคิดนั้น ๆ อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยก็ชั่ว ระยะเวลาหนึ่ง คำนิยามจึงมีความหมายถึงแนวคิดเกี่ยวกับความดี ความงาม ในความประพฤติ นั้น ๆ ทักษะคติหรือความเชื่อจึงไม่อาจเรียกว่าคำนิยามจนกว่าจะได้รับการพิจารณาถึงผลที่จะตามมา จากความประพฤติหรือการกระทำนั้น ๆ อย่างรอบคอบและมีการปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอแล้ว

สาโรช บัวศรี (2526 : 13) อธิบายความหมายของคำนิยามไว้ว่า คำนิยาม คือ สภาพหรือการกระทำบางประการที่เราเชื่อถือหรือนิยามว่าควรยึดมั่นหรือควรกระทำเพื่อจะได้ บรรลุจุดมุ่งหมายของตัวเราเองหรือของสังคมที่เราอาศัยอยู่

จากความหมายและคำจำกัดความของคำนิยามดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า คำนิยาม คือ สิ่งที่บุคคลหรือสังคมยึดมั่นอยู่ในใจว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและเป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้บรรลุจุดหมายของตนเองหรือสังคม คำนิยามจึงแสดงออกมาให้เห็นในรูปของพฤติกรรมทั้งทางร่างกาย วาจา และใจของบุคคลและพฤติกรรมของสังคมนั้น ๆ

แนวคิดและทฤษฎีของคำนิยาม

แนวคิดเรื่องคำนิยาม เป็นแนวคิดที่เป็นใจกลาง (core concept) ของสาขาวิชาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสังคมวิทยาที่ดี มนุษย์วิทยาก็ดี จิตวิทยา จิตแพทย์ รัฐศาสตร์ การศึกษา ประวัติศาสตร์ หรือเศรษฐศาสตร์ก็ดี ล้วนแต่มีความสนใจในเรื่องคำนิยามของมนุษย์ เพื่อจะได้ช่วยอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ องค์ประกอบเรื่องคำนิยามเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในฐานะเป็นตัวแปรที่จะถูกวิเคราะห์ในการศึกษาวิจัยของเกือบทุกสาขาวิชา (สุนทรี โคมิน และสนิธ สมักรการ. 2522 : 9) คำนิยามจึงเป็นตัวแปรหนึ่งที่สำคัญในอันที่จะชักนำให้สังคมเปลี่ยนแปลงก้าวหน้า หรือเก็บงำ ถ่วงรั้ง ำให้สังคมเปลี่ยนแปลงช้าลงหรือขงักงัน คำนิยามเป็นพื้นฐานอย่างหนึ่งในการที่จะนำไปสู่ความเข้าใจในพฤติกรรมของมนุษย์ พฤติกรรมของสังคม คำนิยามเป็นองค์ประกอบอันสำคัญของวัฒนธรรม บรรดาวิถีชีวิตความเป็นอยู่หรือพฤติกรรมมนุษย์ที่แสดงออกหรือมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับสิ่งต่าง ๆ ล้วนแต่มาจากการำให้ค่าต่อสิ่งนั้น ๆ ทั้งสิ้น การที่คนในแต่ละชุมชนำให้ค่าต่อสิ่งใด ๆ มากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับระบบการสั่งสอนอบรมประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อของสังคมนั้น ๆ (พิชญ์ สมพอง. 2522 : 89) ซึ่งมีผลทำำให้คำนิยามของแต่ละบุคคลแต่ละสังคม แตกต่างกันไป (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2529 : 324)

คำนิยามมีบทบาทสำคัญในการกำหนดแบบฉบับบุคลิกภาพหรือลักษณะของการประพฤติปฏิบัติของบุคคลในสังคม โดยเฉพาะจะมีความเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งในสุดท้ายก็จะสะท้อนออกมาให้เราเห็นได้ ในเรื่องคุณภาพของสังคมที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่ (จรรยา สุวรรณทัต. 2526 : 257) คำนิยามจึงมีความสำคัญมากทั้งต่อบุคคลและสังคม คำนิยามมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล ทำำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ กัน คำนิยามของแต่ละบุคคลจึงมีผลต่อการพัฒนาประเทศด้วย (สุภร ศรีแสน. 2522 : 115) จึงอาจกล่าวได้ว่า ประเทศชาติจะเจริญก้าวหน้าหรือเสื่อมไปในทิศทางใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับคำนิยามของสังคมเป็นสำคัญ เพราะฉะนั้นการสร้างคำนิยามที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างสรรค์ความเจริญก้าวหน้าให้เกิดขึ้นในสังคม (อานนท์ อาภาภิรม. 2527 : 22)

โรคิช (สุนทรี โคมิน และสนิธ สมักรการ. 2522 : 11 - 12 ; อ้างอิงมาจาก Rokeach. 1968 : 6) อธิบายไว้ว่า แนวคิดคำนิยามของกรอบทฤษฎีคำนิยามนั้นตั้งอยู่บนฐานคติ (assumption) เกี่ยวกับธรรมชาติแห่งคำนิยามของมนุษย์ 5 ประการดังต่อไปนี้คือ

1. จำนวนของ "ค่านิยม" ที่แต่ละคนมีนั้นจะมีอยู่ไม่มากนัก และอยู่ในข่ายที่จะนับและศึกษาได้
2. ความแตกต่างของ "ค่านิยม" จะแสดงออกทางระดับ (degree)
3. ค่านิยมต่าง ๆ สามารถจะนำมาจัดรวมกันเข้าเป็นระบบค่านิยมได้ (value systems)
4. ค่านิยมมนุษย์สามารถจะสืบสาวไปถึงวัฒนธรรม สังคม และสถาบันต่าง ๆ ไปจนถึงบุคลิกลักษณะได้ สิ่งเหล่านี้อาจถือได้ว่าเป็นปอเกิดของค่านิยม
5. ผลที่ตามมาคือว่าค่านิยมของมนุษย์จะแสดงออกทางทัศนคติและพฤติกรรมของมนุษย์ในเกือบทุกรูปแบบที่นักสังคมศาสตร์สนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์

คุณลักษณะของค่านิยม

สุนทรี โรดมิน และสนิท สมัครการ (2522 : 14 - 17) ได้อธิบายลักษณะธรรมชาติของค่านิยมดังนี้

1. ค่านิยมมีลักษณะยั่งยืนถาวร

เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้ได้เป็นตัวกำหนดลักษณะนิสัยที่ค่อนข้างจะยั่งยืนและคงที่ของค่านิยมต่าง ๆ ที่คนได้เรียนรู้จากการเติบโตในสังคมนั้น กระบวนการเรียนรู้ที่มีระยะเวลาอันยาวนาน เป็นวิธีหนึ่งที่ "ตอกย้ำ" (conditioning) ให้ค่านิยมมีลักษณะยั่งยืนถาวร เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคลิกลักษณะของกลุ่มคนในสังคมหนึ่งแตกต่างไปจากกลุ่มคนในอีกสังคมหนึ่ง ทำให้มีลักษณะประจำกลุ่มหรือประจำชาติเกิดขึ้น

2. ค่านิยมมีลักษณะเปรียบเทียบระดับความสำคัญ

ลักษณะ เปรียบเทียบระดับความสำคัญซึ่งกันและกัน เป็นลักษณะที่เกิดจากประสบการณ์ของบุคคล ได้เรียนรู้ที่จะแยกแยะค่านิยมต่าง ๆ ที่ได้รับการอบรมสั่งสอน นำมาจัดเป็นลำดับ เหลือมล้ำ ต่ำ สูง เข้าเป็นระบบ ภายในระบบนี้แต่ละค่านิยมจะถูกจัดเรียงลำดับความสำคัญมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด ความสำคัญนี้เป็นความสำคัญที่เทียบเคียงซึ่งกันและกันในระหว่างค่านิยมต่าง ๆ

3. ค่านิยมมีลักษณะเป็นความเชื่อ

ราธส์ ฮาร์มิน และซิมอน (Raths, Harmin and Simon. 1966 : 28 - 30)

ได้กล่าวถึงลักษณะของค่านิยมที่แท้จริงนั้น จะต้องมีลักษณะตามหลักเกณฑ์ 7 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ต้องเป็นสิ่งที่บุคคลเลือกโดยอิสระเสรี ปราศจากการบีบบังคับใด ๆ
2. ต้องเป็นสิ่งที่บุคคลพิจารณาเลือกจากสิ่งเลือกหลาย ๆ อย่าง
3. ต้องเป็นสิ่งที่บุคคลเลือกหลังจากที่ได้พิจารณาถึงผลดีผลเสียที่จะติดตามมา
4. ต้องเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นถนอม เทอดทูนและภาคภูมิใจว่าเป็นสิ่งที่ดี มีคุณค่าแก่การ

รักษา

5. ต้องยอมรับอย่างเปิดเผยและเต็มใจที่จะแสดงออกบอกให้ผู้อื่นรู้ถึงค่านิยมของ

ตนเอง

6. ต้องปฏิบัติตามค่านิยมที่ได้เลือกแล้ว ไม่ว่าเพียงแต่กล่าวถึงหรือแสดงความคิดเห็น แต่ไม่ปฏิบัติ

7. ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หรือปฏิบัติเป็นกิจวัตรตามโอกาส ไม่ว่าเพียงชั่วครั้งชั่วคราวหรือเลิกง่าย ๆ เมื่อมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้น

จากเกณฑ์ข้างต้นอาจสรุปได้ว่า "ค่านิยมแท้" นั้น มีลักษณะเป็นกระบวนการที่ประกอบ ด้วยวิธีการทั้งหมด 3 ขั้น (พิณ สุจางค์. 2522 : 91) คือ

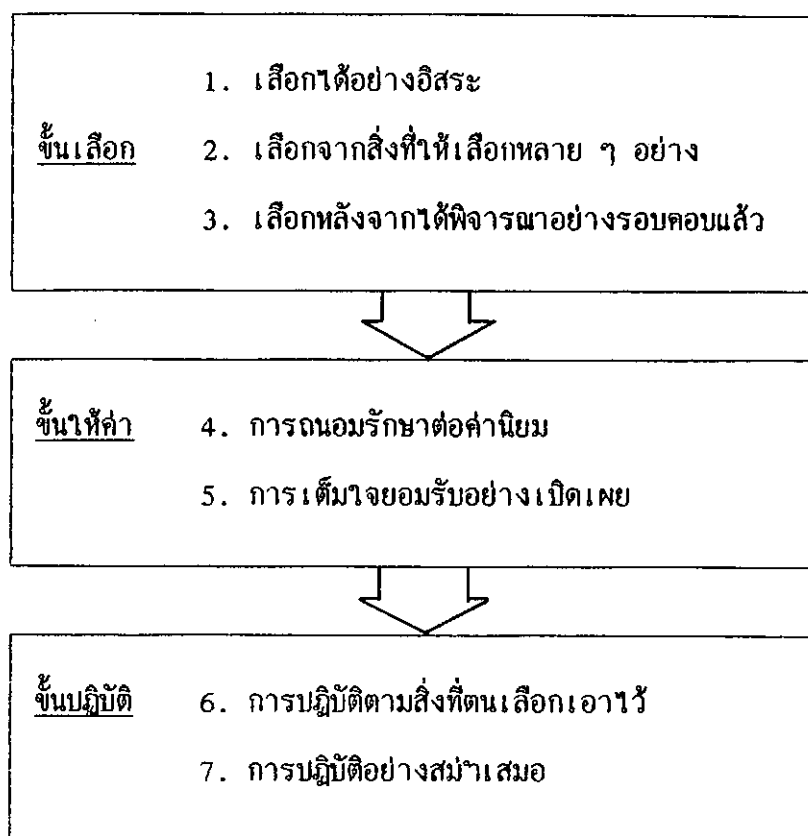
1. พิจารณาโดยเสรี รอบคอบ เพื่อเลือกเพื่หาค่านิยม
2. ถนอม เทอดทูน และยอมรับค่านิยมที่เลือกแล้ว
3. ปฏิบัติตามค่านิยมที่กำหนด ยอมรับแล้วเป็นกิจวัตร

เกณฑ์การพิจารณาค่านิยม

ในการพิจารณาว่าคุณลักษณะใดเป็นค่านิยมหรือไม่นั้น ราธส์, ฮาร์มิน และซิมอน (Raths, Hamin and Simon. 1966 : 28 - 29) กล่าวว่า จะต้องมียุคุณลักษณะดังนี้

1. ค่านิยมจะต้องเป็นสิ่งที่เกิดจากการเลือกโดยเสรี ไม่ได้เกิดจากการถูกบีบบังคับ ถ้ามีการบีบบังคับให้เลือก ถือว่าไม่ใช่ค่านิยม

2. ค่านิยมจะต้องเป็นการเลือกจากสิ่งใดที่ทำให้เลือกหลาย ๆ อย่าง ถ้าไม่มีให้เลือก หรือมีตัวเลือกเพียงอย่างเดียว และเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องเลือก ก็มันถือว่าเป็นค่านิยม
 3. สิ่ง que เลือกมานั้น เป็นสิ่งที่บุคคลได้มีการพิจารณาไตร่ตรองถึงข้อดีข้อเสียอย่างรอบคอบแล้ว
 4. เป็นสิ่งที่บุคคลยึดถือ บูชา เพราะถือว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าควรแก่การเทิดทูนรักษาไว้
 5. เป็นสิ่งที่บุคคลภาคภูมิใจ ยอมรับและเต็มใจ ต้องการที่จะแสดงออก กล่าวถึงและสนับสนุนอย่างเปิดเผย
 6. จะต้องเป็นสิ่งที่ได้ปฏิบัติตามที่ตนได้เลือกเอาไว้ เพราะสิ่งที่เราเรียกว่าค่านิยม นั้น จะเป็นสิ่งที่นำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง
 7. จะต้องเป็นสิ่งที่บุคคลกระทำอยู่เป็นประจำจนเป็นกิจวัตร สิ่ง que กระทำเพียงครั้งเดียวแล้วเลิกกระทำ ก็ไม่เรียกว่ามีค่านิยม
- ดังนั้นถ้าเราจะพิจารณาว่าค่านิยมของบุคคลใดเป็นค่านิยมที่แท้จริงหรือไม่นั้น จะต้องพิจารณาตามเกณฑ์ทั้ง 7 ประการดังกล่าวนี้ ถ้าหากขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งไปก็มันถือว่าบุคคลนั้นมีค่านิยมที่แท้จริง และราชส์, ฮามิน และชิมอน ได้สรุปขั้นตอนของการเกิดค่านิยมไว้ดังนี้



ภาพประกอบ 1 ขั้นตอนของการเกิดค่านิยม

ที่มา : Rath, Harmin and Simon. 1966 : 28 - 29.

คุณลักษณะอื่นที่คล้ายค่านิยม

1. จุดมุ่งหมายหรือจุดประสงค์ เป็นหลักในการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ ความคิดอย่างมีเหตุผลและประสบการณ์ของบุคคล จุดมุ่งหมายของชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลาและบุคลิกภาพของบุคคล จุดมุ่งหมายของชีวิตไม่ใช่ค่านิยม แต่จะเป็นตัวการสำคัญที่จะช่วยสร้างหรือก่อให้เกิดค่านิยมของบุคคลได้

2. ทศนคติหรือเจตคติ เป็นผลรวมของความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งนั้นในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ดังนั้นทศนคติจะไม่ใช่ค่านิยม แต่จะมีทศนคติหลายอย่างที่มีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลมี

PAN
๓๐

3. ความเชื่อ เป็นส่วนประกอบที่มีในตัวบุคคล ซึ่งบุคคลนั้นควรจะรู้ตัวว่ามีหรือไม่รู้ตัวก็ได้ แต่สามารถจะรู้ว่ามีได้จากการที่บุคคลนั้นพูดหรือกระทำ ความเชื่อกับค่านิยมมีส่วนเกี่ยวข้องกันอย่างมาก ค่านิยมจะเป็นผลรวมจากความเชื่อหลาย ๆ อย่างของบุคคล ระบบค่านิยมของบุคคลจะเกิดจากการจัดความเชื่อเข้าเป็นลำดับความสำคัญ ถ้าความเชื่อใดมีขั้นตอนการเกิดตามขั้นตอนเกณฑ์การพิจารณาค่านิยม ก็จะนับได้ว่าความเชื่อนั้นเป็นค่านิยมของบุคคลได้

4. ความรู้สึก เป็นสิ่งที่บุคคลแสดงออกมานในลักษณะแตกต่างกันหลายชนิด เช่น ความดีใจ เสียใจ ความโกรธ ความยินดี เป็นต้น การแสดงความรู้สึกดังกล่าวนี้จะแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ประสบการณ์ การเลี้ยงดู เป็นต้น ในตัวบุคคลคนเดียว การแสดงความรู้สึกเหล่านี้แต่ละครั้งก็จะแตกต่างกันด้วย ถ้าพิจารณาตามเกณฑ์การพิจารณาค่านิยม ความรู้สึกก็ไม่ใช่ค่านิยม

จะเห็นได้ว่า มีคุณลักษณะหลายอย่างที่คล้ายค่านิยมแต่ไม่ใช่ค่านิยม บางคุณลักษณะจะเป็นที่หมายของการเกิดค่านิยมต่อไป บางคุณลักษณะจะช่วยในการพิจารณาค่านิยมของบุคคลให้เด่นชัดยิ่งขึ้น บางลักษณะถ้าเหมาะสมถูกต้องตามเกณฑ์การพิจารณาค่านิยมก็สามารถเรียกว่าเป็นค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2529 : 332)

ชนิดของค่านิยม

ลักษณะของค่านิยมอาจจำแนกออกได้หลายประเภทด้วยวิธีการต่าง ๆ แล้วแต่ว่าผู้แบ่งจะยึดอะไรเป็นพื้นฐานในการแบ่ง ซึ่งไม่มีการแบ่งที่เป็นการตายตัวแต่เพียงวิธีเดียว ดังเช่น

โรคิช (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2529 : 334 ; อ้างอิงมาจาก Rokeach. 1973) ได้แบ่งค่านิยมออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ค่านิยมประเภทที่มีคุณค่าในการเป็นเครื่องมือหรือแนวทางไปสู่สิ่งอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเรียกว่า ค่านิยมประเภทที่มีคุณค่าในด้านการใช้สอย (instrumental values) ตัวอย่างเช่น ความทะเยอทะยาน ความใจกว้าง ความรื่นเริง ความสามารถ ความสะอาด ความซื่อสัตย์ เป็นต้น

2. ค่านิยมประเภทที่เป็นจุดหมายหรือมีคุณค่าไม่ได้พึงสิ่งอื่น และมีคุณลักษณะเฉพาะของตัวเอง (terminal values) ตัวอย่างเช่น ชีวิตที่มีความสะดวกสบาย ชีวิตที่ตื่นเต้น ความรู้สึกประสบผลสำเร็จ สวัสดิภาพของครอบครัว สุข ความรัก เป็นต้น

ฟีนิกซ์ (Phenix. 1958 : 549 - 551) ได้อธิบายว่า ค่านิยมเกี่ยวข้องกับความชอบและความสามารถในการแยกความชอบในสิ่งอื่น ๆ การแสดงออกของค่านิยมที่เห็นได้ชัดคือความสนใจและความปรารถนาของบุคคล เพราะฉะนั้นการที่เราจะวัดค่านิยมของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น เราได้จากความสนใจและความปรารถนาของเขา ค่านิยมตามความหมายของฟีนิกซ์แบ่งออกได้เป็น 6 ชนิด คือ

1. ค่านิยมทางวัตถุ เป็นค่านิยมที่ช่วยให้ชีวิตร่างกายของคนเราสามารถดำรงอยู่ต่อไป ได้แก่ ปัจจัย 4 คือ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า และยารักษาโรค
2. ค่านิยมทางสังคม เป็นค่านิยมที่ช่วยให้เกิดความรัก ความเข้าใจและความต้องการทางอารมณ์ของบุคคล
3. ค่านิยมทางความจริง เป็นค่านิยมเกี่ยวกับความจริง ซึ่งเป็นค่านิยมที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้ต้องการความรู้ นักปราชญ์ และนักวิทยาศาสตร์ที่พยายามค้นหากฎแห่งธรรมชาติ
4. ค่านิยมทางจริยธรรม เป็นค่านิยมที่ทำให้เกิดความรับผิดชอบชั่วดี ความยุติธรรม และความซื่อสัตย์ เป็นต้น
5. ค่านิยมทางสุนทรียภาพ เป็นความซาบซึ้งในความดี และความงามของสิ่งต่าง ๆ
6. ค่านิยมทางศาสนา เป็นค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับความปรารถนา ความสมบูรณ์ของชีวิต รวมทั้งความศรัทธาและการบูชาในทางศาสนาด้วย

นอกจากนี้ สมพร เทพลีธา (2525 : 1 - 2) ได้แบ่งค่านิยมตามลักษณะของการประพฤติปฏิบัติออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ค่านิยมพึงประสงค์ เป็นค่านิยมที่ทำให้เกิดความสุข ความเจริญของบุคคลและสังคม เช่น ความขยันหมั่นเพียร ความซื่อสัตย์สุจริต และความมีระเบียบวินัย เป็นต้น
2. ค่านิยมที่ไม่พึงประสงค์ เป็นค่านิยมที่ขัดกับหลักธรรมทางศาสนา เช่น การทุจริต คดโกง หรือค่านิยมที่เรียกว่า ลูกผู้ชายต้องดื่มเหล้าเก่ง เป็นต้น

หน้าที่ของค่านิยม

สุนทรีย์ โคมิน และสนิท สัมครการ (2523 : 68) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของค่านิยมไว้ดังนี้

1. ค่านิยมทำหน้าที่เป็นเกณฑ์ (criteria) หรือมาตรฐาน (standard) ที่ใช้นำพฤติกรรมการปฏิบัติงานหลายทาง เช่น
 - เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน ตัดสิน ชื่นชม ยกย่อง หรือติเตียนตนเองหรือการกระทำของคนอื่น
 - เป็นตัวกำหนดให้เราเลือกนิยมอุดมการณ์ทางการเมืองบางอุดมการณ์มากกว่าอุดมการณ์อื่น
 - จูงใจให้เราแสดงจุดยืนของเราในเรื่องต่าง ๆ
 - เป็นบรรทัดฐานที่ช่วยยั้งการชักชวน ทำลาย คัดค้าน และถกเถียงหรือพยายามที่จะเปลี่ยน
 - เป็นบรรทัดฐานสำหรับกระบวนการให้เหตุผลต่อความนึกคิดและการกระทำ
2. ค่านิยมทำหน้าที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงความต้องการและแรงจูงใจ

การสร้างค่านิยม

เมธี บิลันธนานนท์ (2526 : 44 - 45) ได้ให้วิธีการปลูกฝังและเสริมสร้างค่านิยมต่อเยาวชนหรือบุคคล ด้วยวิธีการใหญ่ ๆ 3 ประการ คือ

1. วิธีการแบบของศีลธรรม (moralizing) เป็นวิธีการปลูกฝังและเสริมสร้างค่านิยมโดยตรง เป็นการถ่ายทอดค่านิยมที่ผู้ถ่ายทอดเชื่อและยึดถืออยู่ให้กับผู้ได้รับการปลูกฝังและเสริมสร้างโดยตรง
2. วิธีการแบบตามสบาย (laissez-faire) เป็นวิธีการถ่ายทอดและถ่ายทอดค่านิยมโดยยึดหลักที่ว่า "ไม่มีค่านิยมอะไรที่ถูกต้องสำหรับทุกคน บุคคลจะคิด เชื่อและเลือกปฏิบัติตามค่านิยมของตนเอง" วิธีการนี้มีปัญหาตรงที่ว่า บุคคลเลือกยึดเลือกปฏิบัติอะไรนั้นผลที่ได้ออกมาไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมเสมอไป

3. วิธีการสร้างหรือให้แบบอย่าง (modeling) เป็นวิธีการปลูกฝังและเสริมสร้างค่านิยมในลักษณะที่สร้างหรือกำหนดแบบอย่างที่ดีดูจูงใจให้เยาวชนหรือบุคคลเกิดค่านิยมตามแบบอย่างนั้น ๆ สิ่งที่สำคัญสำหรับวิธีการแบบนี้อยู่ที่ว่า ตัวแบบอย่างที่จะให้ยึดถือหรือเป็นแบบอย่างได้นั้น มีความจำเป็นมากที่จะต้องสร้างและกำหนดให้เหมาะสม

การพัฒนาค่านิยม

การที่จะเกิดมีพฤติกรรมในด้านค่านิยมที่ดีนั้น บลูม (Bloom. 1969 : 95) ได้จัดแบ่งลำดับขั้นตอนไว้ 5 ระดับ ดังนี้

1. การรับรู้ (receiving) เป็นขั้นสภาพจิตใจของบุคคลที่จะเกิดการรับรู้โดยจะมีความตระหนัก ความพอใจ และการเลือกในสิ่งที่จะทำความพอใจมาให้ตน
2. การตอบสนอง (responding) เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้แล้วก็จะเกิดการตกลงใจที่จะตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้ด้วยความเต็มใจและพอใจที่จะกระทำ
3. การให้ค่า (valuing) ในขั้นนี้บุคคลจะมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับหรือเกิดความชื่นชมต่อสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตัวเขา และพร้อมที่จะตอบสนองหรือยึดมั่นต่อสิ่งที่เขายอมรับนั้น
4. การจัดระบบ (organization) เมื่อบุคคลเกิดค่านิยมขึ้นแล้ว ค่านิยมที่เกิดขึ้นนั้นจะมีหลายชนิด จึงต้องมีการจัดค่านิยมต่าง ๆ ที่ตนยึดถือให้เป็นระบบ โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมต่าง ๆ นั้น
5. การสร้างลักษณะนิสัยตามค่านิยมที่ตนยึดถือ (characterization) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงลักษณะนิสัยที่เฉพาะของตนเอง โดยที่บุคคลได้มีการพิจารณาการตัดสินใจอย่างมีหลักการ

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับค่านิยม

การเรียนรู้เกี่ยวกับค่านิยมนั้น บุคคล องค์การทางสังคม และสถาบันสังคมหลายอย่างมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ในด้านนี้ ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. ครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมอันแรกและอันสำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อการสร้างค่านิยมให้แก่บุคคล ทั้งนี้เพราะครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่อบรมสั่งสอนพฤติกรรมสังคมให้แก่คนตั้งแต่เกิด ถึงแม้เด็กจะเติบโตขึ้นก็ยังอาศัยอยู่กับครอบครัว และได้รับการอบรมจากครอบครัวเป็นประจำ แม้จะโตเป็นผู้ใหญ่และแยกตนไปสร้างครอบครัวใหม่แล้ว ก็ยังมีความผูกพันกับบิดามารดา และสมาชิกในครอบครัวเดิมอยู่ สิ่งใดที่ครอบครัวอบรมสั่งสอนไว้หรือสิ่งใดที่ครอบครัวเรียกร้องย่อมมีผลต่อการปฏิบัติของคนอยู่มากไม่น้อย

2. โรงเรียน หน่วยงานของสังคมที่มีส่วนในการสร้างค่านิยมอันถูกต้องให้แก่เด็กเป็นอย่างมาก คือ โรงเรียน สังคมทุกสังคมย่อมมอบหมายหน้าที่อันนี้ให้แก่โรงเรียนและโรงเรียนโดยทั่วไปก็รับมาปฏิบัติอย่างเต็มที่ แต่โรงเรียนก็ทำหน้าที่ไม่ได้ผลสมบูรณ์เพราะเหตุผล เช่น เป็นการสอนในชั้นสูงสุด ซึ่งแตกต่างจากวิธีปฏิบัติของคนทั้งหลาย การอบรมในด้านนี้ต้องอาศัยความสนิทสนมมากเป็นพิเศษ การที่ครูไม่มีเวลาติดตามแก้ไขข้อบกพร่องของนักเรียนอยู่ได้ทุกระยะ เป็นต้น

3. สถาบันศาสนา บุคคลและหน่วยงานของศาสนาต่าง ๆ ก็มีส่วนช่วยในการปลูกฝังค่านิยมให้แก่เด็กเช่นเดียวกับโรงเรียน คือ สอนแต่หลักธรรมชั้นสูงสุด นอกจากนั้นสถาบันศาสนามักมีอำนาจหรือถืออำนาจที่จะวินิจฉัยพฤติกรรมของบุคคลอยู่ด้วย เวลาวินิจฉัยก็เอาหลักธรรมของศาสนาเป็นที่ตั้ง ใครเบี่ยงเบนไปจากนั้นถือว่าเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง สถาบันศาสนาจึงช่วยได้แต่คนที่ยึดถือมาตรฐานอันสูงสุด หรือมีความประสงค์ปฏิบัติตามมาตรฐานนั้นสูง

4. วัฒนธรรมสังคม สิ่งต่าง ๆ ที่คนในสังคมปฏิบัติอยู่โดยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นระเบียบแบบแผนอย่างใด มีมาตรฐานแตกต่างกันอย่างไร ย่อมมีอิทธิพลต่อการยอมรับค่านิยมของสมาชิกสังคมอยู่ไม่น้อย วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของคนในสังคม ทำให้บุคคลยอมรับค่านิยมซึ่งคนในสังคมนั้นยึดถืออยู่

5. สังคมวัยรุ่นและกลุ่มเพื่อน การคบหาสมาคมกับเพื่อนวัยรุ่นเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเพื่อนสนิท หรือการทำกิจกรรมอื่น ๆ ในสังคมวัยรุ่น ผลที่ได้ก็ได้รับอันหนึ่งก็คือ การเรียนรู้และการยอมรับค่านิยมจากกิจกรรมเหล่านั้น ส่วนเพื่อนหรือสังคมวัยรุ่นจะมีอิทธิพลเหนือพฤติกรรมของเด็กอย่างไร ย่อมขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล

6. สื่อมวลชน เด็กวัยรุ่นในสมัยปัจจุบันได้รับความรู้สึกและความคิดจากสื่อมวลชนเป็นอันมาก ในบางกรณีเด็กอาจจะยอมรับเอาความรู้สึกและความคิดเหล่านั้นไปยึดถือเป็นค่านิยมบางประการของตน ดังนั้นสื่อมวลชนจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเผยแพร่ค่านิยมมาให้แพร่หลายได้มาก

7. องค์การของรัฐ รัฐย่อมมีส่วนในการปลูกฝังค่านิยมให้แก่สังคม ตามปกติรัฐมักจะควบคุมโรงเรียนและสนับสนุนสถาบันศาสนาให้ทำหน้าที่ในด้านนี้ นอกจากนั้นรัฐยังตรากฎหมายให้สิทธิและอำนาจแก่ครอบครัวในการเลี้ยงดูและอบรมเด็ก รัฐนั้นมีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังค่านิยมทั้งโดยทางตรงและโดยทางอ้อม

ผลของค่านิยมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

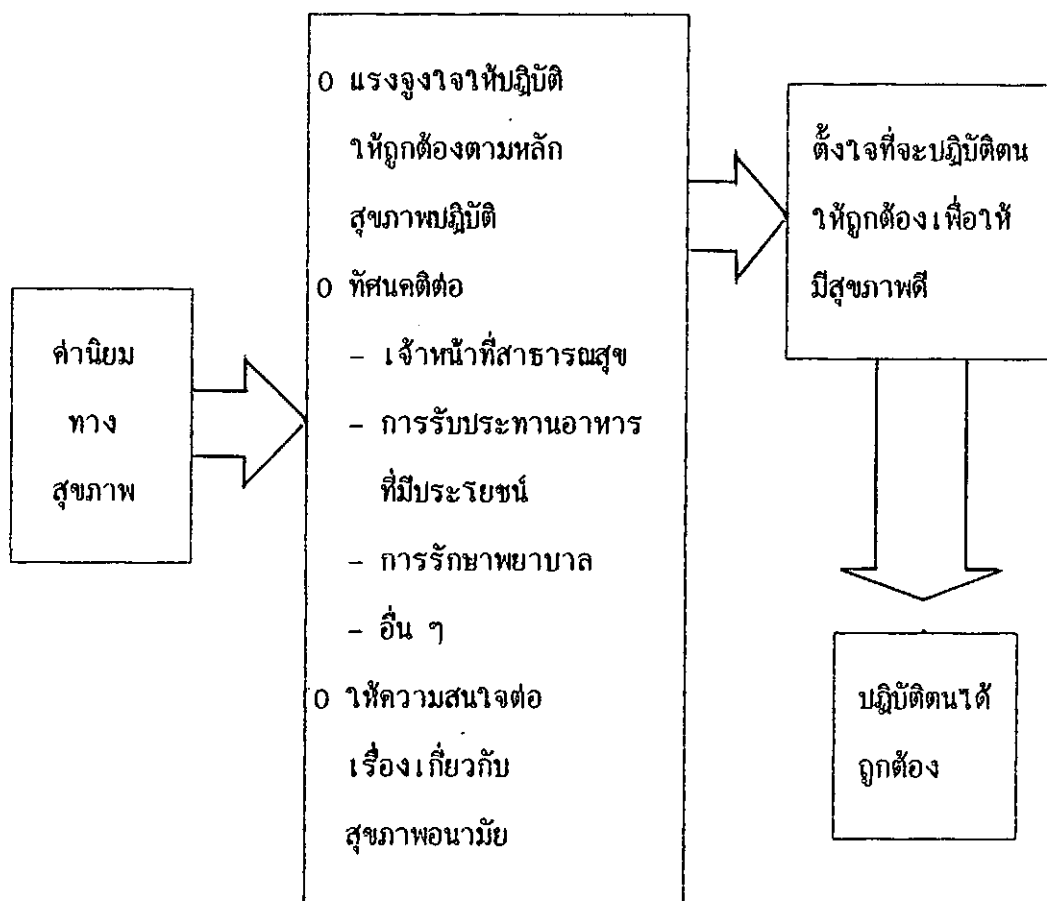
ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2531 : 337 - 340) ได้กล่าวว่า ค่านิยมจะเป็นตัวการที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของมนุษย์ บทบาทที่สำคัญของค่านิยมมี 2 อย่าง คือ เป็นมาตรฐานที่จะนำทางหรือเป็นแนวทางให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ และหน้าที่อีกประการหนึ่งคือ ทำหน้าที่กระตุ้นเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

ในชีวิตประจำวันของคนเรานั้น เรามีพฤติกรรมการปฏิบัติต่าง ๆ หลากอย่าง ผลสืบเนื่องจากพฤติกรรมการปฏิบัติก็มีหลายอย่างเช่นกัน บางอย่างก็เกิดผลดีแก่ผู้ปฏิบัติ บางอย่างก็เกิดผลเสียต่อผู้ปฏิบัติ ผลที่เกิดขึ้นบางอย่างนอกจากมีผลต่อตัวผู้ปฏิบัติแล้ว ยังมีผลต่อบุคคลหรือสังคมรอบตัวเขาด้วย

พฤติกรรมสุขภาพก็เช่นเดียวกันกับพฤติกรรมทางด้านอื่น ย่อมมีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลให้ต่อสุขภาพ ถ้าบุคคลให้ค่านิยมต่อสุขภาพสูง ก็ย่อมจะเป็นแนวทางให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อันจะนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย

ถ้าพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ของบุคคลแล้ว พฤติกรรมแต่ละอย่างจะมีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลมีต่อเรื่องสุขภาพอนามัยทั้งสิ้น บางพฤติกรรมอาจมีความสัมพันธ์โดยตรง เช่น ถ้าคนให้ค่าสุขภาพของตนเองสูง เมื่อเกิดโรคระบาดและมีความรู้ว่าจะทำอย่างไรก็ย่อมจะปฏิบัติตนให้ถูกต้อง หรือถ้ายังไม่รู้วิธีการปฏิบัติก็มักจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความสนใจที่จะหา

ข้อมูลโดยการศึกษาจากผู้รู้ ปรัชญาเจ้าหน้าทีสาธารณสุข และถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ
ก็น่าจะทำให้เขาปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยเป็น
โรคนั้น ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมทางสุขภาพ
ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2531 : 340.

บทบาทบุคลากรสาธารณสุขต่อการเปลี่ยนแปลงและเสริมสร้างค่านิยมทางสุขภาพ
ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2531 : 370 - 371) ได้กล่าวไว้ว่า บุคลากรสาธารณสุข
ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล โภชนาการ นักสุขศึกษา ผดุงครรภ์ หรือเจ้าหน้าที่
อนามัยระดับต่าง ๆ ล้วนมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงและเสริมสร้างค่านิยมทางสุขภาพ
อนามัยของประชาชน

หลักการปลูกฝังค่านิยมทางสุขภาพ มีดังนี้

1. การสร้างศรัทธาให้เกิดขึ้นกับประชาชน การที่ประชาชนจะมีศรัทธาต่อบุคลากรสาธารณสุขนั้น จะประกอบด้วยองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น สัมพันธภาพที่ดี บุคลิกภาพ สุขภาพ การแต่งกาย การพูดจา ความเป็นที่นาเชื่อถือ สามารถประยุกต์หลักทางจิตวิทยา เพื่อชักจูงให้ประชาชนสนใจเกิดความคิดเห็นคล้อยตามเกี่ยวกับค่านิยมนั้น ๆ โดยเข้าใจเหตุผล มีอับังคับให้เห็นด้วย
2. การให้ความรู้ถึงองค์ประกอบและวิธีปฏิบัติตัวให้เป็นไปตามค่านิยม บุคลากรทางสาธารณสุขจะต้องมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชน โดยให้เจตนาารมณ์ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนกิจกรรมในชุมชนให้เป็นประโยชน์ต่อการสอดแทรกความรู้และวิธีปฏิบัติตามค่านิยมนั้น ๆ
3. การส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ บุคลากรสาธารณสุขมีส่วนเกี่ยวข้องกับประชาชนอยู่ตลอดเวลา การให้กำลังใจในการปฏิบัติตามค่านิยมเป็นสิ่งสำคัญ ตลอดจนคอยสนับสนุนแก้ไขความเข้าใจผิดซึ่งอาจเกิดจากการทดลองปฏิบัติครั้งแรก นอกจากนี้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดให้กับประชาชนควรจะได้สอดคล้องกับค่านิยมสุขภาพที่จะปลูกฝัง
4. ทำหน้าที่เป็นวิทยากรทางสุขภาพให้กับโรงเรียนและชุมชน และในขณะเดียวกันถ้าได้ควรจะได้ขอให้พระหรือบุคคลอื่น ๆ ได้สอดแทรกค่านิยมทางสุขภาพที่ประชาชนในชุมชนที่ควรจะมี ตลอดจนการเขียนบทความทางสุขภาพอนามัยเผยแพร่ในชุมชน

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้

การวิจัยในประเทศ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

เฮิน และเฉิน (Hain and Chen. 1976 : 16) ได้ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในเมืองแอร์ รัฐเพนซิลวาเนีย

สหรัฐอเมริกา โดยสร้างแบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์จากด้านต่าง ๆ 3 ด้าน คือ 1) เงื่อนไขทางสุขภาพ 2) การทำงานของร่างกาย 3) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุชายที่อยู่คนเดียว ผู้สูงอายุหญิงที่อยู่คนเดียว และผู้สูงอายุคู่ จำนวนทั้งสิ้น 128 คน ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 24.30 ของผู้สูงอายุทั้งหมดรู้สึกว่าคุณภาพในปัจจุบันไม่ดี ร้อยละ 32 ของผู้สูงอายุ ซึ่งว่ามีการทำงานของร่างกายไม่ดี และร้อยละ 11.70 ของผู้สูงอายุไม่เคยไปพบแพทย์เลย

ทิสซู (Tissu. 1980 : 337) ได้ศึกษาการประเมินสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีรายได้ต่ำในสหรัฐอเมริกา จำนวน 3,402 คน เปรียบเทียบการวัดสถานะทางสุขภาพจากจำนวนที่เจ็บป่วย และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65-74 ปี และผู้สูงอายุกลุ่ม 75 ปีขึ้นไป ตอบว่า มีสุขภาพดี และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศผู้สูงอายุเพศชาย ตอบว่า สามารถทำงานและกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุในเพศหญิง

ฮิลเดรธ (Hildreth. 1980 : 386) ได้ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เพศหญิง โดยศึกษาจากผู้สูงอายุ 100 คน แบ่งกิจกรรมเป็น 2 ประเภท คือ กิจกรรมที่ต้องใช้ทักษะ เช่น การเตรียมอาหาร การตัดเย็บเสื้อผ้า และกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้ทักษะ คือ การไปเที่ยวสวนสัตว์ การรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว โดยใช้ทฤษฎีการไม่เกี่ยวข้อง (disengagement theory) กับทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) เป็นตัวอธิบายการเข้าร่วมกิจกรรม จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุ 60-70 ปี และกลุ่มอายุ 75-85 ปี ตอบว่า มีอายุมากขึ้น จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง เนื่องจากมีปัญาสุขภาพ และจากการศึกษา ยังพบอีกว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จะมีอิทธิพลจากคนอื่นด้วย ดังนั้นตัวแปรด้านสมรส อยู่เป็นโสด ดังมีผลให้มีการร่วมกิจกรรมมากขึ้น หรือลดน้อยลงได้

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม

บลัสท์ (ทาเนียบ โรสมสน้อย. 2537 : 17 - 18 ; อ้างอิงมาจาก Blust. 1980) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมกับทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ โดยศึกษาจากกลุ่มทดลองที่เป็น

นักศึกษาซึ่งลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพส่วนบุคคล และกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย นักศึกษาที่เรียนภาษาอังกฤษและไม่เคยเรียนวิชาสุขภาพส่วนบุคคลมาก่อน พบว่า ทักษะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีการเปลี่ยนแปลง และคะแนนการเปลี่ยนแปลงทักษะไม่แตกต่างกันตามเกณฑ์และสถานะทางสังคมของนักศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติระหว่างค่านิยมและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ

แอนเดอร์สัน (Anderson. 1980 : 4907-A) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมสถานภาพแห่งตน ค่านิยมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสถานภาพสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสุขภาพสตรีอายุระหว่าง 65-74 ปี จากการศึกษาพบว่า ค่านิยมทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพไม่สามารถเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างก็ยังให้ค่านิยมค่อนข้างสูง ส่วนการควบคุมสถานภาพแห่งตนทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางสุขภาพ และสถานะทางสุขภาพ

ดันน์ (Dunn. 1981 : 3433-A) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลสุขภาพแห่งตน และค่านิยมทางสุขภาพต่อความรู้ทางด้านการรักษาตนทางการแพทย์ และทัศนคติของนักศึกษาวิชาเอกสุขภาพ ระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยออริกอน จากการศึกษาพบว่า ความรู้ทางด้านการรักษาตนทางการแพทย์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับทัศนคติการดูแลสุขภาพแห่งตน และพบว่า ความสามารถด้านวิชาการเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดในการทำนายความรู้ด้านการรักษาทางการแพทย์ นักศึกษาที่มีความรู้ด้านวิชาการสูง มีพื้นฐานด้านวิชาการดี และมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองดี จะรู้จักรักษาตนทางการแพทย์ได้ดีกว่า

สเตาท์ (Stout. 1980 : 481-A) ได้ศึกษาโครงสร้างค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งการศึกษานี้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการด้านแนวความคิด และวิธีการทางทฤษฎี ค่านิยมของมนุษย์และการใช้ทฤษฎีในด้านสุขภาพ วิธีการนี้ทำให้เรามีเครื่องมือสำหรับวัดค่านิยมที่มีความเที่ยงตรง และเป็นการพัฒนาเครื่องมือการวิจัยที่มีประโยชน์อย่างมากต่อการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพต่อ ๆ ไป

การวิจัยในประเทศไทย

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

ศึกษาตามตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้

1. อายุ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2526 : 180 - 181) ได้สำรวจผู้สูงอายุในปัจจัยต่าง ๆ พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ความมีสุขภาพดีจะลดลงเรื่อย ๆ

นภาพร ขโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2530 : 25 - 26) ได้ทำวิจัยเรื่องปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท จำนวน 3,252 ราย ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เป็นบวกกับระดับสุขภาพ กล่าวคือ อัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีสุขภาพไม่ด้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

บังอร สุขตระกูล (2532 : 74) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทแออัดและในเขตชนบทไม่แออัด โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนแออัดและไม่แออัด จำนวน 120 คน จากการศึกษาพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น

พรทิพย์ สีนประสงศ์ (2532 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า

ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์ (2535 : 158) ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 206 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. เพศ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 8 - 9) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 200 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุชายมีการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคมต่ำกว่าเพศหญิง แต่มีความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง

นภาพร ขยอวรรณ และคนอื่น ๆ (2530 : 222) ได้ศึกษาเรื่องปัญหาของผู้สูงอายุ ในประเทศไทย โดยศึกษาในผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท จำนวน 3,252 ราย ผลการศึกษา พบว่า หญิงจะมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดีกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุหญิงมีโอกาสดูแลตัวเองได้มากกว่าเพศชาย

บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532 : 74) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพ สุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทแออัดและในชุมชนไม่แออัด โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนแออัด จำนวน 120 คน จากการศึกษาพบว่า เพศชายแข็งแรงกว่าเพศหญิง

ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534 : 84) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การรับรู้และปฏิบัติตนเกี่ยวกับ สุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพฯ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 188 คน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค เพศชายและเพศหญิง มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่แตกต่างกัน

จินตนา รอดนันทา (2535 : ๖) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชายกับผู้สูงอายุหญิง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 158) ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มา รับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารักษ์บดี โดยศึกษาในกลุ่ม ผู้สูงอายุ จำนวน 206 คน ผลการศึกษาพบว่า ชายและหญิง มีแบบแผนชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

3. สถานภาพสมรส

การวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532 : 74) ได้ทำการวิจัยเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบ สถานภาพสุขภาพกายของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดและในเขตชุมชนไม่แออัด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่อยู่ด้วยกัน จะมีสุขภาพดีเป็นสัดส่วนมากกว่ากลุ่มอื่น

ฉัตรกร อ่วมบารุง (2534 : 85) ได้ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตน เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน และมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์ (2535 : 158) ได้ศึกษาเรื่องแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มา รับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ระดับการศึกษา

การวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ อดยศึกษาในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตนิคมบ้านพัก รถไฟฟ้ากเคสัน กรุงเทพฯ จำนวน 132 คน ผลการศึกษาพบว่า สภาวะสุขภาพกายไม่มีความสัมพันธ์ กันกับระดับการศึกษา

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 108) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทาง กายจิตสังคม มีความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา และไม่ได้รับการศึกษา

บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532 : 75 - 76) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบสถานสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดและเขตชุมชนไม่แออัด ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนจำนวนผู้รู้หนังสือมีสุขภาพร่างกายดีกว่าไม่รู้หนังสือ

ฉัตรกร อ่วมบำรุง (2534 : 84) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน

ทิพย์วัลย์ ขาวสาอาจค์ (2535 : 158) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

5. รายได้

จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพบว่า สภาวะสุขภาพกายไม่มีความสัมพันธ์กับรายได้

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 108) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีความรู้ลึกเป็นคุณค่าในตนเองสูง และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

จารุวรรณ เหมะธร สมใจ ทุนกุล และจรรยา เสี่ยงเสนาะ (2532 : 60) ได้สำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและค้นหาผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด คือ ภาวะสุขภาพไม่ดี อาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันความยากจนก็มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งกายและใจ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพร่างกาย ก็อาจมีผลให้สถานภาพสังคมของผู้สูงอายุถูกกระทบได้เหมือนกัน

บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532 : 74) ได้ศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ต่อสถานภาพสุขภาพ คือ ผู้มีรายได้น้อยจะมีสุขภาพแย่กว่าผู้ที่มีรายได้สูง

ฉัตรกร อ่วมบำรุง (2534 : 84) ได้ศึกษาพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่มีการปฏิบัติทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์ (2535 : 158) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6. อาชีพ

บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532 : 76) ได้ศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ต่อสถานภาพสุขภาพด้านร่างกายทั้งในชุมชนแออัดและไม่แออัด

ณัฐกร อ่วมบารุง (2534 : 84) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์ (2535 : 158) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จินตนา รอดนันทา (2535 : 93) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมแตกต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคำนิยาม

ศึกษาตามตัวแปรดังนี้

1. อายุ

อานวย ฉ่ำรัศยสินธุ์ (2531 : 64) ได้ศึกษาเรื่องคำนิยามทางสุขภาพของครูประถม ศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดอ่างทอง โดยศึกษาในกลุ่มครูโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดอ่างทอง จำนวน 334 คน ผลการศึกษาพบว่า ครูที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป กับครูที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปีลงมา มีคำนิยามทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2. เพศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

ทาเนียบ รัสแสนน้อย (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาเรื่องค่านิยมทางสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 359 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชายและนักเรียนหญิง มีค่านิยมทางสุขภาพเกี่ยวกับการปรับตัวไม่แตกต่างกัน แต่มีค่านิยมทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการควบคุมโรคติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทรมล (2525 : 57 - 58) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของประชาชนพื้นที่บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 900 คน ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรด้านเพศ การศึกษา และอาชีพ สามารถอธิบายค่านิยมทางสุขภาพได้ประมาณร้อยละ 5 ($R^2 = 0.070$)

สุธี เสดียรยานนท์ (2529 : 81) ได้ศึกษาเรื่องค่านิยมทางสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 777 คน ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชายกับนักเรียนหญิงมีค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนหญิงมีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่านักเรียนชาย

อานวย ฉ่ำรักษสินธุ์ (2531 : 64) ได้ศึกษาพบว่า ครูชายและครูหญิงมีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. สถานภาพสมรส

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทรมล (2525 : 57 - 58) ได้ศึกษาเรื่องค่านิยมทางสุขภาพของประชาชนพื้นที่บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรด้านสถานที่ รายได้ และสถานภาพสมรส ทำนายค่านิยมทางสุขภาพได้น้อยมาก คือ ประมาณร้อยละ 3 ($R^2 = 0.029$)

4. ระดับการศึกษา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

ทำเนียบ โรสนนน้อย (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของบิดาของนักเรียนที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้ค่านิยมทางสุขภาพเกี่ยวกับการปรับตัว และการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของนักเรียนแตกต่างกัน แต่มีค่านิยมทางสุขภาพเกี่ยวกับการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทรมล (2525 : 57 - 58) ได้ศึกษาพบว่า ตัวแปรด้านการศึกษา เพศ และอาชีพ สามารถอธิบายค่านิยมทางสุขภาพได้ร้อยละ 5 ($R^2 = 0.051$)

สุธี เสถียรยานนท์ (2530 : 51) ได้ศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีผลการเรียนสูงกับนักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่นักเรียนที่มีผลการเรียนสูง มีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่มีระดับผลการเรียนต่ำ และนักเรียนที่มีผู้ปกครองมีการศึกษาต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

อานวย ฉ่ำรักษ์สินธุ์ (2531 : 64) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีวุฒิปริญญาตรีหรือสูงกว่า กับผู้ที่มีวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรีมีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

5. รายได้

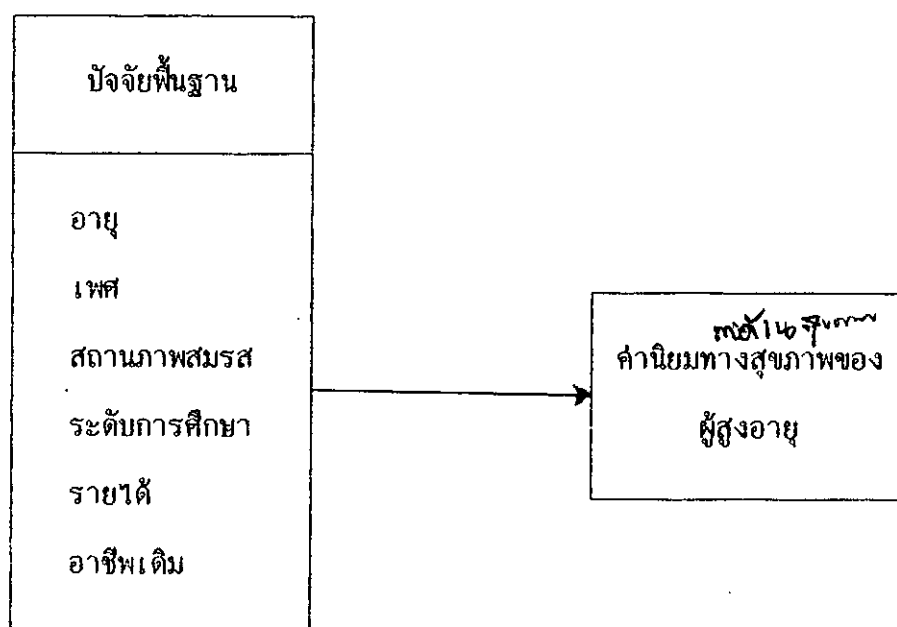
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทรมล (2525 : 57 - 58) ได้ศึกษาพบว่า ตัวแปรด้านรายได้ เพศ และอาชีพ สามารถอธิบายค่านิยมทางสุขภาพได้ประมาณร้อยละ 7 ($R^2 = 0.070$) และตัวแปรด้านรายได้ สถานที่ และสถานภาพสมรส ทำนายค่านิยมทางสุขภาพได้น้อยมาก คือ ประมาณร้อยละ 3 ($R^2 = 0.029$)

6. อาชีพ

ทาเนียบ รสแสนน้อย (2527 : ก-ข) ได้ศึกษาพบว่า ปิตา มารดาของนักเรียน ที่มีอาชีพแตกต่างกัน ไม่ทำให้ค่านิยมทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของ นักเรียนแตกต่างกัน แต่มีค่านิยมทางสุขภาพเกี่ยวกับการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

สมจิตต์ สุพรรณทาสน์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทรมณี (2525 : 57 - 58) ได้ศึกษาพบว่า ตัวแปรด้านอาชีพ รายได้ และเพศ สามารถอธิบายค่านิยมทางสุขภาพได้ร้อยละ 7 ($R^2 = 0.070$) และตัวแปรด้านอาชีพ เพศ และการศึกษา สามารถอธิบายค่านิยมทางสุขภาพ ได้ร้อยละ 5 ($R^2 = 0.051$)



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดของการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุชายกับผู้สูงอายุหญิง จะมีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน จะมีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยศึกษาถึง
 ค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลวชิรธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
 -มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล
 วชิรธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งตั้งอยู่เลขที่ 95
 หมู่ที่ 8 ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 360 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ
 โรงพยาบาลวชิรธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งมีขั้นตอนการเลือกดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane, 1967 : 886)
 ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ 0.05 ดังสูตร

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

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 233 คน

2. การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Systemic Random Sampling
ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 2.1 จำนวนประชากร - 560 คน 960 คน
- 2.2 กำหนดตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของยามานะ (Yamané) ได้ 133 คน
- 2.3 พหุช่วงของการสุ่มได้ช่วงละ 3 คน
- 2.4 หาชื่อแรกโดยการสุ่มแบบธรรมดา หลังจากนั้นแบ่งเป็นช่วงละ 3 คน

เท่า ๆ กัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย
สร้างขึ้นเอง โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับ
การศึกษา รายได้ และอาชีพเดิม

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามวัดค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้มาตราประเมินค่า
มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีลักษณะเชิงบวกและลบ
จำนวน 54 ข้อ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมทางสุขภาพ เพื่อนำมาพิจารณา
ปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม หนังสือ
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย
ที่เกี่ยวข้อง หนังสือ
3. สร้างแบบสอบถามค่านิยมทางสุขภาพ หนังสือ

๑. ทบทวน/ปรับปรุง/แก้ไข/เพิ่ม/ลด/ลบ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไปให้กรรมการควบคุมการดำเนินงานไปตรวจสอบ
เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

๒. ผู้วิจัย/ผู้ควบคุมการดำเนินงาน

5. นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบแล้ว พร้อมสรุปย่อคำวิจารณ์การวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ

5 ท่าน เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหา
ข้อเสนอแนะต่าง ๆ แล้วผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม นำมาเสนอให้คณะกรรมการ
ควบคุมการดำเนินงานไปตรวจสอบอีกครั้ง

๑. ทบทวน/ปรับปรุง/แก้ไข/เพิ่ม/ลด/ลบ

๒. ผู้วิจัย/ผู้ควบคุมการดำเนินงาน

เกณฑ์การให้คะแนน

1. ข้อความเชิงบวก กำหนดคะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
มากที่สุด	5
มาก	4
ปานกลาง	3
น้อย	2
น้อยที่สุด	1

2. ข้อความเชิงลบ กำหนดคะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
มากที่สุด	1
มาก	2
ปานกลาง	3
น้อย	4
น้อยที่สุด	5

๓. ผู้วิจัย

3. การแปลผลในการจัดระดับค่านิยมทางสุขภาพ ใช้วิธีแบบอิงเกณฑ์ (criterion
reference) (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9) กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ช่วงค่าเฉลี่ย	คะแนน
1.00 - 2.33	มีค่านิยมทางสุขภาพต่ำ
2.34 - 3.66	มีค่านิยมทางสุขภาพปานกลาง
3.67 - 5.00	มีค่านิยมทางสุขภาพสูง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามพร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ หรือทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้คณะกรรมการควบคุมการทบทวนวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบและแก้ไข เพื่อดำเนินการต่อไป
3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) ที่โรงพยาบาล ^{วชิรพยาบาล} ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 50 คน ³⁰ ที่ไม่ชักกลุ่มตัวอย่าง
4. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้มาแล้วตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่วางไว้ นำไปคำนวณหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามโดยวิธีสหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (Biserial Correlation) คัดเลือกข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์สูงไว้ ตัดข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์ต่ำออกไปได้แบบวัดค่านิยม จำนวน 54 ข้อ
5. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้วมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่วางไว้ แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรของครอนบัค ที่เรียกว่า สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา หรือ α - coefficient (Cronbach, 1970 : 161) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79
6. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงอีกครั้ง เพื่อให้เป็นแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์ นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลที่ต้องการต่อไป

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยเครื่องมือคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ^{๑๐๐} ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุของ ^{๑๐๐} —โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง

วิธีจัดการกับข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC+ (Statistical Package for Social Sciences / Personal Computer Plus) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. คำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละของข้อมูลตามตัวแปรอิสระ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่านิยมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 2
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวน (one way analysis of variance)
4. ในกรณีที่ผลการทดสอบระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1.1 คำนวณหาค่าอำนาจจำแนก โดยใช้วิธีสหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (Biserial Correlation) (ส่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 214 - 215) โดยใช้สูตร

$$r_{bis} = \frac{\bar{X}_p - \bar{X}_q}{S_t} \cdot \frac{pq}{y}$$

เมื่อ r_{bis}	คือ	อำนาจจำแนกของข้อสอบ
$\bar{X}_p$	คือ	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเก่ง
$\bar{X}_q$	คือ	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอ่อน
S_t	คือ	คะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อสอบฉบับนั้น
p	คือ	สัดส่วนของกลุ่มเก่ง
q	คือ	สัดส่วนของกลุ่มอ่อน
y	คือ	ค่า ordinate เปิดจากตารางโค้งปกติ

1.2 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์

แอลฟา (α - coefficient) (ส่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 200)

$$\alpha = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α	คือ	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
n	คือ	จำนวนข้อของเครื่องมือ
$\sum S_i^2$	คือ	คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ
S_t^2	คือ	คะแนนความแปรปรวนของเครื่องมือทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน

2.1 ค่าร้อยละ

2.2 ค่าเฉลี่ย (mean) โดยวิธีสูตร (ส่วน สายยศ และอังคณา สายยศ.

2538 : 73)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) โดยวิธีสูตร

(ส่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 79)

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

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่านิยมทาง^{ค่า}สุภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 โดยวิธีสูตร (ส่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 100 - 101)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

เมื่อ $\bar{X}_1$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1
$\bar{X}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 2
n_1	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ 1
n_2	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ 2
S^2_1	แทน	ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1
S^2_2	แทน	ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

2.5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่านิยมทางสุขภาพของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (one way analysis of variance) (ส่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 112 - 113)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w}$$

เมื่อ F	แทน	ค่าแบบแจกแจงของ F
MS_b	แทน	ความแปรปรวน (mean square) ระหว่างกลุ่ม
MS_w	แทน	ความแปรปรวนในกลุ่ม

ซึ่งถ้าผลของการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก็จะตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี นิวแมน คูลส์ (Newman Keuls Method) โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 267 - 272)

$$q = \sqrt{\frac{MS_w}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ q	แทน	q - statistic ที่ได้จากตาราง
MS_w	แทน	ค่า mean square ภายในกลุ่ม
$\tilde{n}$	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
P	แทน	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา F - distribution
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบน (Mean of Square)
df	แทน	จำนวนค่าที่เป็นอิสระ (Degree of Freedom)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและหาค่าสถิติพื้นฐาน

1. วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและหาค่าสถิติพื้นฐาน จำนวนตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอเป็นตาราง

2. หาค่าสถิติพื้นฐาน ค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S)

ตอนที่ 2 ทดสอบความแตกต่างค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. เปรียบเทียบความแตกต่างค่านิยมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่า t (t-test) ตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่านิยมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวประกอบ (one-way analysis of variance) ตามสมมติฐานข้อที่ 3, 4, 5 และ 6

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
55-59 ปี	85	36.30
60 ปีขึ้นไป	149	63.70
รวม	234	100.00
เพศ		
ชาย	72	30.80
หญิง	162	69.20
รวม	234	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	14	6.00
คู่	152	65.00
หย่าร้าง	9	3.80
หม้าย	54	23.10
แยกกันอยู่	5	2.10
รวม	234	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	50	21.40
ระดับประถมศึกษา	121	51.70
ระดับมัธยมศึกษา	33	14.10
ระดับอุดมศึกษา	30	12.80
รวม	234	100.00
รายได้		
น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	30	12.80
3,000-8,000 บาทต่อเดือน	125	53.40
8,001-20,000 บาทต่อเดือน	65	27.80
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	14	6.00
รวม	234	100.00
อาชีพ		
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	43	18.40
ค้าขาย	31	13.20
เกษตรกรรม	22	9.40

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้าง	23	9.80
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	115	49.10
รวม	234	100.00
มีโรคประจำตัว		
มี	140	59.82
ไม่มี	94	40.18
รวม	234	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ส่วนมากมีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 63.70 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 55-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.30

เพศของผู้สูงอายุ ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.20 และเป็นผู้สูงอายุชาย คิดเป็นร้อยละ 30.80

สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.00 รองลงมาคือ หม้าย, โสด ร้อยละ 23.10 และ 6.00 มีเล็กน้อยคือ หย่าร้าง, แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 3.80 และ 2.10 ตามลำดับ

ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ส่วนมากการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.70 รองลงมาต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 21.40 ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 14.10 ระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 12.80

รายได้ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 53.40 มีรายได้ 8,001-20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 27.80 น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 12.80 ส่วนรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีเพียงร้อยละ 6.00

อาชีพของผู้สูงอายุ ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 49.10 รองลงมา รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 18.40 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 13.20 และมีเพียงเล็กน้อยที่ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 9.80, 9.40 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 59.82 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 40.18

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

ชื่อโรค	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	31	13.24
ปวดเข่า	30	12.82
เบาหวาน	23	9.82
หัวใจ	12	5.12
ไขมันในเลือดสูง	10	4.27
ปวดหลัง	10	4.27
กระดูกพรุน	7	2.99
ถุงลมโป่งพอง	4	1.80
ภูมิแพ้	2	0.85
ปวดศีรษะ	2	0.85
หอบหืด	2	0.85
ต้อกระจก	1	0.42
นิ่วถุงน้ำดี	1	0.42
มะเร็งปากมดลูก	1	0.42
แขนขาอ่อนแรง	1	0.42
ไต	1	0.42
เก๊าต์	1	0.42
ช้ำรอยด่าง	1	0.42
รวม	140	59.82

จากตาราง 2 แสดงว่าโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่เป็นมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 13.24 รองลงมาได้แก่ ปวดเข่า เบาหวาน หัวใจ ไขมันในเลือดสูง ปวดหลัง กระเพาะ กรูมแพ๊ ปวดศีรษะ หอบหืด คิดเป็นร้อยละ 12.82, 9.82, 5.12, 4.27, 4.27, 2.99, 1.80, 0.85, 0.85, 0.85 ตามลำดับ และโรคที่พบน้อย คิดเป็นร้อยละ 0.42 ได้แก่ ต้อกระจก นิ้วงู้น้ำดี มะเร็งปากมดลูก แขนขาอ่อนแรง ไข้ ฝ้า และขี้รอยด

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยของค่านิยมทางสุขภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล
 ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ค่านิยมทางสุขภาพ	$\bar{X}$	S
การทำความสะอาดร่างกาย	4.23	.57
อาหารและการบริโภค	3.65	.47
การออกกำลังกายและการพักผ่อน	3.25	.67
การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ	3.98	.66
ด้านสุขภาพจิต	3.31	.52
รวม	3.71	.49

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.71 ซึ่งอยู่ระหว่างคะแนนค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 ตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ยในระดับสูงที่ตั้งไว้ และเมื่อพิจารณาค่านิยมทางสุขภาพในแต่ละด้านแล้ว พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญด้านการทำความสะอาดร่างกายสูงเป็นอันดับ 1 ด้านการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ และด้านอาหารและการบริโภคเป็นอันดับที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ส่วนค่านิยมทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือ การออกกำลังกายและการพักผ่อน รองลงมาได้แก่ ด้านสุขภาพจิต

ตอนที่ 2 ทดสอบความแตกต่างค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างอายุ 55-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป

ค่านิยมทางสุขภาพ	อายุ 55-59 ปี		60 ปีขึ้นไป		t
	(N = 84)		(N = 150)		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
การทำความสะอาดร่างกาย	4.34	.54	4.17	.59	2.23*
อาหารและการบริโภค	3.73	.51	3.61	.45	1.83
การออกกำลังกายและการพักผ่อน	3.28	.69	3.21	.65	.72*
การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ	4.11	.65	3.91	.65	2.22*
ด้านสุขภาพจิต	3.41	.51	3.85	.51	2.35*
รวม	3.82	.50	3.65	.48	2.44*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 แสดงว่าค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีอายุ 55-59 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่านิยมทางสุขภาพในแต่ละด้าน พบว่า ค่านิยมทางสุขภาพด้านอาหารและการบริโภค ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุชายกับผู้สูงอายุหญิง

ค่านิยมทางสุขภาพ	ชาย		หญิง		t
	(N = 74)		(N = 160)		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
การทำทวามสะอาดร่างกาย	4.10	.58	4.29	.57	-2.31*
อาหารและการบริโภค	3.64	.46	3.66	.48	- .75*
การออกกำลังกายและการพักผ่อน	3.24	.59	3.23	.70	.14
การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ	3.91	.63	4.01	.67	-1.03*
ด้านสุขภาพจิต	3.31	.55	3.31	.50	- .05*
รวม	3.65	.48	3.74	.50	-1.18*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 แสดงว่าค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุหญิงกับผู้สูงอายุชายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุหญิง มีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุชาย เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ค่านิยมทางสุขภาพในด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนของผู้สูงอายุชายกับผู้สูงอายุหญิง ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 6 เปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวกับไม่มีโรคประจำตัว

ค่านิยมทางสุขภาพ	มีโรคประจำตัว		ไม่มีโรคประจำตัว		t
	(N = 140)		(N = 94)		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
การทำความสะอาดร่างกาย	4.85	.55	4.22	.61	.40
อาหารและการบริโภค	3.62	.48	3.70	.46	-1.23*
การออกกำลังกายและการพักผ่อน	3.28	.65	3.17	.68	1.19*
การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ	3.91	.69	4.08	.60	-1.88
ด้านสุขภาพจิต	3.29	.49	3.36	.56	-1.12*
รวม	3.69	.49	3.74	.50	- .68*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่าค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวกับไม่มีโรคประจำตัว มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาด้านแต่ละด้าน พบว่า ค่านิยมทางสุขภาพในด้านการทำความสะอาดร่างกาย และการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวกับไม่มีโรคประจำตัว ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การหาความสะอาดร่างกาย					
ระหว่างกลุ่ม	4	1.6132	.4033	1.2294	.2992
ภายในกลุ่ม	229	72.8233	.3280		
รวม	233	74.4365			
อาหารและการบริโภค					
ระหว่างกลุ่ม	4	2.7292	.6823	3.1794*	.0145
ภายในกลุ่ม	229	47.8568	.2146		
รวม	233	50.5861			
การออกกำลังกายและการพักผ่อน					
ระหว่างกลุ่ม	4	1.9549	.4887	1.1071	.3571
ภายในกลุ่ม	229	94.9145	.4415		
รวม	233	96.8694			

ตาราง 7 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ					
ระหว่างกลุ่ม	4	4.7987	1.1997	2.8665*	.0241
ภายในกลุ่ม	229	92.0733	.4185		
รวม	233	96.8720			
ด้านสุขภาพจิต					
ระหว่างกลุ่ม	4	2.4767	.6192	2.3829	.0523
ภายในกลุ่ม	229	59.2427	.2598		
รวม	233	61.7194			
รวมค่านิยมทั้ง 5 ด้าน					
ระหว่างกลุ่ม	4	1.8901	.4725	1.9847	.0983
ภายในกลุ่ม	229	47.1417	.2381		
รวม	233	49.0318			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่าเมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีค่านิยมทางสุขภาพในด้านอาหารและการบริโภค และด้านการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำค่านิยมทั้งสองด้านไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keules Method) ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันในด้านอาหารและการบริโภคเป็นรายคู่

สถานภาพสมรส		โสด	คู่	หย่าร้าง	หม้าย	แยกกันอยู่
	$\bar{X}$	3.8125	3.6985	3.6806	3.4543	3.7000
โสด	3.8125	-	.1140	.1319	.3582	.1185
คู่	3.6985	-	-	.0179	.2442*	.0015
หย่าร้าง	3.6806	-	-	-	.2263	.0194
หม้าย	3.4543	-	-	-	-	.0457
แยกกันอยู่	3.7000	-	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่านิยมทางสุขภาพในด้านอาหารและการบริโภค แตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันในด้าน
การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ

สถานภาพสมรส		โสด	คู่	หย่าร้าง	หม้าย	แยกกันอยู่
	$\bar{X}$	4.0128	4.0702	3.8846	3.7204	4.0154
โสด	4.0128	-	.0574	.1282	.2924	.0026
คู่	4.0702	-	-	.1856	.2498*	.0548
หย่าร้าง	3.8846	-	-	-	.1642	.1208
หม้าย	3.7204	-	-	-	-	.2950
แยกกันอยู่	4.0154	-	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่านิยมทางสุขภาพในด้าน
การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ แตกต่างจากผู้สูงอายุหม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05

ตาราง 10 การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การทำความสะอาดร่างกาย					
ระหว่างกลุ่ม	3	3.0236	1.0079	3.1571*	.0256
ภายในกลุ่ม	230	70.8715	0.3192		
รวม	233	73.8950			
อาหารและการบริโภค					
ระหว่างกลุ่ม	3	0.6435	0.2145	0.9582	0.4133
ภายในกลุ่ม	230	49.9202	0.2239		
รวม	233	50.5637			
การออกกำลังกายและการพักผ่อน					
ระหว่างกลุ่ม	3	3.0516	1.0172	2.3417	0.742
ภายในกลุ่ม	230	93.3934	0.4344		
รวม	233	96.4450			

ตาราง 10 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ					
ต่าง ๆ					
ระหว่างกลุ่ม	3	3.7137	1.2379	2.9367*	0.0342
ภายในกลุ่ม	230	93.1582	.4215		
รวม	233	96.8720			
ด้านสุขภาพจิต					
ระหว่างกลุ่ม	3	1.6128	0.5376	2.0395	0.1092
ภายในกลุ่ม	230	60.0989			
รวม	233	61.7117			
รวมคำนียมทั้ง 5 ด้าน					
ระหว่างกลุ่ม	3	2.2167	0.7389	3.1409*	0.0264
ภายในกลุ่ม	230	46.8151	0.2353		
รวม	233	49.0318			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่าเมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน มีค่านิยมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพในด้าน การทำความสะอาดร่างกาย และด้านการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านอาหารและการบริโภค การออกกำลังกายและการพักผ่อน และด้านสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน จึงนำค่านิยมในด้านที่มีความแตกต่างกันไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 11 - 13

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน ในด้านการ
ทำความสะอาดร่างกาย

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ต่ำกว่าประถม	ประถม	มัธยม	อุดม
		ศึกษา	ศึกษา	ศึกษา	ศึกษา
		4.0833	4.2191	4.3333	4.4702
ต่ำกว่าประถมศึกษา	4.0833	-	0.1358	0.2500	0.3869*
ประถมศึกษา	4.2191	-	-	0.1142	0.2511
มัธยมศึกษา	4.3333	-	-	-	0.1369
อุดมศึกษา	4.4702	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีค่านิยมทางสุขภาพในการทำความสะอาดร่างกาย แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน ในด้าน
การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ต่ำกว่าประถม	ประถม	มัธยม	อุดม
		ศึกษา	ศึกษา	ศึกษา	ศึกษา
	$\bar{X}$	3.7692	4.0007	4.2019	3.9809
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.7692	—	0.2315	0.4327*	0.2117
ประถมศึกษา	4.0007	—	—	0.2012	0.0198
มัธยมศึกษา	4.2019	—	—	—	0.2210
อุดมศึกษา	3.9809	—	—	—	—

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีค่านิยมทางสุขภาพในด้านการป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ต่ำกว่าประถม	ประถม	มัธยม	อุดม
		ศึกษา	ศึกษา	ศึกษา	ศึกษา
		3.5370	3.7187	3.8580	3.8113
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3.5370	-	0.1817	0.3210	0.2743
ประถมศึกษา	3.7187	-	-	0.0393	0.0926
มัธยมศึกษา	3.8580	-	-	-	0.0457
อุดมศึกษา	3.8113	-	-	-	-

จากตาราง 13 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน

ตาราง 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การทําความสะอาดร่างกาย					
ระหว่างกลุ่ม	3	6.3220	2.1073	6.8992*	0.0002
ภายในกลุ่ม	230	68.1145	0.3054		
รวม	233	74.4365			
อาหารและการบริโภค					
ระหว่างกลุ่ม	3	2.0642	0.6881	3.1765*	0.0249
ภายในกลุ่ม	230	48.5219	0.2166		
รวม	233	50.5861			
การออกกำลังกายและการพักผ่อน					
ระหว่างกลุ่ม	3	1.5704	0.5235	1.1865	0.3158
ภายในกลุ่ม	230	95.2991	0.4412		
รวม	233	96.8694			

ตาราง 14 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ					
ต่าง ๆ					
ระหว่างกลุ่ม	3	2.3061	0.7687	1.7964	0.1487
ภายในกลุ่ม	230	94.5659	0.4279		
รวม	233	96.8720			
ด้านสุขภาพจิต					
ระหว่างกลุ่ม	3	1.9307	0.6436	2.4650	0.0631
ภายในกลุ่ม	230	59.7886	0.2611		
รวม	233	61.7194			
รวมค่านิยมทั้ง 5 ด้าน					
ระหว่างกลุ่ม	3	2.3792	0.7931	3.3829*	0.0192
ภายในกลุ่ม	230	46.6526	0.2344		
รวม	233	49.0318			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่าเมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีค่านิยมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพในการทำความสะอาดร่างกาย และอาหารและการบริโภค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ และด้านสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน จึงนำค่านิยมด้านด้านที่มีความแตกต่างกันไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 15 - 16

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน ในด้านการ
ทำความสะอาดร่างกาย

		น้อยกว่า 3,000	3,000-8,000	8,001-20,000	มากกว่า 20,000
รายได้		ต่อเดือน	ต่อเดือน	ต่อเดือน	ต่อเดือน
$\bar{X}$		4.2111	4.0944	4.4616	4.4583
น้อยกว่า 3,000					
บาทต่อเดือน	4.2111	-	0.1167	0.2505*	0.2472
3,000-8,000					
บาทต่อเดือน	4.0944	-	-	0.3672*	0.3639
8,001-20,000					
บาทต่อเดือน	4.4616	-	-	-	0.0033
มากกว่า 20,000					
บาทต่อเดือน	4.4583	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน มีค่านิยมทางสุขภาพในการทำความสะอาดร่างกาย แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ 8,001-20,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันในด้านอาหารและการบริโภค

รายได้	น้อยกว่า 3,000 3,000-8,000 8,001-20,000 มากกว่า 20,000			
	ต่อเดือน	ต่อเดือน	ต่อเดือน	ต่อเดือน
$\bar{X}$	3.5690	3.5833	3.7885	3.7321
น้อยกว่า 3,000				
บาทต่อเดือน	3.5690	-	0.0143	0.2195
3,000-8,000				
บาทต่อเดือน	3.5833	-	0.2052*	0.1488
8,001-20,000				
บาทต่อเดือน	3.7885	-	-	0.0564
มากกว่า 20,000				
บาทต่อเดือน	3.7321	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน มีค่านิยมทางสุขภาพในด้านอาหารและการบริโภค แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ 8,001-20,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน

รายได้	$\bar{X}$	น้อยกว่า 3,000	3,000-8,000	8,001-20,000	มากกว่า 20,000
		ต่อเดือน	ต่อเดือน	ต่อเดือน	ต่อเดือน
		3.6627	3.6293	3.8635	3.8677
น้อยกว่า 3,000					
บาทต่อเดือน	3.6627	-	0.0334	0.2008	0.2050
3,000-8,000					
บาทต่อเดือน	3.6293	-	-	0.2342*	0.2384
8,001-20,000					
บาทต่อเดือน	3.8635	-	-	-	0.0042
มากกว่า 20,000					
บาทต่อเดือน	3.8677	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน มีค่านิยมทางสุขภาพโดยรวม แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีรายได้ 8,001-20,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 18 การวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การทำความสะอาดร่างกาย					
ระหว่างกลุ่ม	4	8.3273	2.0818	6.9909*	.0000
ภายในกลุ่ม	229	66.1092	0.2973		
รวม	233	74.4365			
อาหารและการบริโภค					
ระหว่างกลุ่ม	4	5.8228	1.4557	7.2520*	0.0000
ภายในกลุ่ม	229	44.7632	0.2007		
รวม	233	50.5861			
การออกกำลังกายและการพักผ่อน					
ระหว่างกลุ่ม	4	4.9849	1.2462	2.9160*	0.0223
ภายในกลุ่ม	229	91.8846	0.4274		
รวม	233	96.8694			

ตาราง 18 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ					
ต่าง ๆ					
ระหว่างกลุ่ม	4	6.7240	1.6810	4.1024*	0.0032
ภายในกลุ่ม	229	90.1479	0.4098		
รวม	233	96.8720			
ด้านสุขภาพจิต					
ระหว่างกลุ่ม	4	1.1096	0.2774	1.0435	0.3855
ภายในกลุ่ม	229	60.6098	0.2658		
รวม	233	61.7194			
รวมค่านิยมทั้ง 5 ด้าน					
ระหว่างกลุ่ม	4	4.5165	1.1291	5.0222*	0.0007
ภายในกลุ่ม	229	44.5153	0.2248		
รวม	233	49.0318			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่าเมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีค่านิยมสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพในด้านการทำความสะอาดร่างกาย อาหารและการบริโภค การออกกำลังกายและการพักผ่อน และการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน จึงนำค่านิยมในด้านที่มีความแตกต่างกันไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 19 - 23

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน ในด้านการทำ
ความสะอาดร่างกาย

	รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	ค้าขาย	เกษตรกร	รับจ้าง	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	
อาชีพ	อาชีพ					
$\bar{X}$	4.3821	4.3575	3.6667	4.1705	4.2649	
รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	4.3821	-	0.0246	0.7154*	0.2116	0.1272
ค้าขาย	4.3575	-	-	0.6908*	0.1870	0.0926
เกษตรกร	3.6667	-	-	-	0.5038	0.0926*
รับจ้าง	4.1705	-	-	-	-	0.0944
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4.2649	-	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร มีค่านิยมทางสุขภาพในด้านการทำความสะอาดร่างกายแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย และไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน ในด้านอาหาร และการบริโภค

	รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	ค้าขาย	เกษตรกร	รับจ้าง	ไม่ได้ประกอบอาชีพ
อาชีพ	อาชีพ				
$\bar{X}$	3.7267	3.8125	3.1932	3.7440	3.6473

รับราชการหรือ						
รัฐวิสาหกิจ	3.7267	-	0.0858	0.5335*	0.0173	0.0794
ค้าขาย	3.8125	-	-	0.6193*	0.0685	0.1652
เกษตรกร	3.1932	-	-	-	0.5508*	0.4541*
รับจ้าง	3.7440	-	-	-	-	0.0967
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.6473	-	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกร มีค่านิยมทางสุขภาพด้านอาหาร และการบริโภค แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย รับจ้าง และไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน ในด้านการ
ออกกำลังกายและการพักผ่อน

อาชีพ	รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ					
	$\bar{X}$	3.3718	3.2529	2.7897	3.2421	3.2621
รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	3.3718	-	0.1189	0.5821*	0.1297	0.1097
ค้าขาย	3.8529	-	-	0.4632*	0.0108	0.0092
เกษตรกรรม	2.7897	-	-	-	0.4524	0.4724
รับจ้าง	3.2421	-	-	-	-	0.0200
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.2621	-	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีค่านิยมทางสุขภาพด้านการ
ออกกำลังกายและการพักผ่อน แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน ในด้านการ
ป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ

อาชีพ	รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ					ไม่ได้ประกอบอาชีพ
	$\bar{X}$	4.0099	4.1241	3.4615	4.1084	3.9986
รับราชการหรือ						
รัฐวิสาหกิจ	4.0099	-	0.1142	0.5484*	0.0985	0.0113
ค้าขาย	4.1241	-	-	0.7626*	0.0157	0.1255
เกษตรกรรม	3.4615	-	-	-	0.6469*	0.5371*
รับจ้าง	4.1084	-	-	-	-	0.1098
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.9986	-	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีค่านิยมทางสุขภาพด้านการ
ป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
ค้าขาย รับจ้าง และไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

อาชีพ	รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ					อาชีพ
	$\bar{X}$	3.7974	3.8446	3.2861	3.8085	3.7159
รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	3.7974	-	0.0472	0.5113*	0.0051	0.0815
ค้าขาย	3.8446	-	-	0.5585*	0.0421	0.1287
เกษตรกรรม	3.2861	-	-	-	0.5164*	0.4398*
รับจ้าง	3.8085	-	-	-	-	0.0866
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.7159	-	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย รับจ้าง และไม่ได้ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวแปรดังนี้ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 234 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistical Package for the Social Sciences / Personal Computer Plus) ดำเนินการวิเคราะห์เป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้ง 5 ด้าน โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 ทดสอบความแตกต่างของค่านิยมทางสุขภาพตามตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)

3.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการทดสอบสถิติค่าเอฟ (F-test) แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-way analysis of variance)

3.3 ถ้าหากผลการทดสอบข้อ 3.1 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน คูลส์ (Newman - Keuls Method)

สรุปผลการค้นคว้า

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.70 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.20 มีสถานภาพสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 65.00 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.70 มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 53.40 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 27.40 และมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.30

ส่วนค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี มีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
3. ผู้สูงอายุชายกับผู้สูงอายุหญิง มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุชาย
4. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว
5. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีค่านิยมทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีค่านิยมทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา และอุดมศึกษา
7. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีค่านิยมทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 8,001-20,000 บาทต่อเดือน และผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน มีค่านิยมทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 8,001-20,000 บาทต่อเดือน และผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน
8. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีค่านิยมทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุ

กลุ่มอื่น ๆ คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพรับจ้าง อาชีพค้าขาย และอาชีพรับราชการหรือ
รัฐวิสาหกิจ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีค่านิยมทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง
ค้าขาย และอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เรื่องค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งมีประเด็นที่จะ
ต้องอภิปรายดังนี้

1. ผลการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ
มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยผู้สูงอายุให้ค่านิยมทางสุขภาพด้านการทำความสะอาด
ร่างกายสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ อาหารและการบริโภค
ด้านสุขภาพจิต และการออกกำลังกายและการพักผ่อน ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรม
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ให้ค่าความสำคัญต่อการปฏิบัติทางสุขภาพ
มาก ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2529 : 340) ได้กล่าวไว้ว่า
ค่านิยมทางสุขภาพจะเป็นตัวกำหนดแนวทางการปฏิบัติทางสุขภาพ ถ้าบุคคลใดให้ค่าต่อสุขภาพสูง
ก็ย่อมจะเป็นแนวทางให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อันจะนำมาซึ่งสุขภาพดี ทั้งทางร่างกาย
จิตใจ และสังคมด้วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของนักวิจัยในแนวค่านิยมหลายท่าน
เช่น ผลการศึกษาของ แอนเดอร์สัน (Anderson. 1979 : 4907-A) จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็น
สตรีวัย 65-74 ปี พบว่า ให้ค่านิยมค่อนข้างสูง ผลการศึกษาค่านิยมของ พงษ์นิย มณีสุวรรณ
(2514 : 31) พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยครูในกรุงเทพมหานคร ให้ค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในอันดับ
สูง ผลการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของ ทาเนียบ โรสแสนน้อย (2527 : 71) พบว่า นักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดขอนแก่น มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษา
เจตคติทางสุขภาพของ สมบอง ยวงสะอาด (2528 : 53) พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ปีที่ 3 ในเขตการศึกษา 12 มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาค่านิยมทาง

สุขภาพของ สุธี เสถียรยานนท์ (2530 : 81) พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขต กรุงเทพมหานคร มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของ อำนวย ฉวีรักษ์สินธุ์ (2531 : 64) พบว่า ค่านิยมทางสุขภาพของครูโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดอ่างทอง มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีค่านิยมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 55-59 ปี มีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกัน ดังที่ พันัส หันนาคินทร์ (2520 : 18) ได้กล่าวว่า ค่านิยมเกิดจากประสบการณ์แตกต่างกันของแต่ละบุคคล จึงทำให้แต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป ราชส์ (Raths. 1966 : 38 - 99) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อค่านิยม ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน สถาบัน วัฒนธรรมทางศาสนา สังคมวัยรุ่น กลุ่มเพื่อน สื่อมวลชน และองค์กรของรัฐ พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2531 : 106) ได้กล่าวว่า วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมลงทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะในแง่ของความอ่อนไหวทางกายและความฉับไวของสมอง ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะคงมีการเสื่อมมากขึ้น พฤติกรรมบางอย่างก็จะปฏิบัติไม่ได้เช่นเดิม และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2526 : 180 - 181) พบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ความมีสุขภาพดีจะลดลงเรื่อย ๆ ผลการศึกษาของ นภาพร ขวัญวรรณ และมาลีณี วงษ์สิทธิ์ (2530 : 25-26) พบว่า อัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุมาก มีสุขภาพไม่ดีขึ้นสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ผลการศึกษาของ บังอร สุขตระกูล (2532 : 74) พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี จะลดลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาของ พรทิพย์ สีนประสงค์ (2532 : บทคัดย่อ) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก จะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า ทิพวัลย์ ขาวสาอาจต์ (2535 : 158) ได้ศึกษาและพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อิลเดรท

(Hildreth. 1980 : 386) พบว่า ผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้น จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง เนื่องจากมีปัญหาด้านสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับอานวย ฉำรักษ์สินธุ์ (2531 : 64) ศึกษาพบว่า ครูที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป กับครูที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปีลงมา มีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

จากเหตุผลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่า ตัวแปรด้านอายุ มีผลต่อค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

3. ผู้สูงอายุชายกับผู้สูงอายุหญิง มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 โดยพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุธี เสดียรยานนท์ (2529 : 81) พบว่า นักเรียนชายกับนักเรียนหญิง มีค่านิยมทางสุขภาพโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนหญิงมีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่านักเรียนชาย ผลการศึกษาของสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทรรมสี (2525 : 57 - 58) พบว่า ตัวแปรด้านเพศ สามารถอธิบายค่านิยมทางสุขภาพได้ประมาณร้อยละ 5 เท่านั้น โรสแสนน้อย (2527 : 72) ได้ศึกษาพบว่า นักเรียนชายและนักเรียนหญิง มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยนักเรียนหญิงมีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่านักเรียนชาย ผลการศึกษาของ สุนทรี โคมิน (2522 : 88) พบว่า ผู้หญิงให้ค่านิยมเกี่ยวกับความสะอาดมากกว่าผู้ชาย ผลการศึกษาคำถามความสนใจทางสุขภาพของสุลักษณ์ กลกิจวิท (2524 : บทคัดย่อ) พบว่า นักเรียนชายกับนักเรียนหญิง มีความสนใจทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยนักเรียนชายมีความสนใจน้อยกว่านักเรียนหญิง ผลการศึกษาเจตคติในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองของ สมบอง ยวงสะอาด (2528 : 54) พบว่า นักเรียนชายกับนักเรียนหญิง มีเจตคติในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยนักเรียนหญิงมีเจตคติดีกว่านักเรียนชาย แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของ อานวย ฉำรักษ์สินธุ์ (2531 : 64) พบว่า ครูชายและครูหญิง มีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

จากเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่า เพศมีผลต่อค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงให้ความสำคัญ
ต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย

4. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็น
ไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่าง
กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรกร อ่วมบำรุง (2534 : 85) พบว่า ผู้สูงอายุที่มี
สถานภาพสมรสต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน และมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ
ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ
และสุรีย์ จันทรโรลี (2525 : 57-78) พบว่า ตัวแปรด้านสถานภาพสมรส ทำนายค่านิยมทาง
สุขภาพได้น้อยมาก ผลการศึกษาของ นิวัต กลิ่นงาม (2532 : 62) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีการ
วางแผนชีวิต และตั้งเป้าหมายที่สำคัญมากที่สุดก็คือ การมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ทำให้ผู้สูงอายุ
มีความต้องการในข่าวสารข้อมูลทางด้านสุขภาพ และยังพบว่า โทรทัศน์เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่
สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล ในปี พ.ศ. 2525 ที่เห็นความ
สำคัญของผู้สูงอายุมากขึ้น และมีการวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ใช้ในแผนระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติใน 20 ปี (2525 - 2544) ซึ่งมีผลให้หน่วยงานทั้งรัฐบาลและเอกชน
ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการทางด้านสุขภาพมากขึ้น และ
ทั่วถึงกัน และยังสอดคล้องกับองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับค่านิยม ได้แก่ ครอบครัว
โรงเรียน สถาบันศาสนา วัฒนธรรมทางสังคม กลุ่มเพื่อนรุ่นเดียวกัน สื่อมวลชน องค์การของรัฐ
ซึ่งผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ส่วนมากอาศัยอยู่ในชุมชน
ชานเมือง ได้แก่ บรมธานี นนทบุรี และอยุธยา ซึ่งมีวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมคล้ายกัน แต่ไม่
สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์ (2535 : 158) ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูง
อายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี ที่พบว่า ผู้สูงอายุ
ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสต่างกัน มีค่านิยม
ทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

5. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา มีค่านิยมทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีค่านิยมทางสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและอุดมศึกษา แสดงให้เห็นว่าการศึกษามีผลทำให้ค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 182) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของ สุธี เสถียรยานนท์ (2530 : 81) พบว่านักเรียนที่มีผลการเรียนสูงกับนักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่นักเรียนมีผลการเรียนสูง มีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่มีระดับผลการเรียนต่ำ ผลการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของ ทาเนียบ โรสแสนน้อย พบว่า ระดับการศึกษาของบิดาของนักเรียนที่แตกต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพเกี่ยวกับการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทรมลี (2528 : 57 - 58) ได้ศึกษาค่านิยมทางสุขภาพ พบว่า ตัวแปรด้านการศึกษา สามารถอธิบายค่านิยมทางสุขภาพได้ร้อยละ 5 ผลการศึกษาของ เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 108) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกรู้สีก่อนตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยม จะมีการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม มีความรู้สึกรู้สีก่อนตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา ผลการศึกษาของ บังอรรัตน์ ศุขตระกูล (2532 : 75 - 76) พบว่า สัดส่วนของผู้รู้หนังสือ มีสุขภาพร่างกายดีกว่าผู้ไม่รู้หนังสือ ผลการศึกษาการรับรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน และผลการศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุของทิพวัลย์ ขาวสัวอาจค์

(2535 : 158) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาคำนิยมทางสุขภาพของอานวย นารักษ์สิทธิ์ (2531 : 64) พบว่า ผู้ที่มีวุฒิปริญญาตรี หรือสูงกว่า กับผู้ที่มีวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี มีค่านิยมทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน

จากเหตุผลดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ระดับการศึกษามีผลทำให้ค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกัน

6. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน มีค่านิยมทางสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้ 8,001-20,000 บาทต่อเดือน และผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3,000-8,000 บาทต่อเดือน และผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน แสดงว่ารายได้มีผลทำให้ค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่มีรายได้ดีย่อมมีกำลังในการซื้อหาสิ่งเื้ออานวยความสะดวก อาหารที่ดี มีที่อยู่อาศัยที่ดีและสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 108) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง จะมีความรู้สึกเป็นคุณค่าในตนเองสูง และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของจารูวรรณ เหมะธร สมใจ ทนกุล และจรรยา เสียงเสาะ (2532 : 60) พบว่า ปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาสภาพของผู้สูงอายุที่ตำบลเกาะเกร็ด จังหวัดนนทบุรี นั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด คือ ภาวะสุขภาพไม่ดี อาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันความยากจนก็มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งกายและใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532 : 74) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ต่อสถานภาพสุขภาพคือ ผู้ที่มีรายได้น้อย จะมีสุขภาพแย่กว่าผู้ที่มีรายได้สูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวสาอาจค์ (2535 : 158) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จารูวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : บทคัดย่อ) พบว่า สถานะสุขภาพกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับรายได้

จากเหตุผลดังกล่าวมาแล้ว พอสรุปได้ว่า รายได้มีผลทำให้ค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แตกต่างกัน

7. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีค่านิยมทางสุขภาพต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพรับจ้าง อาชีพค้าขาย และอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีค่านิยมทางสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ แสดงให้เห็นว่าอาชีพมีผลให้ค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ดังเช่น อาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ เป็นอาชีพที่ต้องพบปะบุคคลร่วมงานที่มีระดับการศึกษาและความรู้ มีความสามารถที่หลากหลาย เป็นอาชีพที่ต้องใช้ระดับการศึกษาเข้ามาเป็นตัวกำหนดตำแหน่งเป็นอาชีพที่ต้องใช้ความรู้ ความคิด เป็นเหตุให้มีการพัฒนาความรู้ ความคิด ตลอดจนได้รับข้อมูลข่าวสารภายในและระหว่างหน่วยงานไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพหรืออื่น ๆ เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ มีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532 : 72) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ต่อสถานภาพด้านร่างกาย ทั้งในชุมชนแออัด และไม่แออัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535 : 158) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทานเนียบ รสแสนน้อย (2527 : ก-ข) พบว่า อาชีพของบิดา มารดา ของนักเรียนที่ต่างกัน มีค่านิยมทางสุขภาพเกี่ยวกับการปรับตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534 : 84) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จินตนา รอดนันทา (2538 : 93) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพเดิมต่างกัน มีการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากเหตุผลดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีผลทำให้ค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังนี้

1. ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงก็ตาม แต่ถ้าพิจารณาเป็นรายด้าน จะพบว่า ยังค่านิยมปานกลาง ดังนั้นในการจัดโปรแกรมสุขภาพ ควรมีการพัฒนาค่านิยมในด้านนั้น ๆ ให้มากขึ้น
2. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ มีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาได้แก่ บวดยา เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และปวดหลัง ตามลำดับ ดังนั้นในการจัดโปรแกรมสุขภาพ ควรเน้นในเรื่องความรู้ การป้องกัน และการปฏิบัติตัวในโรคที่เป็นอยู่ การให้กำลังใจเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงของร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมมากที่สุด
3. ในการจัดโปรแกรมสุขภาพ ควรเน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมให้มากขึ้น หรือจัดให้ผู้สูงอายุมีการจัดกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหาของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้

ข้อเสนอแนะในการทําวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านอื่นอีก เช่น ด้านการปฏิบัติตน ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ การละเว้นจากยาเสพติด เพื่อจะได้นำข้อมูลมาพัฒนาและปรับเปลี่ยนค่านิยมต่อไป
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบค่านิยมทางสุขภาพระหว่างชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ชานเมือง และในเมือง ว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด
3. ควรมีการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพตามตัวแปรอื่น ๆ อีก เช่น ศาสนา สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสตรี เพื่อจะได้นำข้อมูลมาปรับปรุง ส่งเสริม และพัฒนาค่านิยมทางสุขภาพของสตรีสูงอายุต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กชกร สังขชาติ. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ชลบุรี : ภาควิชาการศึกษานอกระบบ
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2536.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ปีกแบริ่ง, ม.ป.ป.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ.
กรุงเทพฯ : อุดมการพิมพ์, 2528.
- การวิจัยและตำรา, งานส่งเสริม. การวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ :
สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- จำเรียง ภูมิสุวรรณ. "การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล
ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ," ใน รายงาน
การวิจัย. ม.ป.ท., 2532.
- จรรยา สุวรรณทัต. "ครูกับการพัฒนาค่านิยมในครอบครัว," ใน ประมวลบทความทาง
วิชาการที่บรรยายในโอกาสต่าง ๆ ภายในประเทศ พ.ศ.2511-2526. กรุงเทพฯ :
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526.
อัสสาเนา.
- จินตนา รอดนันทา. การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัสสาเนา.
- จารุวรรณ เหมะธร สมใจ ทนกุล และจรรยา เสี่ยงเสนาะ. สำรวจปัญหาสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ และค้นหาผู้นำในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัด
นนทบุรี. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2532.
- จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของ
ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2526.

- เชียรศรี วิวิธสิริ. จิตวิทยาการเรียนรู้ของผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.
- ชลธิชา วั่งวิเวก. ความสัมพันธ์ของสถานภาพกาย แรงสนับสนุน และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การปฏิบัติของผู้สูงอายุที่มีอายุยืน. กรุงเทพฯ : สุภาวณิช, 2532.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์ และ วิญญารัตน์ ตันศิริ. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. ม.ป.ท., 2531.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- ณัฐกร อ่วมบำรุง. การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. "การวิจัยเกี่ยวกับค่านิยมที่ควรส่งเสริมในเยาวชนและประชาชนไทย," การวิจัยการศึกษา. 10 : 29 - 47 ; กันยายน 2523.
- ดุษฎี ชุมสาย ณ อยุธยา. ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2514.
- ทานิเยบ โรสสน้อย. ค่านิยมทางสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- ทองอยู่ แก้วไทรยะ. "ผู้สูงอายุในสังคมไทย," ใน รายงานวิจัย กรมการศึกษานอกโรงเรียน. กรุงเทพฯ : กระทรวงศึกษาธิการ, 2527.
- ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

นภาพร ขรียววรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์. "ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย : ผลการวิจัยเบื้องต้น," ใน การประชุมวิชาการ ประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2530. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.

นภาพร ขรียววรรณ และคนอื่น ๆ. ครอบครัววุ่นวายกับขั้นตอนชีวิตผู้สูงอายุและของบุตร. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

_____. "ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย," ใน สรุปผลการวิจัย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

นิวัติ กลิ่นงาม. "สภาพปัญหา ความต้องการ และการเตรียมตัวของผู้สูงอายุ," สังคมศาสตร์ วิทยาลัยครูเพชรบุรี. 10(2) : 53 - 68 ; มกราคม 2532.

นิศา ชูรัต. "คนชราไทย," ใน รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2525.

บังอรรัตน์ สุขตระกูล. การเปรียบเทียบสถานทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด และเขตชุมชนไม่แออัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์. โลกยามชรา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : พระสังฆการพิมพ์, 2526.

บัณฑิตวิทยาลัย. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2534.

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาว และแข็งแรง 2531. กรุงเทพฯ : สมศรีการพิมพ์, 2532.

_____. ระบาวิตายาของศพและการผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2526. กรุงเทพฯ : ธนะการพิมพ์, 2526.

_____. "สุขภาพผู้สูงอายุ," คลินิก. 6 : 432 - 436 ; มิถุนายน 2533.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "หน่วยที่ 7 ค่านิยม," เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา.

หน้า 321 - 374. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2529.

_____. ทัศนคติ การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2520.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "หน่วยที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา.

หน้า 337 - 340. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2531.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคนอื่น ๆ. รายงานการวิจัย คำนิยม และองค์ประกอบด้านจิตวิทยา
กับการมีส่วนร่วม และการใช้บริการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนในบทบาทของ
ประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ศูนย์อบรมและการศึกษาสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน,
2529.

ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา. รายงานการวิจัย เรื่อง คำนิยมและความคาดหวังของเยาวชน
ไทย. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523.

ประมวล ดิฉินสัน. วัยวัฒนา จิตวิทยาพัฒนาการวัยท้าย-วัยทอง. กรุงเทพฯ : แพร์พิตยา,
2520.

_____. เตรียมใจสู่วัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี, 2534.

ประสพ รัตนากร. "ปัญหาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไป," อนุสรณ์ฉบับกิจ คุณแม่พลอย
วัฒนาผาสก. 91 - 95 ; พฤษภาคม 2509.

_____. "วัยวัฒนา," ใน รายงานการประชุมวิชาการประจำปี 2535 เรื่องการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2525.

"ผู้สูงอายุ : ทรัพยากรมนุษย์ที่ถูกมองข้าม," ประชากรและการพัฒนา. 9 : 1 - 3 ;
มิถุนายน - กรกฎาคม 2532.

พิชญ์ สมพอง. สังคมชาวบ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง,
2522.

พรรัตน์ อินทรโกเศศ. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยต่าง ๆ ทางครอบครัว.
กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2536.

พรทิพย์ สีนประสงค์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ศส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
อัสสาเนา.

พัฒน์ สุจันงค์. สุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : ฟ้าวัฒนา, 2522.

- พยอม อิงคตานุวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- พนัส หันนาคินทร์. การสอนคำนิยาม. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก, 2520.
- พจน์ย์ มณีสุวรรณ. คำนิยามของนักเรียนวิทยาลัยครูในจังหวัดพระนคร ธนบุรี. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2514. อัดสำเนา.
- ไพฑูรย์ เครือแก้ว ณ ลำพูน. "ระบบคำนิยาม," ใน ลักษณะสังคมไทย. หน้า 89 - 90. กรุงเทพฯ : เลี้ยวเชียงใหม่เจริญ, 2515.
- พิทยา สายชู. "ปัญหาของผู้สูงอายุ : ในแง่สังคมและวัฒนธรรม," คุรุปริทัศน์ ฉบับพิเศษ : ขานรับปีสุขภาพผู้สูงอายุ. 76 - 82 ; 2525.
- พอง เกิดแก้ว. อนามัยส่วนบุคคลและอนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2518.
- เมธี บิลันธนานนท์ และคนอื่น ๆ. คู่มือการปลูกฝังคำนิยาม กลุ่มนักวิชาการ. กรุงเทพฯ : กองวิจัยและแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ, 2525.
- _____. "วิธีการปลูกฝังและเสริมสร้างคำนิยาม," คุรุปริทัศน์. 8 : 42 - 48 ; 2526.
- มาลีณี วงษ์สิทธิ์. ทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2535.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.
- รัตนา เพ็ชรอุไร และอดุลย์ วิริยเวชกุล. "ผู้สูงอายุในประเทศไทย : ประเด็นที่ควรศึกษาวิจัย," ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคทางวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2538.

- วิเชียร เกตุสิงห์. "ค่าเฉลี่ยกับการแปรความ : เรื่องต่าง ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้,"
ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 18(3) : 8 - 12 ; กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2538.
- วิบุต วิเชียรโชติ. "แนวความคิดเกี่ยวกับการศึกษาตลอดชีวิตและการพัฒนาสังคม,"
สังคมศาสตร์ปริทัศน์. 11(9) : 52 - 69 ; กันยายน 2516.
- ศุภกร ศรีแสน. ปรัชญาและแนวคิดทางการศึกษา. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัย
 ศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม, 2522.
- ศรีจิตรา บุณนาค. "ปัญหาสุขภาพและแนวความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ,"
แพทยสภาราษฎร. 18 : 251 - 263 ; เมษายน 2532.
- สมพร เทพสิทธิ์า. ค่านิยมของข้าราชการควรเป็นอย่างไร. กรุงเทพฯ : สมชายการพิมพ์,
 2525.
- สมบัติ มหาเรศ. การสอนค่านิยม. ม.ป.ท., 2520.
- สุภาวดี มิตรสมหวัด. สังคมไทย. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ บางเขน, 2533.
- สมจิตต์ สุวรรณทัต ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทรมณี. ค่านิยมทางสุขภาพของ
 ประชาชนในพื้นที่ยากจน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัย
 มหิดล, 2525.
- สุธี เสถียรยานนท์. ค่านิยมทางสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพ.
 ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
 2530. อัดสำเนา.
- สถิตินแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน.
 กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2535.
- _____. รายงานผลการสำรวจแรงงาน. กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2536.
- _____. สถิติการศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2537.
- _____. สถิติประชากรทั่วประเทศ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2537.
- _____. สถิติรายได้รายจ่ายของครัวเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎามนตรี, 2537.

สุนทรี วัฒน และสนิท สัมครการ. "ค่านิยมและระบบค่านิยมไทย," การศึกษาแห่งชาติ.

14(6) : 67 - 80 ; สิงหาคม - กันยายน 2523.

_____. ค่านิยมและระบบค่านิยมไทย. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัย สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์, 2522.

_____. รายงานการวิจัยเรื่องค่านิยมและระบบค่านิยมไทย : เครื่องมือในการสำรวจวัด. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัย สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์, 2522.

สารوخ บัวศรี. "จริยธรรมและค่านิยม," จันทร์เกษม. 216 : 22 - 34 ; มกราคม - มีนาคม 2534.

_____. จริยธรรม. กรุงเทพฯ : อรุณสภา, 2526.

สุรกุล เจนอรรถ. "การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ : ความจำเป็นอันเร่งด่วน," การศึกษา
นอกระบบ. 1(1) : 12 - 17 ; พฤษภาคม - สิงหาคม 2529.

_____. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

ไสว พรหมณี. "การบรรยายเรื่อง นโยบายรัฐบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ," การวิจัยผู้สูงอายุ
ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538..

อานวย ฉำรัชสินธุ์. ค่านิยมทางสุขภาพของครูโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงาน
ประถมศึกษา จังหวัดอ่างทอง. ปริณิพานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.

อานนท์ อาภาภิรมย์. "ระบบค่านิยม," จันทร์เกษม. 176 : 7 - 14 ; มกราคม - กุมภาพันธ์ 2527.

อาภา ใจงาม. "พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพจิตสังคมของผู้สูงอายุ," วารสารพยาบาล.
39 : 140 - 149 ; เมษายน - มิถุนายน 2539.

Anderson, Lillian M. "The Relationship of Locus of Control, Health
Value, Health Behavior and Health Status in the Elderly,"
Dissertation Abstracts International. 40 : 4907-A ; March, 1980.

- Bohnenblust, Stephen Erie. "Relationships Between Students Values, Teacher Values, and Health Attitudes Among Students Enrolled in A College Level Personal Health Class," Dissertation Abstracts International : The Humanities and Social Science. 41(8) : 3433-A ; February, 1980.
- Bloom, Benjamin S. Taxonomy of Education Objective. New York : The Johns Hopkins Press, 1969.
- Cronbach, Lee Josept. Essentials of Psychology Testing. 3rd ed. New York : Herper and Row, 1970.
- Dunn, Deborah Ann. "The Relationship of Health Locus of Control and Health Value to Medical Self-Core Knowlege and Attitudes of Undergraduate and Graduate Health Education Major in Oregon," Dissertation Abstracts International. 41 : 3433-A ; February, 1981.
- Feather, Norman T. Value in Education and Society. Collier Macmillan, 1975.
- Gifft, Halen H. and others. Nutrition Behavior and Change. New Jersey : Prentied-Hall, 1972.
- Hain, Mary Jeanns and Chen Shu-Pi. "Health Needs of the Elderly," Nursing Research. 25 : 433 - 438 ; November-December, 1967.
- Hildreth, Glady J. "Pariticipation an Enjoyment of Famity Maintenance Activities by Elderly Woman," Family Relation. 29 : 386 - 390 ; 1980.
- Miller, Carroll H. Guidance Service : An Introduction. A Harper International Student, 1965.

Rath, Louis B., Merrill Harmin and Sidney B. Simon. Values and Teaching. Columbus, Ohio : Charles B. Merrill, 1966.

Rhenix, Philip H. Philosophy of Education. New York : Henry Holt and Company, 1958.

Roheach, Milton. Beliefs Attitude and Values. San Francisco, Jassey-Bass, 1970.

Tissue To in Keneth F. Ferraro. "Self Rahing of Health Among the Old and Old-Old," Journal of Health and Social Behavior. 21 : 377 - 380 ; December, 1980.

Stout, Susan Andrenes, "A Study of the Structure of Health Values," Dissertation Abstracts International : The Humanities and Social Science. 41(1) : 4907-A ; July, 1980.

Yamane, Taro. Statistical and Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1976.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ



ที่ ทม 1007/๐๕๕๘

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๗ มกราคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวพรรณ ว่องรักษ์สัตว์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง คำนิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของ

ผศ.วินัส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

ผศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอสัมภาษณ์สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เวลาตั้งแต่ 9.00-15.00 น.
ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2540 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริฎา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119



บันทึกข้อความ

119

ส่วนราชการ

บัณฑิตวิทยาลัย มศว ประสานมิตร ทร. 268

ที่ ทม 1007/๕๔๘/ วันที่ ๑๗ มกราคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวสุพรรณ วงษ์รักษ์สัตว์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง คำนิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของ

ผศ.วินัส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

ผศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี

กรรมการ

สิ่งที่นิตินิพนธ์ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ รศ.ดร.ดิลก ดิลกานนท์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
เครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

120

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว ประสานมิตร โทร. 268

ที่ ทม 1007/๐๒๘๘ วันที่ ๑๕ มกราคม 2540

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวสุพรรณ วงษ์รักษ์สัตว์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท

วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์

เรื่อง คำนิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของ

ผศ.วินัส บัณฑาสพงษ์

ประธาน

ผศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตฯขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ ผศ.สุภาพ ธีระประทีป และ อ.จงรักษ์ สุกกิจเจริญ

เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

121

ส่วนราชการ

บัณฑิตวิทยาลัย มศว ประสานมิตร โทร. 268

ที่

ทม 1007/๔๔ ๘๕

วันที่

๑๗ มกราคม 2540

เรื่อง

ขอความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวสุพรรณ ว่องรักษัตว์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง คำนิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของ
ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธาน
ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี กรรมการ
สิ่งที่นิสิตได้ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ อ. ไพฑูรย์ อ่อนมั่ง เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ
การวิจัย
บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

(นางสาวศิริยา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

122

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว ประสานมิตร ทร. 268
ที่ ทม 1007/๒๕๖๔ วันที่ ๑๖ มกราคม 2540
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวสุพรรณ ว่องรักษ์สัตว์ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง คำนิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของ

ผศ.วินัส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

ผศ.จุฑามาศ เทพชัยศรี

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตได้ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ ศ.สุชาติ อินทรประสิทธิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ
การวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

(นางสาวศิริยา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญการตรวจแบบสัมภาษณ์

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ติลก ติลกานนท์
อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ ชีระประทีป
รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. อาจารย์จรงค์ สุภกิจเจริญ
รองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. อาจารย์เรีอโรทไพลย์ อ่อนมั่ง
อาจารย์ประจำคณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร
5. ศาสตราจารย์สุชาติ อินทรประสิทธิ์
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย เรื่อง

ค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 2 ตอนดังนี้
 ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ให้สัมภาษณ์
 ตอนที่ 2 แบบประเมินค่านิยมทางสุขภาพ
2. ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความเป็นจริงของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ให้สัมภาษณ์

1. อายุ
 - ☐ 55 - 59 ปี
 - ☐ 60 ปีขึ้นไป
2. เพศ
 - ☐ ชาย
 - ☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส
 - ☐ โสด
 - ☐ คู่
 - ☐ หย่าร้าง
 - ☐ หม้าย
 - ☐ แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

- ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา
- ☐ ระดับประถมศึกษา
- ☐ ระดับมัธยมศึกษา
- ☐ ระดับอุดมศึกษา
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

5. รายได้.....บาท

6. อาชีพ

- ☐ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
- ☐ ค้าขาย
- ☐ เกษตรกรรม
- ☐ รับจ้าง
- ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

7. มีรถประจำตัว

- ☐ มี.....
- ☐ ไม่มี

ตอนที่ 2 แบบประเมินสำนึกทางสุขภาพ

จากข้อความต่อไปนี้ ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตรงตามความเป็นจริงของผู้สูงอายุ

ข้อ	ข้อความ	ระดับของการให้ค่าหรือการให้ความสำคัญ สำหรับยึดถือเป็นหลักปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	<u>การทำความสะอาดร่างกาย</u>					
1.	การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร.....					
2.	การล้างมือหลังถ่ายอุจจาระ.....					
3.	การแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร.....					
4.	การบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร.....					
5.	การอาบน้ำตอนเช้า.....					
6.	การอาบน้ำตอนเย็น/ก่อนนอน.....					
7.	การใส่เสื้อผ้าที่สะอาด.....					
8.	การใส่รองเท้าเมื่อออกจากบ้าน.....					
9.	การทำความสะอาดอวัยวะเพศ.....					
10.	การไม่ใช้เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มร่วมกับผู้อื่น.....					
11.	การตัดเล็บมือ เล็บเท้า.....					
12.	การระวังไม่ให้มือที่สกปรกไปถูกตา.....					
	<u>อาหารและการบริโภค</u>					
1.	การเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกแล้ว.....					
2.	การเลือกรับประทานอาหารที่สะอาด.....					
3.	การรับประทานอาหารจากพวกหมักดอง.....					

ข้อ	ข้อความ	ระดับของการให้ค่าหรือการให้ความสำคัญ สำหรับยึดถือเป็นหลักปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4.	การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน					
5.	การรับประทานอาหารก่อนรับประทาน					
6.	การปิดอาหารไม่ให้แมลงวันตอม					
7.	การดื่มหม					
8.	การรับประทานอาหารประเภทของหวาน					
	<u>การออกกำลังกายและการพักผ่อน</u>					
1.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอ					
2.	จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ					
3.	จำนวนชั่วโมงในการพักผ่อน					
4.	การหางานอดิเรกทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด					
5.	การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ต้องออกให้เหนื่อย					
6.	การเตรียมความพร้อมก่อนออกกำลังกาย					
7.	เวลาการเตรียมความพร้อมก่อนออกกำลังกาย					
8.	ความผิดปกติขณะออกกำลังกาย					
9.	การพักผ่อนหลังออกกำลังกาย					
10.	การฝึกจิตใจให้สงบ (สวดมนต์, นั่งสมาธิ)					
11.	การระงับอารมณ์โกรธ					
12.	การอ่านและ/หรือฟังข่าวจากหน้าหนังสือพิมพ์ วิทยุ หรือโทรทัศน์					

ข้อ	ข้อความ	ระดับของการให้ค่าหรือการให้ความสำคัญ สำหรับยึดถือเป็นหลักปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	<u>การป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ</u>					
1.	การเก็บของมีคมในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย					
2.	การตรวจตราไฟฟ้าให้เรียบร้อยหลังเลิกใช้					
3.	การจัดให้มีแสงสว่างในบ้านที่เพียงพอ					
4.	การมีเครื่องดับเพลิงไว้ใช้ในบ้าน					
5.	การใช้น้ำสายล่อฟ้าตามตึกและอาคารสูง					
6.	การข้ามถนนในทางข้าม					
7.	การไม่เปิด-ปิดสวิตช์ไฟฟ้าด้วยมือที่เปียก					
8.	การปฏิบัติตามกฎจราจร					
9.	การระมัดระวังการใช้อักรถจักรยาน					
10.	การใส่รองเท้าที่พอดีกับเท้า					
11.	การใส่รองเท้าควรเป็นสันเรียบ					
12.	ควรมีราวจับหรือยึดในสถานที่อาจเกิดอันตราย ได้ง่าย เช่น ห้องน้ำ บันได					
13.	การต่อสายดินของเครื่องใช้ไฟฟ้า					
	<u>ด้านสุขภาพจิต</u>					
1.	การกระทำสิ่งใด ๆ โดยไม่หวังผลตอบแทน					
2.	การพอใจในสภาพที่เป็นอยู่					
3.	การยอมรับคำแนะนำหรือคำวิจารณ์จากเพื่อน ๆ					

ข้อ	ข้อความ	ระดับของการให้ค่าหรือการให้ความสำคัญ สำหรับยึดถือเป็นหลักปฏิบัติ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4.	การปฏิบัติศาสนกิจเพื่อช่วยผ่อนคลายปัญหาและความตึงเครียดทางจิตใจ.....					
5.	การปรึกษาปัญหากับผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจได้เมื่อมีปัญหา มาก ๆ.....					
6.	การเข้าสังคม.....					
7.	การช่วยเหลือกิจกรรมของสังคม.....					
8.	การระงับความเครียดด้วยการรับประทานยา.....					
9.	การรับประทานยาเพื่อช่วยให้นอนหลับ.....					

ภาคผนวก ค

คำอธิบายงานและคำความเชื่อมั่น

ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดค่านิยมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปทุมธานี

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
ด้านการทำความสะอาดร่างกาย	
1	.58
2	.62
3	.64
4	.60
5	.57
6	.85
7	.52
8	.34
9	.64
10	.31
11	.69
12	.43
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84	
ด้านอาหารและการบริโภค	
1	.54
2	.57
3	.42
4	.49

ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก
5	.61
6	.34
7	.60
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73	
ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน	
1	.64
2	.59
3	.78
4	.62
5	.74
6	.87
7	.84
8	.62
9	.82
10	.29
11	.14
12	.31
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90	

ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก
ด้านการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ	
1	.63
2	.63
3	.49
4	.65
5	.72
6	.74
7	.46
8	.68
9	.59
10	.65
11	.61
12	.32
13	.32
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87	
ด้านสุขภาพจิต	
1	.19
2	.12
3	.31
4	.42
5	.32

ชื่อ	ค่าอำนาจจำแนก
6	.33
7	.30
8	.19
9	.51
ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .61	

พ.ศ.2531 พยาบาล 6 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปทุมธานี

พ.ศ.2537 พยาบาล 6 หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปทุมธานี

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวสุพรรณ วงษ์รักษิตว์

เกิดวันที่ 2 เดือน ธันวาคม พุทธศักราช 2499

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 129 ซอยประชาราษฎร์บำเพ็ญ 8

ถนนประชาราษฎร์บำเพ็ญ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10320

สถานที่ทำงาน ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12120

ตำแหน่ง พยาบาล 6

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2521 อนุปริญญาพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2523 พยาบาลศาสตรบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2540 การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2523 พยาบาล 3 ประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก

72/8 ตะวันตก ร.พ.ศิริราช กรุงเทพฯ

พ.ศ.2525 พยาบาล 4 ประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเด็ก

(อินทสุขศรี) ร.พ.ศิริราช กรุงเทพฯ

พ.ศ.2527 ประกอบกิจการสถานรับเลี้ยงเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงก่อนวัยเรียน

กรุงเทพฯ

พ.ศ.2530 พยาบาล 4 ประจำการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ปทุมธานี