

ปี ๒๕๖๒

๒๕๖๒

๒๕๖๒

ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุวิรัชยาบาล กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์

ของ

กรรณิการ์ พัฒนาคุณวิทยา

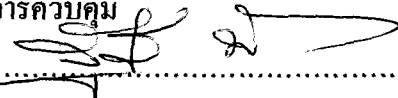
เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

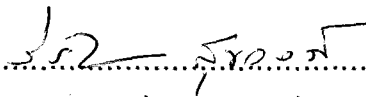
เมษายน ๒๕๖๒

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

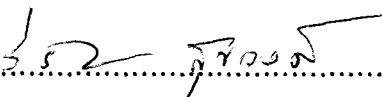
คณะกรรมการควบคุม


.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमार)

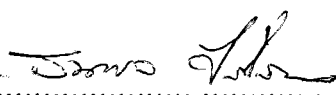

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

คณะกรรมการสอบ


.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमार)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์สมพล จุลโกล)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ ๕.๑. เดือน เมษายน พ.ศ. 2542

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและการให้ความช่วยเหลือแนะนำเป็นอย่างดี จากรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ ประธานและกรรมการผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ อาจารย์สมพล จุลโกลน กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงจินตนา โยธาสมุทร รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมากร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประไพวรรณ คำนประดิษฐ์ อาจารย์พิสมัย พิทักษาวรากร อาจารย์ทัศนาทองภักดี ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถาม และให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่อนามัยชุมชน โรงพยาบาลตากสินและวชิรพยาบาล ที่ได้อำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสินและวชิรพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณพี่ เพื่อน และน้องพยาบาลผู้ใกล้ชิด คุณวรวิทย์ พูลสวัสดิ์ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา คุณค่าของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณ คุณพ่อสิทธิกร คุณแม่กัญญา พัฒนผดุงวิทยา ครูอาจารย์ที่เคารพ ที่กรุณาอบรมเลี้ยงดูปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม เป็นกำลังใจและกำลังทรัพย์แก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	
คำนำ.....	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า.....	6
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	10
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	10
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	35
การวิจัยในต่างประเทศ.....	35
การวิจัยในประเทศไทย.....	39
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	52
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	53
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
ประชากร.....	53
กลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
ลักษณะของเครื่องมือ.....	53
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ.....	55
เกณฑ์การให้คะแนนเครื่องมือ.....	55
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	57
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล.....	58
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	58
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	65
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	65
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	65
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	67
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	79
บทย่อ.....	79
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า.....	79
วิธีดำเนินการวิจัย.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
สรุปผลการค้นคว้า.....	81
อภิปรายผล.....	82
ข้อเสนอแนะ.....	93
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	94
บรรณานุกรม.....	96
ภาคผนวก.....	105
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	126

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	แสดงจำนวนและการกระจายร้อยละของประชากรไทยที่คาดประมาณ ภายใต้ข้อสมมติฐานภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลาง พ.ศ. 2530-2555.....	2
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา.....	67
3	ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร.....	69
4	ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร.....	70
5	ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร.....	70
6	ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร.....	71
7	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร.....	72
8	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ.....	73
9	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะครอบครัว.....	73
10	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา.....	74
11	วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตาม ระดับการศึกษา.....	74
12	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้.....	75
13	วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้...	75

14	วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	76
15	วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	76
16	ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนายค่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร.....	77

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ระยะของการดูแลตนเอง.....	23
2 รูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน.....	32
3 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	51

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ในปัจจุบันประเทศต่างๆ กำลังประสบปัญหาจากการเพิ่มของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเป็นที่ยอมรับกันว่า ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีชีวิตยืนยาวขึ้น มีสุขภาพดีขึ้น สถิติความพิการจะลดลงทั้งนี้ เพราะความเจริญก้าวหน้าในทางการแพทย์ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยสูงและเพิ่มจำนวนมากขึ้น ประกอบกับผลสำเร็จของการวางแผนครอบครัว และพัฒนาการทางด้านสาธารณสุขที่ส่งผลให้อัตราการเกิดลดจำนวนลง ในขณะที่อัตราการตายอันเนื่องจากความสูงอายุก็น้อยลงด้วยเช่นกัน

จากการศึกษาประชากรโลกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกประเทศทั่วโลกในปี พ.ศ. 2518 มีประชากรของโลกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปจำนวน 364 ล้านคน และคาดคะเนว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรโลกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปถึง 1,121 ล้านคน (สุชาติ นิยมมานิตย์. 2540 : 394) รวมทั้งการศึกษาวิจัยของสหประชาชาติได้แสดงให้เห็นแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ในปี พ.ศ.2543 โลกจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 580 ล้านคน และเกือบครึ่งหนึ่งเป็นประชากรแถบเอเชีย (280 ล้านคน) ในขณะที่อัตราเพิ่มของประชากรโลกเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 52 แต่อัตราการเพิ่มของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปกลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 102 นับว่าเพิ่มขึ้นในอัตรารวดเร็วมาก แสดงว่าผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มประชากรกลุ่มใหญ่ในอนาคตอันใกล้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัทรี ดันศิริ. 2536 : 8 ; อ้างอิงมาจาก Kerrigan. 1981 : 4)

สำหรับประเทศไทย อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยยืนยาวมากขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2528 - 2533 อายุขัยเฉลี่ยของชาย เท่ากับ 61.8 ปี และหญิงเท่ากับ 67.5 ปี ส่วนผู้สูงอายุชายและหญิงที่อายุ 60 ปี จะมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยเฉลี่ยอีกประมาณ 15.4 ปี และ 17.5 ปี ตามลำดับ ในอีกประมาณ 20-25 ปี ข้างหน้า ผู้สูงอายุชายและหญิงจะมีชีวิตอยู่ต่อไป โดยเฉลี่ยเพิ่มอีกประมาณ 1 ปี (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัทรี ดันศิริ. 2536 : 8; อ้างอิงมาจาก นภาพร ชโยวรรณ และ มาลินี วงศ์สิทธิ์. 2529 : 1) การที่ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้นาของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มจะเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อย ๆ

นอกจากนี้ การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ภายใต้อสมมุติฐานภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลาง โดยคณะทำงานคาดประมาณจำนวนประชากรภายใต้คณะอนุกรรมการนโยบายและแผนประชากร ก็แสดงให้เห็นว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นอีกเท่าตัวภายในระยะเวลา 20 ปีข้างหน้า และสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) และประชากรในวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ก็จะเพิ่มขึ้น ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและการกระจายร้อยละของประชากรไทยที่คาดประมาณ ภายใต้ข้อสมมติฐานภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลาง ระหว่าง พ.ศ. 2530 - 2555

กลุ่ม อายุ	2530		2535		2540		2545		2550		2555	
	จำนวน (1,000)	ร้อยละ	จำนวน (1,000)	ร้อยละ	จำนวน (1,000)	ร้อยละ	จำนวน (1,000)	ร้อยละ	จำนวน (1,000)	ร้อยละ	จำนวน (1,000)	ร้อยละ
0-14	18,894	35.2	18,652	32.1	18,074	29.1	17,376	26.4	16,716	24.2	15,951	22.2
15-59	31,624	59.0	35,719	61.6	39,634	63.8	43,359	65.8	46,514	67.2	48,820	67.9
60+	3,087	5.8	3,669	6.3	4,394	7.1	5,130	7.8	5,935	8.6	7,104	9.9
รวม	53,605	100.0	58,040	100.0	62,102	100.0	65,865	100.0	69,165	100.0	71,875	100.0

ที่มา : ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2536 : 3 ; อ้างอิงมาจาก The Working Group on Population Projections of the Sub - Committee on Population Policy and Planning.
1986 : 16-19.

จากการศึกษาพบว่า การที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ มีผลให้อัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระเพิ่มสูงขึ้นด้วย นับว่าเป็นปัญหาที่ต้องวางแผนเพื่อดำเนินการป้องกันแก้ไขในทุกด้าน โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพอนามัย

ในปี พ.ศ. 2525 องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้เป็นปีผู้สูงอายุ และขอให้ประเทศสมาชิกจัดทำแผนระยะยาวที่จะให้หลักประกันทางเศรษฐกิจ และสังคมแก่ผู้สูงอายุทั้งนี้เพราะในปัจจุบันผู้สูงอายุได้รับความสนใจจากผู้อยู่ในวัยอ่อนกว่าน้อยลง ทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุบางคนเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อสังคมเป็นอย่างมาก สำหรับประเทศไทยได้ดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน เพื่อดำเนินการในด้านบริการสุขภาพ สวัสดิการ จัดหาทุนส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุศึกษาวิจัย และวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จึงจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2525-2544 ขึ้น และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544 ได้เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงตามวัย และดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและการรองรับประชากรผู้สูงอายุ เพื่อการแก้ไขปัญหาอื่น ๆ ที่จะตามมาภายหลัง เช่น การเกิดโรคและความพิการต่าง ๆ ที่พบได้บ่อย ๆ ในผู้สูงอายุ ฯลฯ

โรคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประกอบด้วยโรคหลายโรค มีทั้งโรคเรื้อรังและโรครักษาไม่หายได้ผล เคยเชื่อกันว่าโรคของผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมชราของสังขาร แล้วเข้าใจว่าผู้สูงอายุทุกคนจะต้องเป็น แต่ภายหลังที่คณะแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยคิง สหรัฐอเมริกาได้ทำการศึกษาแล้วก็ปรากฏว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 เท่านั้นที่เป็นโรคของผู้สูงอายุ และบุคคลที่ได้รับการรักษาตัวเป็นอย่างดีก่อนที่จะสูงอายุมักจะเป็นโรคของผู้สูงอายุน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้สนใจสุขภาพของตัวเอง (บริบูรณ์ พรพิบูลย์, 2535 : 75 - 76) จะเห็นได้ว่าโรคของผู้สูงอายุส่วนใหญ่นอกจากเกิดจากความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายแล้ว ยังเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคของผู้สูงอายุเป็นโรคซึ่งป้องกันได้ ชลอความเสื่อมได้โดยการสนใจสุขภาพตัวเองในการดูแลตนเอง เพราะการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 23)

นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ (2534 : 113) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล คือบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้สาเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตน ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้สาเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพล

ของผู้อื่น แนวความคิดนี้มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของจูเลียน รัตเตอร์ บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตนก็ควรจะได้รับผิชอบในสุขภาพของตนเอง มีการแสดง พฤติกรรมป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพในขณะที่บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน จะเชื่อว่าเขามี ส่วนน้อยมากหรือแทบจะไม่มีเลยในการควบคุมสุขภาพ ภาวะการเจ็บป่วยหรือการมีสุขภาพ แข็งแรงจึงอาจอธิบายอย่างง่าย ๆ ว่าเป็นเพราะโชคชะตา กรรม หรือแม้แต่สิ่งเหนือธรรมชาติ (มัลลิกา มัติโก. 2534 : 85) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136-137) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจภายใน ตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่ง สภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ สำหรับความเชื่ออำนาจภายนอกตน (ความเชื่ออำนาจผู้อื่นและ ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาและความบังเอิญเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์

ในภาพรวมจะเห็นว่า แม้จะมีแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุนโยบายบริการสาธารณสุขยังไม่ สามารถเข้าถึงและครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุได้ทั้งหมด ทั้งนี้เพราะระบบ บริการสาธารณสุข และการศึกษาด้านสาธารณสุขยังมุ่งเน้นการรักษาพยาบาลแบบตั้งรับโดยวิธีการ เป็นผู้ให้บริการ (Provider) และลักษณะการบริการแบบสำเร็จรูป (Stereotyped) มากกว่าการรุก เข้าไปในชุมชน สุชาติ นิยมมานิตย์ (2540 : 397 - 400) ได้กล่าวว่าแนวคิดเกี่ยวกับการบริการ สาธารณสุขที่จะตอบสนองต่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนในปี พ.ศ. 2543 นั้น เจ้าหน้าที่ ทางสาธารณสุขต้องให้การพยาบาลโดยมุ่งหวังให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชนสามารถพึ่ง ตนเองในการดูแลสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง ด้วยกลวิธีการพยาบาลครอบครัวที่บ้าน การดูแลตนเอง และกันเอง ภายใต้การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ซึ่งจะปรับเปลี่ยนไปตามสภาพปัญหาและความ ต้องการของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุใน อนาคตนั้น คงต้องให้ความสำคัญในเรื่องของการดูแลตนเอง

ในเขตเมือง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านสังคม รูปแบบการดำเนินชีวิต รวมทั้งด้านเศรษฐกิจเงินบาทลอยตัวในภาวะปัจจุบันมีผลกระทบต่อ ผู้สูงอายุมาก โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาสุขภาพอนามัย การดำเนินชีวิตอยู่ใน วงแคบจำกัด การร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลงไปเรื่อย ๆ ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่ตามลำพังตลอด เวลาเพราะลูกหลานแยกย้ายไปตั้งครอบครัวหรือต้องออกไปประกอบอาชีพทำงานหาเลี้ยงตนเอง และครอบครัว โดยเฉพาะในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันแต่ละคนต้องช่วยเหลือตนเองมากขึ้นทำให้ขาด

การติดต่อสัมพันธ์กันเป็นบางครั้ง สั้นบ้าง ยาวบ้าง ผู้สูงอายุจึงอยู่อย่างโดดเดี่ยวทำให้เกิดสภาพแวดล้อมและสังคมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ผลจากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุบางรายต้องประสบกับภาวะบิบบิ้นในด้านต่างๆ ส่งผลให้สภาวะสุขภาพกายและจิตเสื่อมโทรม ผู้สูงอายุจึงต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น การที่ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ย่อมทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันจึงได้มีการรวมตัวกันจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น เป็นกิจกรรมในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้พัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เพราะในชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การรวมกลุ่มเพื่อพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้ และช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสุขภาพอนามัยทั้งร่างกาย และจิตใจ การดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรคที่คุกคามสุขภาพ การโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม นันทนาการ ตลอดจนการตรวจสุขภาพ ซึ่งการให้ความรู้ดังกล่าวนี้ รวมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่จัดขึ้นในชมรม เป็นการคงสถานภาพและส่งเสริมบทบาททางสังคม รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไว้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิต ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนในเรื่องความสามารถดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพต่อไป

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นสิ่งที่สำคัญในการที่จะพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้า แต่การที่จะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพนั้นมิใช่มีแต่เฉพาะวัยเด็ก และวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว หากแต่ผู้สูงอายุก็ยังไม่ต่างไปจากการละเลยต่อทรัพยากรที่ทรงคุณค่าที่สุด (เนื่องจากผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีค่าไปด้วยประสบการณ์ และบทเรียนชีวิต ทำให้มองเห็นการณ์ไกลมีการคาดคะเน และมีการตัดสินใจที่ดีมีเหตุผล ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการช่วยเหลือตามความต้องการ เช่น ด้านสุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม สวัสดิภาพสังคม ความมั่นคงในรายได้ การศึกษา และกิจกรรมที่

วัยผู้สูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของการพัฒนาการของมนุษย์ ซึ่งมีความเสื่อมทางร่างกายทั้งในด้านที่มองเห็นได้ง่ายและมองเห็นได้ยาก ความเสื่อมทางร่างกายกระทบกระเทือนงานอาชีพ ลักษณะอารมณ์ ลักษณะสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและในสังคม แม้เป็นระยะแห่งความเสื่อมแต่ผู้สูงอายุก็อาจใช้ชีวิตยามชราได้อย่างมีความสุข โดยการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะเผชิญกับความชรา การรู้จักปรับตัวทางด้านร่างกาย อาชีพ และสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันการเกิดโรคของผู้สูงอายุด้วยการสนใจสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและสังคมจะมีส่วนช่วยให้มีความสุขแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตยามบั้นปลายอย่างมีความสุข

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร เนื่องจากผู้สูงอายุในชมรมดังกล่าว มีจำนวนสมาชิกเข้าร่วมทำกิจกรรมกันมากและสม่ำเสมอ รวมทั้งเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นความจริงได้ โดยต้องการหาคำตอบว่า ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลและมีความสัมพันธ์ รวมทั้งเป็นตัวทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างรูปแบบส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ และเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว
5. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

๙

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นพื้นฐานในการสร้างรูปแบบส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางให้กับนักสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพใช้ในการดำเนินงานเพื่อปรับกิจกรรม และวางแผนจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร

ประชากร เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งมีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม ตามบัญชีรายชื่อ จำนวน 400 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 196 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1960 : 99)

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ

3.1.1 ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ จำแนกเป็น

3.1.1.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

3.1.1.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

3.1.1.3 ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ

3.1.2 ปัจจัยพื้นฐาน จำแนกเป็น

3.1.2.1 เพศ

3.1.2.2 ระดับการศึกษา

3.1.2.3 รายได้

3.1.2.4 สถานภาพสมรส

3.1.2.5 ลักษณะครอบครัว

3.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของตน ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ (The Multidimensional Health Locus of Control Scale) ของ

วอลสตัน และคนอื่น ๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย กรรณิการ์ กันทะรักษา (2527 : 158 - 161) โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพอนามัยของตนเป็นผลมาจากการกระทำ หรือความสามารถของตน ไม่ว่าจะเป็นผลดีหรือผลร้ายก็ตาม

1.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพอนามัยของตนไม่ได้เป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง แต่ขึ้นอยู่กับผู้อื่น ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน แพทย์ และพยาบาล

1.3 ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพอนามัยของตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำ หรือความสามารถของตนเอง แต่ขึ้นกับสาเหตุต่าง ๆ จากภายนอก ได้แก่ ความบังเอิญ โชคชะตา อำนาจเหนือธรรมชาติ

2. ปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งจำแนกได้ดังนี้

2.1 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาที่จบชั้นสูงสุดของผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173)

2.1.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

2.1.2 ระดับประถมศึกษา

2.1.3 ระดับมัธยมศึกษา

2.1.4 ระดับอุดมศึกษา

2.2 รายได้ หมายถึง เงินเดือนหรือรายได้พิเศษอื่นของผู้สูงอายุรวมถึงคู่สมรส หรือผู้ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งพิจารณาจากรายได้เฉลี่ยเป็นรายเดือน แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 382)

2.2.1 ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน

2.2.2 3,000 - 8,000 บาท/เดือน

2.2.3 8,001 - 13,000 บาท/เดือน

2.2.4 13,001 บาทขึ้นไป

2.3 สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามีภรรยา แบ่งเป็น (อิสรา อารณ. 2540 : 7)

2.3.1 คู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังมีสามีภรรยาคู่ด้วยกันในปัจจุบัน

2.3.2 โสด หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีสามีหรือภรรยา

2.3.3 หม้าย หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีตแต่สามีหรือภรรยาเสียชีวิต

2.3.4 หย่า หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีตแต่สามีหรือภรรยาหย่าร้างกัน

2.3.5 แยก หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคยมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในอดีต แต่ปัจจุบันแยกกันอยู่

2.4 ลักษณะครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสายโลหิตแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ครอบครัวเดี่ยว กับครอบครัวขยาย ดังนี้

2.4.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับสามี/ภรรยาหรือสามี/ภรรยาและบุตร เท่านั้น

2.4.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับสามี/ภรรยาหรือสามี/ภรรยาและบุตรแล้วยังมีผู้อื่นที่เป็นญาติอาศัยอยู่ด้วย เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา หลาน เป็นต้น

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากการเจ็บป่วย ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale : Form A) ของเอเวอร์ส และคนอื่น ๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 306) และบางส่วนผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม

4. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานครที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

5. ชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร หมายถึง สถานที่ซึ่งเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สังกัดโรงพยาบาลวชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับความหมายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีของควมมีอายุ การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ โรคของผู้สูงอายุ การดูแลตนเองในแนวคิดของโอเร็ม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ตลอดจนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ทั้งการวิจัยในต่างประเทศและการวิจัยในประเทศไทย ดังมีรายละเอียด ดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

✓ ความหมายของผู้สูงอายุ

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

สุจินต์ ปริษามารถ (2535 : 501) ได้กล่าวว่า การกำหนดนับว่าวัยชราควรจะเริ่มตั้งแต่อายุเท่าใดนั้นยังไม่มีที่แน่นอน บ้างก็ว่าวัยชราควรมีอายุตามปฏิทิน คือ มีอายุตั้งแต่ 60-65 ปีขึ้นไป แต่ในทางสรีรวิทยานั้นได้กล่าวว่าเซลล์ของร่างกายจะเริ่มเสื่อมสภาพลงหลังจากอายุ 25-30 ปีขึ้นไป เมื่อเป็นเช่นนี้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายจะเริ่มเสื่อมสภาพทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานลดลง ซึ่งถือว่าเริ่มเข้าสู่ความชรานั้นเอง แต่อย่างไรก็ดีการกำหนดอายุตามปฏิทินนั้น เป็นเรื่องที่สะดวกและกระทำกันมาอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ กำหนดให้ผู้ที่มิใช่มีอายุปฏิทิน 60 ปี ต้องเกษียณราชการเพราะถือว่าเข้าสู่วัยชราเพื่อเป็นการพักผ่อน หลังจากที่ได้ตรากตรำทำงานหนักมาเป็นเวลานาน แต่ความชรานั้นจะยึดถืออายุปฏิทินเพียงอย่างเดียวก็คงจะไม่ได้ เนื่องจากภาวะของความชรามีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อันเป็นผลจากประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน การระมัดระวังดูแลสุขภาพแตกต่างกันตลอดจนสภาวะทางอารมณ์ที่ต่างกันไปด้วย นอกจากนี้แล้วพันธุกรรมและเพศก็เป็นตัวกำหนดภาวะความชราที่สำคัญอีกด้วย แต่เดิมคำว่า "ผู้สูงอายุ" ยังไม่มีใช้ดังเช่นปัจจุบัน แต่จะใช้คำว่า "คนแก่" หรือ "คนชรา" กันเป็นส่วนมาก อย่างไรก็ตามได้มีการบัญญัติคำว่า "ผู้สูงอายุ" ขึ้นเพื่อใช้แทนคำดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อเป็นการยกย่อง และแสดงความเคารพต่อผู้สูงอายุทั้งยังเป็นการจรรโลงจิตใจของผู้สูงอายุมิให้เกิดความประหวั่นพรั่นพรึงกับคำว่า "แก่" หรือ "ชรา" อีกด้วย

/ เบอร์เรน (Birren, 1981 : 68) ได้กล่าวว่าการกำหนดว่าใครเป็น "ผู้สูงอายุ" นั้นควรพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ จิต และสังคม สำหรับด้านชีวภาพจะคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกายเป็นเกณฑ์ทางด้านจิตนั้นจะพิจารณาความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมความสอดคล้องในการรับรู้การจดจำ การรับความรู้ใหม่ ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเองและแรงกระตุ้นในตน ส่วนด้านสังคมก็จะดูบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ ถ้าจะใช้หลักของเบอร์เรน เกณฑ์ตัดสินว่าผู้ใดคือ "ผู้สูงอายุ" ก็คือ เน้นการทำหน้าที่และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลนั่นเอง ถ้ายังกระฉับกระเฉงทำหน้าที่ได้ดีปรับตัวก็ยังไม่แก่

ด้อย ชุมสาย (2514 : 14) ได้กล่าวถึงชราภาพในแง่ของวิชาการแขนงต่าง ๆ ดังนี้

1. ทางสังคมวิทยา ผู้สูงอายุคือผู้ที่ต้องให้สังคมอนุเคราะห์มากกว่าที่จะอนุเคราะห์สังคม
2. ทางกฎหมาย โดยพระราชบัญญัติข้าราชการพลเรือน กล่าวว่า ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปี บริบูรณ์เข้าสู่ชราภาพต้องปลดเกษียณ

3. ทางสรีรวิทยา โดยเฉลี่ยตั้งแต่เกิดจนถึงอายุประมาณ 20 ปี นับจากจุดนี้เป็นต้นไป เป็นกระบวนการเข้าสู่วัยชรา และคนจะเข้าสู่วัยชราแท้จริงตามหลักสรีรวิทยาช้าเร็วต่างกันตามสภาวะสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

4. ทางจิตวิทยา เมื่อใดที่มือสั่น จำได้ยาก จำได้ไม่นาน หรือลืมง่าย จิตใจสงบน้อยลง และมีความกังวลมากขึ้น จับจดในการกระทำเล็ก ๆ น้อย ๆ เสถียรภาพทางอารมณ์มีน้อยลงอารมณ์หงุดหงิดง่ายขึ้น และมักหงุดหงิดในเรื่องที่ไร้สาระ นอนหลับได้น้อยลง ดังนี้เรียกว่าถึงวัยชรา

ดังนั้นคำจำกัดความของวัยสูงอายุ จึงอาจหมายถึงกระบวนการต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่การลดลงของการคาดการณ์ของอายุขัยเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการสูญเสียการปรับตัวที่ค่อยเป็นค่อยไป โดยสามารถตรวจวัดได้ว่าความมีชีวิตของเซลล์เริ่มลดน้อยลงและเพิ่มการต่อแหลม หรือการเป็นอันตราย ซึ่งจะนำไปสู่ความตาย (ชูศักดิ์ เวชแพทย, 2531 : 1) ในการกำหนดอายุของการเข้าสู่วัยชรา นั้น ได้มีการศึกษากันอย่างมากในเรื่องนี้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วใช้เกณฑ์การเกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางด้านการแพทย์พบว่าผู้ที่มีอายุถึง 60 ปี แล้วยังแข็งแรง และมีความสามารถในการทำงานได้ดี องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 - 90 ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

ฟอง เกิดแก้ว (2525 : 124) ได้ให้หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ว่าต้องประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

1. เมื่อใดที่กำลังกาย และสุขภาพของร่างกายเริ่มลดลงก็แสดงว่าเริ่มเข้าสู่วัยชรา
2. ขาดหน้าที่ทางเศรษฐกิจ ทำมาหาเลี้ยงชีพได้น้อยกว่าเดิมในลักษณะที่ร่างกายไม่เอื้ออำนวย
3. มีปัญหาทางด้านจิตใจเกิดขึ้น เป็นต้นว่ามีสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และการแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดการติดต่อกับสังคมโดยรวม

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

สุรกุล เจนอบรม (2534 : 4) ได้ให้ความหมายของ "ผู้สูงอายุ" (Aging) หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตนั้นเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา การกำหนดเกณฑ์ว่า เมื่อใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิม ได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้น ๆ ทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ซึ่งบทบาทเหล่านั้นมักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้ก็แตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศเช่น บางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 65 ปี หรือ 70 ปีและตัวเลขเหล่านี้คือ เกณฑ์อายุที่จะปลดเกษียณตัวเองออกจากการทำงานตามที่แต่ละประเทศ กำหนดขึ้นไว้นั่นเอง

การกำหนดกฎเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งมีความแตกต่างกันไปอย่างนี้ จึงเป็นการยากที่จะทำให้มีการยอมรับกันได้ในทุก ๆ ประเทศ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Aging) และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทยก็ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่า หมายถึงผู้ที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับเจตน์จำนงค์ ของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ และอายุ 60 ปี นี้เอง จึงเป็นเกณฑ์การปลดเกษียณอายุราชการ ของข้าราชการในประเทศไทยด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ดี ผู้ที่ทำการศึกษาค้นคว้า หรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า Gerontologists ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ใน 4 ลักษณะ กล่าว คือ (สุรกุล เจนอบรม. 2534 : 4)

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging)

ความสูงอายุลักษณะนี้เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์โดยนับตั้งแต่ปีที่เกิด ดังนั้นบุคคลที่มีอายุ 75 ปี ย่อมจะต้องมีความเป็นสูงอายุมากกว่าบุคคลที่มีอายุ 45 ปี เหล่านี้เป็นต้น การดูลักษณะของความเป็นสูงอายุตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวนี้ จึงดูที่จำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริง ๆ โดยไม่นำเอาเรื่องของสุขภาพความสามารถ หรือความรู้ทางสติปัญญาบทบาททางสังคม ฯลฯ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเลย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological Aging)

ความเป็นสูงอายุลักษณะนี้ดูได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นตกกระ สายตายาว สิวเริ่มขึ้น ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนี้จะเพิ่มมากขึ้น ตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Aging)

ซึ่งนับรวมไปถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาด้วย เช่น ระบบความจำเปลี่ยนไป การเรียนรู้เริ่มถดถอยลง ตลอดจนบุคลิกภาพต่าง ๆ ที่แสดงออกอย่างเห็นได้ชัดเจน เป็นต้น

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม (Social Aging)

รวมไปถึงด้านครอบครัว เพื่อนฝูง ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานและบทบาททางสังคมอื่น ๆ ด้วย

กล่าวโดยสรุป คือ บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้น (Chronologically) การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้น (Biologically) สติปัญญา ความจำ การเรียนรู้ สภาพทางจิตใจจะเปลี่ยนแปลงไป (Psychologically) บทบาท ภาระหน้าที่ทางสังคม (Sociologically หรือ Social Roles) ก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยเช่นกัน

ลูจันต์ ปริขามารด (2535 : 499) ได้ให้ความหมายของ "ผู้สูงอายุ" (Aging) มิใช่หมายถึงเฉพาะการมีอายุมากแต่เพียงอย่างเดียว ยังมีส่วนประกอบอื่น ๆ อีก คือ ประสิทธิภาพทางร่างกายหรือสังขาร หรือสุขภาพจิตซึ่งได้แก่ อารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกถึงอารมณ์นั้น ๆ เพื่อสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นจะเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ การจัดว่าผู้ใดเป็นผู้สูงอายุหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น

1. พิจารณาผู้สูงอายุตามปีปฏิทิน กล่าวคือ โดยทั่วไปเมื่อมีอายุถึง 60 ปี ก็จัดว่าเป็นผู้สูงอายุ แต่โดยข้อเท็จจริงแล้ว ผู้มีอายุปุนี้นหลายคนก็ยังมีความสามารถอยู่ จึงเปลี่ยนเป็น 65 ปี

2. พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาพร่างกายหรือสังขาร กล่าวคือ บางคนดูแลและรู้สึกร่างกายแข็งแรง ทั้งที่อายุไม่ถึง 60 ปีสำหรับบุคคลประเภทนี้การเสื่อมโทรมของสุขภาพกายเป็นไปอย่างรวดเร็ว

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทำงานหนัก มีความเครียดมากทำให้ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพลงไปมาก จึงอาจจัดว่าเป็นผู้สูงอายุได้ทั้งที่อายุปฏิทินยังไม่มากนักหรือไม่ถึง 60 ปี ผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นนี้เป็นเรื่องของสังขารพาไป

3. พิจารณาผู้สูงอายุตามสภาวะสุขภาพจิต บุคคลประเภทนี้ ถ้าพิจารณาในด้านสุขภาพกายแล้วยังคืออยู่ แต่ทางด้านสุขภาพจิตมีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมในลักษณะที่จะ "ชอบของชม ชมสาว เล่าความหลัง นั่งรำพึงซึ่งในใจอยู่" ถ้าบุคคลใดมีสภาพทางจิตเป็นเช่นนี้ ก็อาจจัดเป็นผู้สูงอายุตามลักษณะสุขภาพจิตได้

เมื่อพิจารณาลักษณะเบื้องต้น 3 ประการดังได้กล่าวมาแล้ว

1. เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ
3. เป็นผู้ที่สมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับความช่วยเหลือ
5. เป็นผู้ที่มีผลกำลังลดถอยลง

สรุปได้ว่า วัยสูงอายุหรือที่เรียกกันว่าวัยชรา นี้ จัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้จะตรงข้ามกับวัยเด็ก กล่าวคือ เป็นระยะที่มีแต่ความเสื่อมโทรม และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ซึ่งมีใช้การเจริญงอกงาม

ทฤษฎีของความมีอายุ

ทฤษฎีที่อธิบายถึงความเปลี่ยนแปลงของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยชรา นั้น มีอยู่ด้วยกันหลายทฤษฎี ซึ่งก็พอที่จะรวบรวมและสรุปได้ดังนี้ (บริบูรณ์ พรพิบูลย์, 2535 : 115 - 118)

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของความชราของร่างกาย ซึ่งมี 3 แนวคิด คือ

1.1 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Auto Immune Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อม ๆ กับการสร้างภูมิคุ้มกันทำลายตนเองมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลงจะทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Catastrophe Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อคนมีอายุมากขึ้นอินจะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดนี้จะเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อม และหมดอายุลง

1.3 ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย ประกอบกับสิ่งแวดล้อมมีเรดิคัลอิสระอยู่มากมายตลอดเวลาเรดิคัลเหล่านี้ จะทำให้ขึ้นเกิดความผิดปกติ และทำให้คอลลาเจนและ อีลาสติน ซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวมีรังค์ชราเกิดขึ้นมากจนทำให้เสียความยืดหยุ่นไป

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกเปลี่ยนไป ซึ่งมี 2 แนวคิด คือ

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ ทฤษฎีนี้อธิบายว่าผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น หากผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคง มีความรัก ความอบอุ่น และรักผู้อื่นก็จะมีความสุขในชีวิต ในทางกลับกันถ้ารู้สึกว่าคุณกับใครไม่ขึ้นก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยอย่างน่าสงสาร

2.2 ทฤษฎีความปราชัย ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราชัย และคงความเป็นปราชัยอยู่ได้ก็ด้วยยังเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องราวต่าง ๆ อยู่ มีการค้นคว้า และพยายามที่จะเรียนรู้ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีทุนทรัพย์ใช้สอยโดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

3. ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่วิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากครั้งที่ยังอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีการทำงานรวมทั้งเป็นทฤษฎีที่พยายามจะช่วยให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ได้แก่

3.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะทางสังคมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงของสังคมนั้น ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว สถานะของผู้สูงอายุในสังคมนั้นจะถูกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย

3.2 ทฤษฎีจำนวนสัมพันธ์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสถานะของผู้สูงอายุในสังคมจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในแต่ละสังคม หากในสังคมมีจำนวนผู้สูงอายุน้อยสถานะของผู้สูงอายุมักจะดีกว่าในสังคมที่มีผู้สูงอายุมาก

3.3 ทฤษฎีเกียรติภูมิ ทฤษฎีนี้เห็นว่าสถานะของผู้สูงอายุมักจะดี ถ้าผู้สูงอายุในสังคมนั้น ๆ เป็นผู้มีคุณประโยชน์

3.4 ทฤษฎีไว้ภาระผูกพัน ทฤษฎีนี้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงคราวชราถูกลาน และชุมชนจะให้ความสำคัญหรือสนใจน้อยลงเมื่อเป็นเช่นนั้นก็จะลดความรับผิดชอบ และลดความห่วงใยในลูกหลานลงบ้าง ส่วนกิจกรรมในสังคมก็สมควรที่จะลดลงเช่นเดียวกัน

3.5 ทฤษฎีให้ทำกิจกรรม ทฤษฎีนี้มีความเห็นตรงกันข้ามกับทฤษฎีไร้ภาระผูกพัน กล่าวคือ แม้จะรู้ว่าสังคมและลูกหลานให้ความสนใจน้อยลงเมื่อถึงวัยชราก็อย่าได้สนใจ แต่จงทำตัวให้เป็นตัวของตัวเอง ทำงานให้เพลิดเพลินตามกำลังและความสามารถและรักษาสุขภาพของตนให้ดียิ่งเสมอ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

จากทฤษฎีของควมมีอายุที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่าทฤษฎีต่าง ๆ ได้อธิบายสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูงอายุ ซึ่งเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยจะเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย สังคม จิตใจ พฤติกรรม และสมรรถภาพ (เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ. 2528 : 5 - 19) สรุปการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ได้ 5 ด้าน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นความเจริญด้านร่างกายก็จะลดลง การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะมีทุกระบบ (ฉวีวรรณ แก้วพรหม. 2530 : 28 ; อ้างอิงมาจาก Fred. 1979 : unpagged) ดังนี้

1.1 ผิวหนัง เมื่อมีอายุมากขึ้น ผิวหนังและเนื้อเยื่อจะขาดความเต่งตึง ไม่ยืดหยุ่น เหี่ยวย่น หรือผิวดกกระ

1.2 ตา เลนส์ตาจะเสื่อม มีผลต่อความสามารถในการปรับระยะภาพสายตาวายขึ้น

1.3 หู ความสามารถในการได้ยินน้อยลง

1.4 กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจะถูกแทนที่ด้วยไขมัน เกิดความห่อนยานและหย่อน

1.5 กระดูก จะเปราะและหักง่าย ทำให้เกิดหลังโค้งงุ้ม

1.6 ฟัน จะเสื่อมสภาพ ต้องอาศัยฟันปลอม มีผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร

1.7 การดูดซึมอาหาร กระเพาะอาหารจะหลั่งเอ็นไซม์ทริพซินและเปปซินในปริมาณที่ลดลงกว่าร้อยละ 20 ทำให้การย่อยอาหารไม่สมบูรณ์และดูดซึมได้น้อย ความอยากอาหารน้อยลง

1.8 การเผาผลาญอาหาร อัตราการเผาผลาญอาหารลดต่ำลง

1.9 การไหลเวียนของโลหิตไม่ดี เนื่องจากหลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักมีอาการหน้ามืด เป็นลม

1.10 การขับถ่าย จะปัสสาวะบ่อย เพราะความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงร้อยละ 50 ของหนุ่มสาว บางรายอาจถ่ายปัสสาวะขัด โดยเฉพาะผู้ชายที่ต่อมลูกหมากโต และจะมีอาการท้องผูกจากระบบการย่อยอาหารไม่ปกติและมีกิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกายลดลง

1.11 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการทำงานลดลง อาจเกิดจากภาวะเบาหวานหรือต่อมไทรอยด์เป็นพิษ

1.12 ระบบประสาทส่วนกลาง จะเสื่อมลง อาจเกิดความสับสนหรืออาจนำไปสู่ภาวะโรคจิตในวัยสูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความสัมพันธ์ทางสังคม โดยภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลงจากข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ขาดความคล่องตัวในการคิดการกระทำและการสื่อสาร สมาชิกภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมากขึ้นตามลำดับ การยอมรับของสังคมต่อความมีอายุมักเป็นไปในทางลบเพราะสังคมมักประเมินความสามารถในแง่การปฏิบัติ ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่าความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ สามารถทำงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนคนหนุ่มสาว

ถ้าพิจารณาว่าการปฏิสัมพันธ์กับสังคม ผู้สูงอายุจะมีการปฏิสัมพันธ์กับสังคมในลักษณะที่ออกจากสังคม ซึ่งมี 2 กรณี คือ 1) เป็นข้อกำหนดของสังคมให้ต้องออกจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้วยการปลดเกษียณ 2) ออกจากสังคมด้วยการยอมรับต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย โดยการละจากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นสมาชิก เป็นที่ปรึกษาของครอบครัวเป็นผู้อยู่อาศัยซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทดังกล่าวนี้เป็นความพอใจและยอมรับสภาพตามวัยของผู้สูงอายุ ระบบออกจากสังคมนี้ผู้สูงอายุจะสร้างสังคมใหม่ แต่เป็นสังคมย่อย ซึ่งไม่มีอิทธิพลกับสังคมใหญ่มากนัก

เมื่อพิจารณาถึงสังคมไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะในสังคมเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร จะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนเกิดความขัดแย้งในความคิด คติธรรมจรรยาและคุณค่าต่าง ๆ ในสังคม แต่เดิมสังคมมีความสนใจของผู้สูงอายุ แต่จากความบีบคั้นทางสังคมที่ทุกคนต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งเกิดความว้าเหว่ และห่างเหินกับลูกหลาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในสังคมขนาดเล็กที่สุดน้อยลงประกอบกับความพึงพอใจในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นมีน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุค่อนข้างมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. ความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย และสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การมองรูปลักษณ์ของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจะปรับสภาพทางจิตใจอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่พบ คือ

3.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก จึงมักขัดแย้งกับผู้อ่อนวัยกว่า

3.2 การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตน อารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย

3.3 การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การยอมรับต่อภาวะสูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตแตกต่างกันไป ตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน บางคนมุ่งสร้างชีวิตดี บางคนมุ่งความสงบในชีวิต เข้าวัดถือศีล บางคนชอบเลี้ยงหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว

3.4 ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ชอบชีวิตเรียบง่าย ความมั่งหวังหรือความใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย

4. การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ในวัยสูงอายุจะมีการปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พฤติกรรมของผู้สูงอายุแต่ละคนจะแตกต่างกันไป เช่น ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ดี ก็จะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอยู่อย่างสงบมีกิจกรรมในสังคมพอประมาณ ผู้สูงอายุบางท่านอาจมีพฤติกรรมดุดอย สิ้นหวังท้อแท้ต่อชีวิต เรียกร้องความสนใจ ในบางรายอาจมีการเจ็บป่วยทางจิตใจและบางรายที่ท้อแท้มากอาจถึงทำอัตตวินิบาตกรรม

5. การเปลี่ยนแปลงทางสมรรถภาพ คือ การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติงาน ความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพในผู้สูงอายุเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความจำกัดทางร่างกายขาดสิ่งจูงใจ เป็นต้น สมรรถภาพของผู้สูงอายุดังนี้

5.1 สมรรถภาพทางร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีการแสดงออกทางพฤติกรรมช้าลงเพราะทักษะ ทางกล้ามเนื้อและพลังงานลดลง การประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อ และประสาทขาดประสิทธิภาพ

5.2 สมรรถภาพในการเรียนรู้ ผู้สูงอายุยังคงสามารถเรียนรู้ได้แต่อัตราการเรียนรู้จะลดลง ซึ่งไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะขาดสมรรถภาพในการเรียนรู้ อีกประการที่เป็นปัญหาต่อการเรียนรู้ คือ ความจำเฉพาะหน้าลดลง ผู้สูงอายุจะลืมง่าย

5.3 ความสามารถทางเชาว์ปัญญา เชาว์ปัญญาเป็นความสามารถของบุคคลที่จะมีต่อสิ่งแวดล้อม การแสดงออกทางเชาว์ปัญญา จะสัมพันธ์กับการเรียนรู้ ความจำ การแก้ปัญหา เหตุผล การคิด ความสามารถในการใช้ภาษาและทำทาง เมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถทางเชาว์ปัญญาจะลดลง เนื่องจากความเสื่อมของสมอง ความจำและสุขภาพ

5.4 สมรรถภาพทางเพศ จำแนกได้ 2 ประการ ประการแรกคือ ความสามารถในการสืบพันธุ์ ซึ่งผู้หญิงจะหมดไปเมื่อประจำเดือนหมด ส่วนผู้ชายมีความสามารถในการสืบพันธุ์ได้ตลอดอายุขัย ประการที่สอง สมรรถภาพทางเพศในแง่เพศสัมพันธ์ทั้งหญิงและชายจะจำกัดลงเนื่องจากความรู้ต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น กลัวทำให้ไม่มั่นใจและขาดความสุข วัฒนธรรมและค่านิยมที่ว่าผู้สูงอายุไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ความเสื่อมของสุขภาพ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าสมรรถภาพทางเพศของผู้สูงอายุลดลง

5.5 ความสามารถในการแก้ปัญหา ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการแก้ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิม แต่การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งต้องใช้ความรู้เก่าและความรู้ใหม่รวมทั้งประสบการณ์ประกอบกันจะเป็นการยากต่อผู้สูงอายุ

โรคของผู้สูงอายุ

โรคของผู้สูงอายุ หมายถึง โรคและความพิการต่าง ๆ ที่พบบ่อย ๆ ในผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ ประกอบ ด้วยโรคหลายโรค มีทั้งโรคเรื้อรังและโรครักษาไม่ค่อยได้ผล เคยเชื่อกันว่าโรคชราเกิดจากความเสื่อมของร่างกายแล้วเข้าใจว่าผู้สูงอายุทุกคนจะต้องเป็น แต่ภายหลังที่คณะแพทยแห่งมหาวิทยาลัยดุ๊ก สหรัฐอเมริกา ได้ทำการศึกษาแล้วก็ปรากฏว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 เท่านั้นที่เป็นโรคชราและบุคคลที่ได้รับการรักษาตัวเป็นอย่างดีก่อนที่จะชรา มักจะเป็นโรคชราน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้สนใจในสุขภาพของตัวเอง ทำให้แพทย์จำนวนไม่น้อยหันมาเชื่อว่า "โรคชรา" ความจริงก็เป็นโรคอย่างเดียวกับที่เกิดกับบุคคลวัยอื่น ๆ นั่นเอง (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2535 : 75 - 76)

โรคและความพิการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ โรคอ้วน เบาหวาน เบาจิต เก๊าท์ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ข้อกระดูก หูตึง ไตอักเสบ หลอดปอดเป็นพิษหรือมีอาการบวมฉุ เนื่องมาจากร่างกายผลิตฮอร์โมนร็อกซินน้อยลง หลอดเลือดดำที่ขาโป่ง โลหิตจาง เนื้อหัวใจบางส่วนตาย ความดันเลือดสูง อัมพาต มะเร็ง แผลบนอนทับ และโรคจิต

การเปลี่ยนแปลงในสังขารที่เกิดควบคู่ไปกับการเจริญอายุถ้าจะให้ความเจ็บป่วยหรือความ พิการที่เกิดขึ้นอย่างมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ เป็นเครื่องชี้ ก็พอจะแบ่งได้เป็น 2 ชั้น คือ

ชั้นที่ 1 เป็นชั้นที่การเปลี่ยนแปลงยังไม่ทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บป่วยหรือพิการ

ชั้นที่ 2 เป็นชั้นที่การเปลี่ยนแปลงนั้นได้ทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บป่วยหรือพิการขึ้นแล้ว

ตัวอย่าง เมื่อคนมีอายุสูงขึ้น ๆ จะมีไขมันคั่ง ๆ เข้าไปแทรกอยู่ในผนังหลอดเลือดและพอกพูนมากขึ้น ถ้าไขมันยังมีไม่มากจนถึงกับทำให้การไหลเวียนของเลือดเสียไป การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขึ้นนี้ก็ยังไม่ก่ออันตรายให้แก่ร่างกาย เราจึงเรียกการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนนี้ว่า "การเปลี่ยนแปลงที่ยังเป็นปกติ" แต่ถ้าการเปลี่ยนแปลงมีมากจนกระทั่งทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อหรืออวัยวะใดอวัยวะหนึ่งไม่เพียงพอ เป็นเหตุให้อวัยวะนั้นเสื่อมโทรมและทำหน้าที่เลวลง การเปลี่ยนแปลงขั้นนี้ก็ถือว่าเป็น "การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ" ความผิดปกติที่เกิดขึ้นบางสภาพก็ยังไม่ทำให้เจ้าของสังขารรู้สึกตัว

ผู้ที่บอกว่า การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายถึงขั้นผิดปกติแล้วหรือยังคงจะต้องเป็นแพทย์ เพราะแพทย์เป็นผู้รู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บ รู้วิธีตรวจหาความผิดปกติและรู้จักตรวจค้นโรคโดยทั่วไป แพทย์จะบอกความผิดปกติได้จาก

1. การบอกเล่าของผู้ป่วย
2. อาการหรืออาการแสดงที่ได้ตรวจพบ
3. ประสิทธิภาพของตัวเอง และสถิติทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับโรคหรือความพิการนั้น ๆ

ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อย เมื่อไปรับการตรวจสุขภาพตามปกติประจำปีโดยตนเองไม่รู้สึกรู้ว่า มีอาการหรือความผิดปกติใด ๆ เลย แต่แล้วแพทย์ได้ขอร้องให้เข้าอยู่โรงพยาบาล เพื่อทำการตรวจเพิ่มเติมหรือเพื่อรักษาต่อไป ถ้าพบกับเหตุการณ์อย่างนี้อ่าได้ตกใจ จงเข้าใจทันทีว่าแพทย์ได้พบบางสิ่งบางอย่างที่สมควรจะต้องติดตามต่อไป เช่น ได้ตรวจโดยเอกซเรย์แล้วพบเงาในทรวงอก พบก้อนในช่องท้อง หรือพบคลื่นไฟฟ้าของหัวใจผิดปกติเป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นเครื่องชี้ว่าผู้นั้นจะต้องได้รับการรักษาพยาบาล หรือได้รับการเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดต่อไป

ผู้สูงอายุควรเอาใจใส่กับสุขภาพและรู้สึกสังเกตตนเองอยู่เสมอ เมื่อมีอาการหรือสิ่งใดผิดปกติ แม้จะเพียงเล็กน้อยก็ควรรีบไปปรึกษาแพทย์ไม่ควรปล่อยปละละเลยด้วยถือว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยไม่สำคัญ ผู้สูงอายุต่างกับคนหนุ่มสาวในเรื่องความเจ็บป่วยอยู่หลายประการคือ

1. อาการที่เกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บปวดของผู้สูงอายุน้อยหรือไม่มีใครมี สิ่งท่ก่อความเจ็บปวดอย่างเดียวกัน ถ้าเกิดกับหนุ่มสาว ๆ จะรู้สึกเจ็บปวดมากกว่า
2. เหตุที่ทำให้เกิดโรคมักไม่มีใครปรากฏ
3. บางโรคผู้สูงอายุก็ไม่มีอาการหรือมีอาการคลุมเครือ
4. ผู้สูงอายุมักมีความแปรปรวนทางจิตใจอยู่เสมอ
5. ผู้สูงอายุไม่สามารถสังเกตหรือจำอาการอะไรได้คืบคืบ
6. อาการหลาย ๆ อย่างที่ผู้สูงอายุเล่าให้ฟังอาจเนื่องมาจากจิตใจ หรือสภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเอง

7. ผู้สูงอายุมักจะมีโรคหลาย ๆ โรคในเวลาเดียวกัน และแต่ละโรคมักจะเรื้อรังรักษาไม่ใคร่หาย

การดูแลตนเองในแนวคิดของโอเร็ม

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วย หรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือ เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเพื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health State) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 23 ; อ้างอิงมาจาก Orem. 1991 : unpagged)

ในแนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม ที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action และ Goal Oriented) ซึ่ง ประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะดังปรากฏตามภาพประกอบ 1

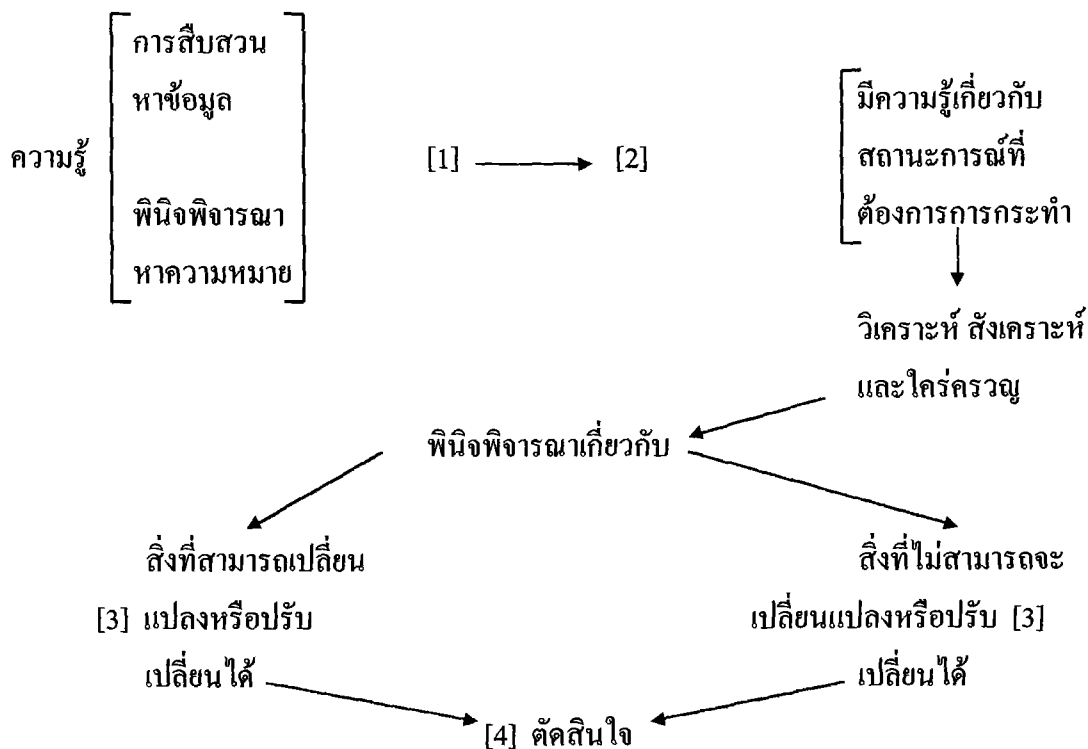
ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความ

หมายของสิ่งที่สังเกตเห็น มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์ กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

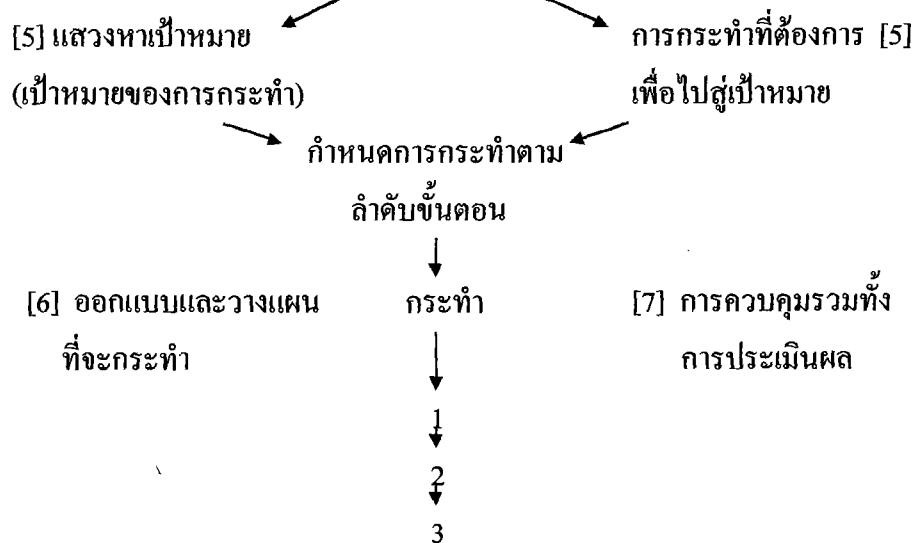
ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไร บ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้อย่างถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จิตใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 25)

ระยะที่ 1 : การพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้



ระยะที่ 2 : เป็นการกระทำและผลของการกระทำ



ภาพประกอบ 1 แสดงระยะของการดูแลตนเอง

ที่มา : สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 25

ในการศึกษาค้นคว้าหรือทดสอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น นักวิจัยได้พยายามสร้างเครื่องมือเพื่อวัดการดูแลตนเองในหลายแง่มุม แต่เครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุคือ Appraisal of Self - Care Agency Scale (ASA Scale) เครื่องมือนี้สร้างโดยเอเวอร์ส และกลุ่มนักวิจัยที่ใช้ทฤษฎีของโอเร็มเป็นแนวทางในประเทศเนเธอร์แลนด์ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีนี้จากมหาวิทยาลัยเวสเทปประเทศสหรัฐอเมริกา และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยโอเร็มและนักวิจัยผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีนี้ นอกจากนั้นเอเวอร์สยังได้รายงานข้อมูลสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือนี้ว่าเพียงพอที่จะใช้ในการทดสอบทฤษฎี เครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามมี 24 ข้อ และเป็นลิเกตสเกล (Likert Scale) สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป จึงเหมาะที่จะใช้กับผู้ที่มีภาวะสุขภาพเดิมมากกว่าโดยเฉพาะข้อคำถามหลายข้อเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย และปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมโดย สมจิต หนูเจริญกุล พบว่าค่าความเชื่อมั่นชนิดสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) อยู่ในเกณฑ์ดี คือ .78 - .94 (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 306)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ ตั้งแต่ วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ ดังนั้น การให้ความสนใจดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ร่วมกับการมีโรคประจำตัวอยู่ด้วย สุขความทุกข์ในวัยสูงอายุนั้น ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางกาย และสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลัก การดูแลสุขภาพทั้งกายและจิตใจจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับผู้ที่จะใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีความสุข ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน ซึ่งรักษาไว้เพื่อชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน โดยมีการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่

1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับ อาหาร น้ำ และอากาศ

1.1.1 อาหาร การดูแลตนเองในเรื่องภาวะโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญเพื่อป้องกันการทรุดโทรมเร็วเกินไปของร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีความสำคัญต่อสุขภาพ รวมทั้งลดความรุนแรงของโรคต่าง ๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน ควรแบ่ง

อาหารเป็นวันละ 5 - 6 มื้อ เพื่อแก้ปัญหาเรื่องแน่นท้องมากหลังรับประทานอาหาร โดยให้อาหารมื้อเที่ยงเป็นอาหารหลัก และเพิ่มมื้อสายและบ่าย ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซและท้องอืดได้ง่าย ลดการบริโภคไขมันให้น้อยลงโดยเฉพาะไขมันที่มีกรดอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง ไม่ควรรับประทานน้ำตาลทรายมากเกินไป เพราะจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหรือภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้ง่าย รับประทานอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอ บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำเพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. 2536 : 441 - 450)

1.1.2 น้ำ ในกระบวนการอาหารทั้ง 6 ชนิด น้ำเป็นสิ่งจำเป็นที่สุด เพราะถ้าขาดแล้วจะเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว น้ำมีอยู่ในร่างกายถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว น้ำมีหน้าที่เป็นตัวทำละลาย ละลายสารต่าง ๆ ภายในร่างกาย ช่วยพาอาหารไหลเวียนไปยังส่วนต่าง ๆ ช่วยพาของเสียจากเซลล์ไปขับถ่าย การขาดน้ำเพียงเล็กน้อยจึงอาจก่ออันตรายขึ้นได้ ผู้สูงอายุจึงควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้วหรือประมาณ 1,500 - 2,000 ซี.ซี. อาจได้น้ำหรือเครื่องดื่มอื่น ๆ ที่มีประโยชน์แทนได้ เช่น น้ำผลไม้ นมสด ควรดื่มแอลกอฮอล์ ชาและกาแฟ เพราะนอกจากนอนหลับยากแล้ว กาแฟยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มน้ำปริมาณมาก (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2535 : 95)

1.1.3 อากาศ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจุของปอดและการระบายอากาศลดลง จึงมีโอกาสเกิดโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมคืออยู่ในอากาศที่ถ่ายเทสะดวก ไม่ควรอยู่ในสถานที่แออัดมากเกินไป บริเวณบ้านควรจะมีต้นไม้จะช่วยให้เกิดความร่มรื่น ได้ผ่อนคลายอารมณ์ และได้รับอากาศที่ดี ควรดื่มน้ำหรือเพราะจะทำให้ปอดได้รับอากาศที่มีออกซิเจนน้อยและมีควันพิษปนเข้าไปด้วย ผลของการสูบบุหรี่ต่อการหายใจนั้นจะนำไปสู่ภาวะถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด และความดันเลือดสูง หลีกเลี่ยงการนั่งอยู่ในห้องที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่ การวิจัยได้แสดงแล้วว่า การสูบบุหรี่ของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงจะทำให้เกิดอันตรายไปถึงผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ด้วย (ชูศักดิ์ เวชแพทย์. 2531 : 27 - 29)

1.2 การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ผู้สูงอายุไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน ๆ เพราะจะทำให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเสียการบีบรัดตัว ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน การถ่ายปัสสาวะบ่อยของผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามปกตินิสัย ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของร่างกายปัญหาจะอยู่ที่รบกวนการนอนเพราะทำให้ตื่นบ่อย การถ่ายปัสสาวะก่อนนอนและการลดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ จะทำให้ถ่ายน้อยลงและนอนหลับได้มากขึ้น ในเรื่องของการขับถ่ายอุจจาระ อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลาย

ประการ ได้แก่ ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจลดลง รับประทานอาหารที่มีกากน้อย และดื่มน้ำน้อย ขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา ผู้สูงอายุจึงควรป้องกันอาการท้องผูกโดยรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น ดื่มน้ำให้มากออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา (ภัทรพร ไพเราะ.2539:20)

1.3 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การเลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม ในวัยสูงอายุจะมีเวลามากขึ้น หากว่างได้ง่ายขึ้น กิจกรรมในยามว่าง ไม่ว่าจะเป็นนันทนาการ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือให้บริการผู้อื่นเป็นเรื่องที่สำคัญซึ่งนำความสุขมาให้ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและสถานภาพทางสังคม (ภัทรพร ไพเราะ.2539:21) กิจกรรมที่เหมาะสมควรมีรูปแบบเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินซึ่งจะทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ สังสรรค์กับเพื่อนฝูง การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ การออกกำลังกายควรทำอย่างนุ่มนวล ไม่หักโหม หรือรีบเร่งจนเหน็ดเหนื่อยเกินไป การออกกำลังกายควรทำในที่ ๆ มีอากาศถ่ายเทสะดวก ควรเว้นเมื่อเจ็บป่วย ในขณะที่เดียวกันควรพักผ่อนอย่างเพียงพอ

1.4 การใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้สูงอายุควรจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมในแต่ละวัน โดยจัดช่วงเวลาสำหรับการอยู่ตามลำพัง เพื่อจะได้มีเวลาเป็นของตัวเองตามความต้องการในแต่ละวัน และในขณะที่เดียวกันควรได้สังสรรค์กับครอบครัว และเพื่อนฝูง เช่น การทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อน ๆ ในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการเพิ่มแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้พัฒนามาแล้ว อีกทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือ และแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง (นิรินาท วิทย์โชติทิฏฐ. 2534 : 17)

1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ที่เกิดจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย การป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะการเกิดเจ็บป่วยขึ้นจะหมายถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่และภาวะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ มากกว่าบุคคลในวัยที่อ่อนกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชร ดันศิริ. 2536 : 412) จากการที่ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาททำให้ตาพร่ามัวหูตึง และมีการเสื่อมของกระดูกทำให้การทรงตัวไม่ดี การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทไม่สัมพันธ์กัน จึงมีโอกาสหกล้มและกระดูกหักได้ง่าย (ภัทรพร ไพเราะ. 2539 : 24)

จึงควรป้องกันด้วยการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย มีแสงสว่างเพียงพอพื้นไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน มีราวบันไดให้ยึดเกาะเวลาเดิน

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ขอมรับข้อจำกัดจากการที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของตน ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่ผิดปกติ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 29)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบัน เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความรู้สึกลึกคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่มีความพอใจในชีวิตและเข้าใจตนเอง จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในวัยสูงอายุ และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีอารมณ์หวั่นไหวง่าย เช่น โกรธง่าย น้อยใจ จีบ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำลายสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องพยายามปรับตัวเอง จึงควรปฏิบัติดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ. 2536 : 518-519)

2.1 เข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนต่าง ๆ เกี่ยวกับสถานะของตนเอง ครอบครัว และสังคม

2.2 ฝึกตนฝึกจิต ให้อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภ ยศ สรรเสริญ ทำความดีเพื่อความดีให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.3 ทำตนให้เป็นที่เคารพรักของคนทั่วไป ด้วยความเมตตากรุณา ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางกาย วาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความเคารพในความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป

2.4 ทำสิ่งที่ประโชยชน์ต่อครอบครัว สังคม และตนเอง เท่าที่กำลังกาย กำลังสมอง จะอำนวยให้เกิดความภาคภูมิใจ เป็นที่เคารพ รักของคนในครอบครัวและสังคม

2.5 ใช้ جایให้พอดีกับเศรษฐกิจของตน จะทำให้เกิดความสุขใจโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น

2.6 ทดแทนความเหงา และว้าเหว่ ด้วยการทำกิจกรรมที่ตนชอบ หรือหาความบันเทิงจากสิ่งที่ตนพอใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อยู่อย่างเฉย ๆ จะทำให้ว้าเหว่ยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรเตรียมตัวให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการการเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ที่เกิดขึ้นเนื่องจาก ความ พิจารตั้งแต่กำเนิดโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อมี ปัญหาทางด้านสุขภาพมีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 30)

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่ช่วยเหลือได้ เช่น คู่สมรส ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการของ ตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือ จากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่ง อัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตน เองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการ วินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความ สามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โอเร็ม (Orem, 1991 : 136-138) ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีส่วนส่งเสริมในการดูแลตน เอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สถานภาพที่อยู่อาศัย และครอบครัว แบบแผนการดำเนินภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวเป็นลักษณะภายในของ บุคคล ซึ่งทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัวและความพึงพอใจในชีวิต แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อ เปรียบเทียบว่า ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวจะมีพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างไร

เพศ

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย ระบบสังคมและวัฒนธรรม กำหนดบทบาทให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้านและให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ขณะเดียวกันเพศชายได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องของการดูแลตนเองระหว่างเพศชายและเพศหญิง เพราะเพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ เพศหญิงมีความรู้สึกรู้ว่ามีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวได้ยากกว่า รวมทั้งเพศหญิงจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย (ภัทรพร ไพเราะ. 2539:26-27)

ค่านิยมในการให้เกียรติเพศชาย เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องหาเลี้ยงครอบครัวและมีโอกาสในการศึกษามากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพและสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมีการดูแลตนเองและแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง(ดวงพร รัตนอมรชัย. 2535 : 133) และผู้สูงอายุเพศชายจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง (เขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. 2529 : 96) ต่างจากการศึกษาของ คัทเนอร์ และคัทเนอร์ (Kutner and Kutner. 1979 : 62-66) พบว่าเพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะขามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง เพราะโดยทั่วไประบบสังคม และวัฒนธรรม กำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแลซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัสรา อาวรณ์ (2540:96) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศชายและหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูล นามาคิดพิจารณาตัดสินใจการกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่าง ๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษา และดูแลเอาใจใส่สุขภาพให้ดีได้อย่างถูกต้องและดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย จากการศึกษานี้ของ กมลพรรณ หอมนาน (2539 : 62) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529:98) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการ

ศึกษาคำ ต่างจากการศึกษาของ นิรนาท วิทโยคกิติคุณ (2534: 50-51) พบว่าจำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิตวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่ขาดคู่ชีวิตมักจะรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียงกัน ภัทรพร ไพเราะ (2539:27) ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่ชีวิตนั้นเป็นเสมือนเครื่องกันความเครียด หรือมีผลในการลดความเครียดออกไปทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น การมีคู่ชีวิตอยู่ด้วยจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่คู่ชีวิต มีเพื่อนร่วมทุกข์ ร่วมสุข คอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน คู่ชีวิตนั้นมีบทบาทต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาคงพร รัตนอมรชัย (2535 : 115) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก

รายได้

รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองเอื้ออำนวยให้ บุคคลสามารถดูแลตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช่ว่าสิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล นิรนาท วิทโยคกิติคุณ (2534:29) ได้กล่าวว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการได้ในที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาทางการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ จากการศึกษาของจนณะจง เพ็งจาด (2533 : 45) ศึกษาในหญิงอาชีพพิเศษ ผลการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ คงพร รัตนอมรชัย (2535 : 108) ที่พบว่ารายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหารต่างจากการศึกษาของ นิรนาท วิทโยคกิติคุณ (2534:50-51) ที่พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ลักษณะครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจเห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวและรู้สึกด้อยค่าซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมเสี่ยงและเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว จากการศึกษาของ ฟิรลิตซ์ คำนวนสิลปี และคนอื่นๆ (2523 : 153) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีความสุขมากกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ในครอบครัวขยายจะมีบุคคลซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ที่จะให้การดูแลเอาใจใส่ทั้งร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้มากกว่าโอกาสที่จะส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีมีได้มาก จึงทำให้ ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ (Health Locus of Control)

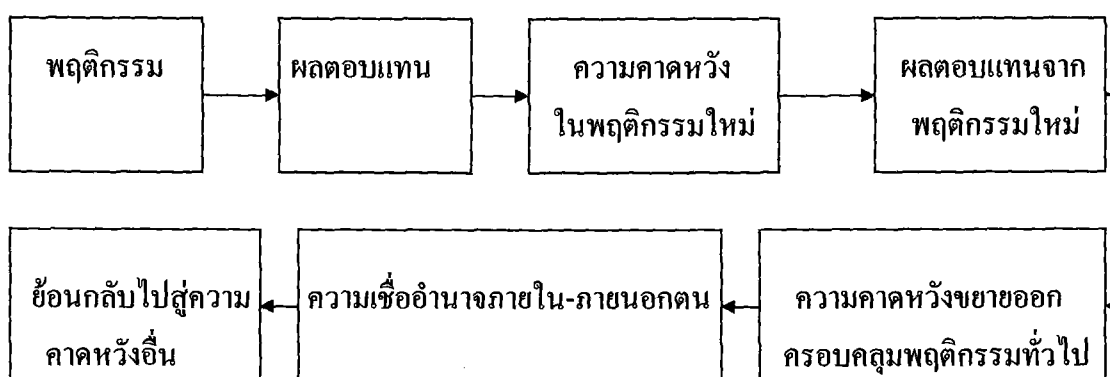
ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด หรือการเจ็บป่วย แต่การยอมรับเหตุการณ์ หรือการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ประสบการณ์ และความเชื่อของแต่ละบุคคล ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถเป็นผู้ควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยไปในลักษณะหนึ่งในขณะที่ผู้ที่เชื่อในโชคชะตาเคราะห์กรรม หรืออำนาจของผู้อื่น จะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากอำนาจภายนอก และตนเอง ไม่สามารถบังคับ ควบคุม หรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยเป็นอีกลักษณะหนึ่งซึ่งแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ที่เรียกกันว่า ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน (กรรณิการ์ กันธะรักษา. 2527:19)

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน มีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ซึ่งสร้างโดยรอตเตอร์ นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน โดยเขาได้ตั้งข้อสังเกตว่าพฤติกรรมของมนุษย์ได้จากการเรียนรู้ และประสบการณ์ของแต่ละคน ซึ่งรอตเตอร์ได้สรุปพฤติกรรมความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนของบุคคลได้เป็น 2 ลักษณะ คือ (ทรรศนิษฐ์ วงศ์บัว. 2537 : 21;อ้างอิงมาจาก Rotter.1966:unpaged)

1. บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตน

2. บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่น

รอตเตอร์ได้อธิบายลักษณะของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนว่า เป็นผลตอบแทนอย่างหนึ่งที่ได้จากพฤติกรรมของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังที่จะได้รับผลตอบแทนเช่นเดียวกัน จากสิ่งใหม่ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม และถ้าเหตุการณ์เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้จะทำให้ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่ถ้าผลตอบแทนมิได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังก็จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง การลดลงหรือเพิ่มความคาดหวังนี้จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งก่อนแล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงหรือเกี่ยวข้องกับสถานการณ์เดิมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จะกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับแรงเสริมบ่อย ๆ เมื่อแสดงพฤติกรรมเดิมจะทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีผลมาจากทักษะหรือความสามารถของตนเอง ความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ในทางตรงข้ามหากพฤติกรรมไม่ได้รับแรงเสริม จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นไม่ใช่ผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นเพราะโชคเคราะห์ ความบังเอิญหรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็น ซึ่งความเชื่อเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อหรือการรับรู้ดังกล่าวนี้จะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ ๆ ซ้ำอีกดังปรากฏตามภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 แสดงรูปแบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

ที่มา : กรรณิการ์ กันธะรักษา. 2527 : 18

ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคน จะเริ่มพัฒนาดังแต่วัยเด็กและมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ตามวัยที่เจริญเติบโต นอกจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการแล้วยังมีปัจจัยที่สำคัญได้แก่สภาพสิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ประสบการณ์ตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งเป็นประสบการณ์ครั้งหนึ่งในชีวิต และประสบการณ์ที่สะสมในอดีตที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดา ดังนั้นบิดามารดาจึงเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนของบุตร (ทรศนิษฐ์ วงศ์ปา. 2537 : 22 ; อ้างอิงมาจาก Robinson and Shaver. 1980 : unpagged) นอกจากนี้ สตริกแลนด์ (Strickland. 1978 : 353 - 358) ได้กล่าวถึงความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนนั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเช่นเมื่อบุคคลมีความทุกข์ และรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ก็อาจจะเชื่ออำนาจภายนอกคนมากขึ้น แต่ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตเป็นไปด้วยดี บุคคลรับรู้ว่าคุณเหตุการต่าง ๆ เกิดจากการกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในคนจะเพิ่มขึ้น

วอลสตัน และวอลสตัน (Wallston and Wallston. 1982 : 115 - 120) ได้เสนอแนวคิดและปรับปรุงแบบวัด ความเชื่ออำนาจควบคุมที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพเป็นแนวคิดแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพ แบบ 3 มิติดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า ตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง
2. ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ (Powerful Others Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่ว่า บุคลากรทางการแพทย์หรือการสาธารณสุขจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพทำให้บุคคลมีสุขภาพดี
3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control) เป็นความเชื่อว่าการมีสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเนื่องจากโชครชะตา หรือตามโอกาส โดยที่บุคคลไม่สามารถควบคุม หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้

ตามแนวคิดของสตรีกแลนด์ (Strickland. 1982 : 1192-1211) เชื่อว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความเชื่อว่า การมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นไปในทิศทางบวกคือ จะเป็นผู้ที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพแสวงหาความรู้เพื่ออนามัยที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นนั้นจะมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ จึงมักมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคคล

ที่เกี่ยวข้อง ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญจะมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่ นั้นจะขึ้นอยู่กับดวง โชคชะตาและมักจะเป็นบุคคลที่เฉื่อยชาไม่กระตือรือร้นหรือสนใจในการแสวงหาความรู้ในการป้องกันการเกิดโรค และการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

วอลสตัน และวอลสตัน (Wallston and Wallston. 1982 : 115 - 120) ได้รายงานถึงความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพว่า สามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ทั้งในยามปกติและเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมที่สามารถใช้ความเชื่อนี้มาทำนาย ได้แก่ การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การใช้ยาการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพเป็นระยะ การควบคุมอาหารได้เหมาะสมการนอนหลับพักผ่อน และการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การวางแผนครอบครัว ตลอดจนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการใช้เข็มขัดนิรภัย และพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในคนจะมีพฤติกรรมในทางบวกต่อสิ่งเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในคนจะเป็นผู้ที่สนใจต่อภาวะสุขภาพ ปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอทั้งร่างกายและจิตใจจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดูแลสุขภาพ และมีงานวิจัยหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจภายในคนจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ประภาพัณญ์ สุวรรณ. 2532 : 100) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลอย่างหนึ่งก็คือความเชื่อ และเป็นที่ยอมรับว่าความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพ เป็นแรงจูงใจของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Wallston and Wallston. 1982 : 115 - 120) คือมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง

การวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนได้พัฒนามาโดยลำดับตั้งแต่แฟรเส สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1957 ต่อมาโรดเตอร์ได้สร้างและดัดแปลงมีจำนวน 29 ข้อ เรียกว่า Internal - External Locus of Control Scale (I - E Scale) โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 2 ด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในคน และความเชื่ออำนาจภายนอกคนได้มีการปรับปรุงและนำไปใช้ในประชากรหลายประเภท จนกระทั่งลิเวนสันได้พัฒนาแบบวัดขึ้นใหม่ โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้านคือ ความเชื่ออำนาจภายในคน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีจำนวน 24 ข้อ สำหรับแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพ ถูกสร้างขึ้นจาก วอลสตันและวอลสตัน (Wallston and Wallston. 1978 : 107 - 117) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดของโรดเตอร์ประกอบด้วยข้อความ 11 ข้อ เป็นการวัดความเชื่ออำนาจภายในคน 5 ข้อ และความเชื่ออำนาจภายนอกคน 6 ข้อ ต่อมาวอลสตันและคนอื่น ๆ (Wallston and others. 1978 : 580 - 585) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพขึ้นใหม่ชื่อว่า The Multidimensional Health Locus of Control (MHLC Scale) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ลำดับ มีทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งความเชื่อออก

เป็น 3 ด้าน คือความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ด้านละ 6 ข้อ

ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพมาศึกษาร่วมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยจะนำแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ด้านสุขภาพของวอลสตันและคนอื่น ๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย กรรณิการ์ กันธรักษา (2527 : 158 - 161) และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์ส และคนอื่น ๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 306) มาเป็นแนวทางในการศึกษา

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยในประเทศ

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาดังต่อไปนี้

วอลสตัน ,วอลสตัน และเมคส์ (Wallston, Wallston and Maides. 1976 : 1193) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 88 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะชวนหาความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ และหาวิธีดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ลาเฟรี และไอเซนเบอร์ก (ทรรศนีย์ วงศ์บา. 2527 : 24 ; อ้างอิงมาจาก Laffery and Isenberg. 1983 : 187 - 195) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตน ค่านิยมทางสุขภาพ การรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายในเวลากลางวันในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจำนวน 70 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพจะยอมรับและเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย

เคอร์ (ทรรศนีย์ วงศ์บา. 2527 : 24 ; อ้างอิงมาจาก Kerr. 1986 : 87 - 92) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับการลดความดันโลหิตจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 113 คน โดยการเข้าร่วมในโปรแกรมลดความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูง จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการลดความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเชื่อความบังเอิญสูง

สปีค (Speak. 1987 : 25-30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 65 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่า และคะแนนกิจกรรมที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาหรือความบังเอิญแต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pallet. 1989 : 93 - 100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 297 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิต ในองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบย่อยได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกคน (ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิต อายุ และระดับการศึกษา

ซาลลี (Sallee. 1996 : 2349) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในคน-ภายนอกคนด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในคลินิกเทกซ์สตะวันออก ซึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง 74 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในคน - ภายนอกคนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพบางอย่าง

ไรลีย์ (Reilly. 1996 : 950) ได้ศึกษาสุขภาพวัยรุ่นและผู้ใหญ่ : ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ สภาวะสุขภาพและความเชื่อเรื่องปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน 564 คน พ่อแม่ 259 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเองของวัยรุ่นแตกต่างจากความเชื่ออำนาจภายนอกคนซึ่งวัดโดยสภาวะสุขภาพ ความเชื่อเรื่องปัจจัยเสี่ยงและความปลอดภัย แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างความเชื่ออำนาจภายในคน-ภายนอกคนในพ่อแม่และพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเชื่ออำนาจภายนอกคนกับความเชื่อเรื่องปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมของวัยรุ่น และมีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความเชื่ออำนาจภายนอกคนกับสภาวะสุขภาพและความปลอดภัย

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้แยกศึกษาตามตัวแปรดังต่อไปนี้

เพศ

วอลสตัน วอลสตัน และเมดส์ (Wallston, Wallston and Maides. 1976 : 1193) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงจะชวนขยายหาความรู้มากกว่าเพศชาย

คุทเนอร์ และคุทเนอร์ (Kutner and Kutner. 1979 : 62-66) ได้ศึกษาปัจจัยด้านเพศและเชื้อชาติที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชายโดยเฉพาะยามเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง เพราะโดยทั่วไประบบสังคม และวัฒนธรรม กำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทของผู้ดูแล

สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pallet. 1989 : 93 - 100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

พอร์เตอร์และคนอื่น ๆ (Porter and others. 1993 : 20) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการขาดความระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพศหญิงมีความระมัดระวังสุขภาพมากกว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพศชาย

ระดับการศึกษา

✓ คอกเกอร์แฮม (อัจฉรา จังพานิช. 2541 : 43 ; อ้างอิงมาจาก Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยสูงมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกับผู้ที่มีการศึกษาน้อย

สปีค (Speak. 1987 : 25 - 30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อยมีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชคร้ายหรือความบังเอิญ

✓ สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pellet. 1989 : 93 - 100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

รายได้

✓ คอคเกอร์แฮม (อังครา จังพานิช. 2541 : 43 ; อ้างอิงมาจาก Cockerham. 1982 : 90) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคสูง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยถูกต้องต่างกับผู้ที่มียาได้น้อยจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย

✓ วอล์กเกอร์ และคนอื่น ๆ (Walker and others. 1988 : 76 - 90) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับเด็กและวัยกลางคน ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

✓ สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pellet. 1989 : 93 - 100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

สถานภาพสมรส

สปีค (Speak. 1987 : 25 - 30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด มีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชคชะตาหรือความบังเอิญ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคะแนนกิจกรรมที่สูงกว่าและคะแนนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pellet. 1989 : 93 - 100) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากรและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ลักษณะครอบครัว

สปีค (Speak, 1987 : 25 - 30) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยประชากร และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากโชคชะตาหรือความบังเอิญ

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษางานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ดังต่อไปนี้

กัวรส์ก และคนอื่น ๆ (Gaurask and others. 1987 : 413 - 423) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเพิ่มขึ้นจากการประเมินสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดการของตนเองเข้าอยู่ในโรคที่รู้จักพิจารณาตัดสินใจในการดูแลรักษาหรือแสวงหาวิธีการรักษาเพื่อให้อาการป่วยทุเลาลงได้โดยเร็ว

บัลล์ (Ball. 1997 : 1205) ได้ศึกษาเรื่องการมีชีวิตอยู่อย่างลำพังในหญิงวัยสูงอายุ (ความหวัง, การดูแลตนเอง) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของการมีชีวิตอยู่อย่างลำพัง อันได้แก่ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ สุขภาพจิต สุขภาพกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และความหวังกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง 94 คน อายุ 65 ปีขึ้นไป ใช้การสัมภาษณ์ตัวต่อตัว ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกระหว่างปัจจัยด้านสังคม สุขภาพจิต สุขภาพกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างอายุและสุขภาพจิต สุขภาพกาย และความสามารถในการดูแลตนเองไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุทั้ง 3 กลุ่ม ในปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ แต่มีความแตกต่างในเรื่องสุขภาพจิต สุขภาพกาย และความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มที่มีอายุน้อยที่สุด (65-74) จะดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ (74-84, 85+) สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าน่าจะเป็นผลดีในการให้การพยาบาลตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อมีอายุมากขึ้น จากการสัมภาษณ์ พบว่า หญิงสูงอายุตั้งแต่ 65-74 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่อย่างลำพังมากขึ้น ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าน่าจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการให้การดูแลด้านสุขภาพในระดับที่ 1, 2, 3 ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ตามความแตกต่างด้านอายุในหญิงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุอื่น ๆ

การวิจัยในประเทศไทย

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้แยกศึกษาตามตัวแปรดังต่อไปนี้

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

1) กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136-137) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์

สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ (2533 : 222 - 237) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเอง ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

จอณพะจง เพ็ญจาด (2533 : 45) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษที่มาตรวจสุขภาพโรงพยาบาลบางรัก จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

พรรณี ปานเทวัญ (2533 : 56) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคณงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานหญิงจำนวน 450 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวม

รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534 : 56-57) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่มารับบำบัดรักษาโดยการฉีดยาที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาลและโรงพยาบาลตากสินจำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ปริญา จิรกุลพัฒนา (2536 : 50) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้คุณค่าต่อสุขภาพความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น

กุลนทีกร น้อยโนนทอง (2537 : 57) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวาน จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี

ทรงสนธิ์ วงศ์บา (2537 : 63) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่ม ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกด้านสุขภาพ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นทหารเกณฑ์จากค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ จังหวัด

พิษณุโลก จำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

นพรัตน์ มหากาญจนกุล (2537 : 111) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ของพนักงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมรองเท้า กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมรองเท้าแห่งหนึ่ง จำนวน 315 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

สุวารีวรรณ กิจสมัคร (2539 : 145) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพกับพฤติกรรมเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีหลังคลอดที่พักอยู่ที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 310 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136-137) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์

สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทสมบัติ (2533 : 222 - 237) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นความเชื่ออำนาจผู้อื่นซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วย มีความเชื่อ แพทย์ พยาบาล จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

จอนพะจง เพ็งจาด (2533 : 45) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

พรรณี ปานเทวัญ (2533 : 56) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยพื้นฐานประการ กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคณงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยส่วนรวม

รัศมิแข วิโรจน์รัตน์ (2534 : 56) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้าน

สุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด เพื่อป้องกันโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ปริยดา จิรกุลพัฒนา (2536 : 50) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้คุณค่าต่อสุขภาพ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น

กุลนทีกร น้อยโนนทอง (2537 : 57) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี

พรรศนีย์ วงศ์ปา (2537 : 63) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่ม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพและรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของทหารเกณฑ์กองทัพบกภาคที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

นพรัตน์ มหากาญจนากุล (2537 : 111) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของพนักงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมรองเท้า ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

สุวารีวรรณ กิจสมัคร (2539 : 146) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ

กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136-137) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาและความบังเอิญเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์

สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ (2533 : 222-237) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองด้าน

สุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

จอณพะจง เฟื่องจาด (2533 : 45) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคน ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ในทางลบความสามารถในการดูแลตนเอง

พรรณี ปานเทวัญ (2533 : 56) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคน ด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับแบบแผนดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจทางโชคละตาไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผน การดำเนินชีวิตโดยรวม

รศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534 : 57) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง

กุลนทิกร น้อยโนนทอง (2537 : 57) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคน เกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจบังเอิญเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจบังเอิญสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำ

พรรณี วังศ์บา (2537 : 63) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่ม ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3 ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

นพรัตน์ มหากาญจนกุล (2537 : 111) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับแบบแผน การดำเนินชีวิตของพนักงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมรองเท้า ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจทางโชคละตามีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 146) ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้แยกศึกษาตามตัวแปรดังต่อไปนี้

เพศ

✓ เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 96-97) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน เนื่องจากเพศหญิงส่วนใหญ่จะทำงานในบ้าน มีความรู้อยู่ในวงแคบกว่าเพศชาย ซึ่งส่วนใหญ่ออกไปทำงานนอกบ้านมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ถูกต้องจากสื่อมวลชนหรือเพื่อนได้มากกว่าทำให้เพศชายมีความเข้าใจและเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง

✓ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 47) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

✓ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 133) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีการดูแลตนเองและแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง

✓ สุวิมล พนาวิวัฒนกุล (2534 : 47-48) ได้ศึกษาอ้อมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยพื้นฐานเรื่อง เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับอ้อมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเอง

✓ ภัทรพร ไพเราะ (2539 : 116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 400 รายในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมทางสังคมและการตรวจสุขภาพประจำปี

✓ ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 143) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย

✓ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540 : 97-98) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการป้องกันอุบัติเหตุได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และยังพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปี

สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540 : 96) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อัสรา อารณ์ (2540 : 96) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา

เขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 98-99) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

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

นิรนาท วิทโยชกิติคุณ (2534 : 46) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 47-48) ได้ศึกษาอ้อมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอ้อมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเอง

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

วรรณวิมล เบญจกุล (2535 : 22) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตในระดับค่อนข้างต่ำ

กมลพรรณ หอมนาน (2539 : 62) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540 : 101) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการใช้ภาษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และพบว่า ความสามารถในการใช้ภาษาไทยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน

ถาวรจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540 : 97-98) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

อัสรา อารณ (2540 : 97) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถ ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญา - ปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นต่ำกว่าประถมศึกษาและประถมศึกษา - มัธยมศึกษา

รายได้

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 100-101) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ได้มีการแตกต่างกันตามรายได้

จอนพะจง เพ็งจาด (2533 : 45) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเอง

นิรนาท วิทโยคกิติคุณ (2534 : 46) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ

สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 47-48) ได้ศึกษาอ้อมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอ้อมโนทัศน์และความสามารถในการดูแลตนเอง

วรรณวิมล เบญจกุล (2535 : 22) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตในระดับปานกลาง

ภัทรพร ไพเราะ (2539 : 116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน การตรวจสอบสุขภาพประจำปีและการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย

ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 147) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ดวงใจ - เปลี่ยนบำรุง (2540 : 103-104) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสอบสุขภาพประจำปี และพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน

ถาวรจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540 : 98) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

อัสรา อวรรณ (2540 : 98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันและพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ เหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ

สถานภาพสมรส

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 45) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะ

สุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก

สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 42) ได้ศึกษาอิทธิพลของทัศนคติความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 115) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้สุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก

ดวงใจ เป็ลียนบำรุง (2540 : 100-101) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน

ถาวรจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540:97) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ลักษณะครอบครัว

พนิดา คุณาธรรม (2538 : 131) ได้ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ภัทรพร ไพเราะ (2539 : 116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสำคัญกับการสูบบุหรี่ การร่วมกิจกรรมทางสังคมการตรวจสุขภาพประจำปี

ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 145) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสบุตรหลาน และญาติ

ดวงใจ เป็ลียนบำรุง (2540 : 104-105) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะ

ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการตรวจสอบสุขภาพประจำปี

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษางานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า ดังต่อไปนี้

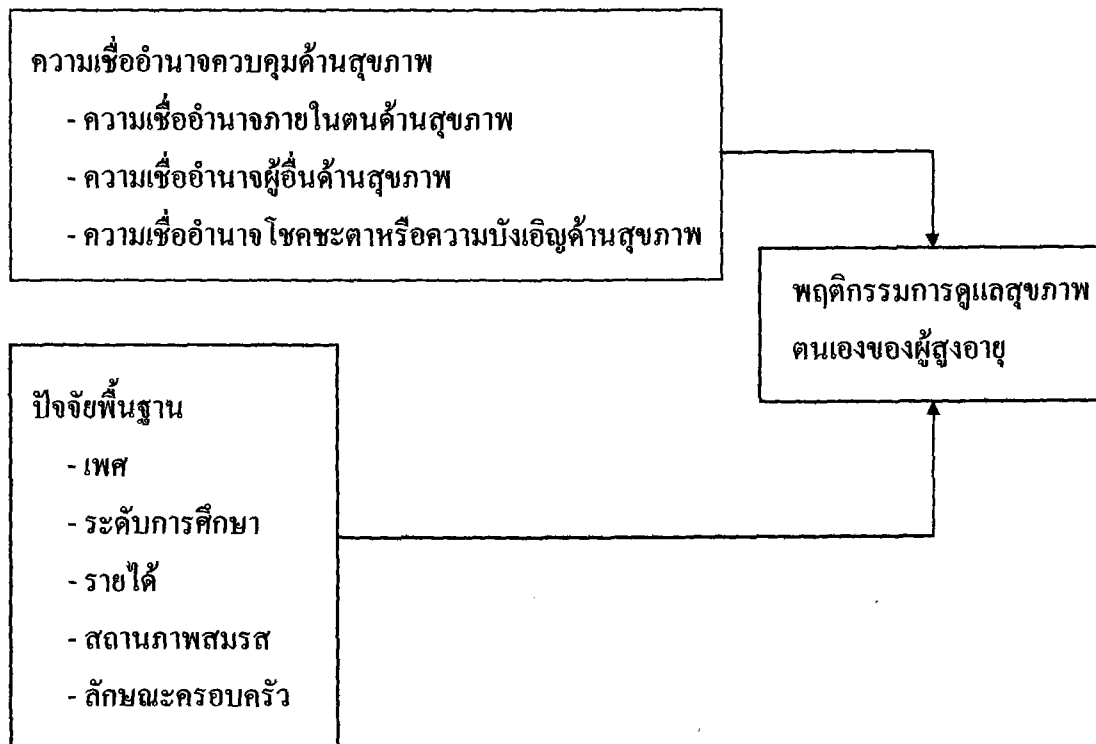
สุริย์ บุญญานพวงศ์ (2534 : 36) ได้ศึกษา สภาพของผู้สูงอายุในสังคมเมืองเชียงใหม่โดยศึกษารายกรณีจากสภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 3 ท่าน ที่มีความเหมือนและความแตกต่างกันโดยแยกวิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์กับบุคคลในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน บทบาทต่อสังคมและสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน ความหวังในอนาคต ผลการศึกษาพบว่าแบบแผนในการดำเนินชีวิตของทั้ง 3 กรณีนั้นค่อนข้างคล้ายกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะต่ำมีความสัมพันธ์กับบุตรหลานค่อนข้างห่างเหินกว่าผู้มีฐานะดี ด้านบทบาทต่อสังคมมีน้อย ส่วนสภาพปัญหาที่พบแตกต่างกันผู้มีฐานะต่ำมักจะกังวลต่อการดำเนินชีวิตสูงกว่า ทั้งยังมีปัญหาสุขภาพและครอบครัว ขณะที่ผู้มีฐานะดีไม่มีอะไรต้องเป็นห่วง เพราะมีการเตรียมพร้อมไว้ล่วงหน้าและไม่ค่อยใช้เวลาในการทบทวนย้อนอดีตซึ่งเห็นว่าไม่ใช่สิ่งที่เป็นประโยชน์มีความพอใจในชีวิตปัจจุบัน

จินตนา รอดนำพา (2535 : 57) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยประชากรเป็นผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4,000 คน เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวนตัวอย่าง 400 คน เครื่องมือคือ แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับ และการพักผ่อนหย่อนใจการออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด และการรักษาสุขภาพจิต โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

อรพรรณ อิศราภรณ์ (2536 : 74 - 75) ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 402 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลกในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปการดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการมีขบขันทางสุขภาพอยู่ในระดับดี สำหรับพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไปในเรื่องของการหายใจ การขับถ่ายของเสีย การพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการรักษาความเป็นปกติของการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมดูแลตนเองโดยทั่วไปในเรื่องของการรับประทานอาหารและน้ำ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในเขตใจกลางเมือง และผู้สูงอายุในเขตชานเมืองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในเขตใจกลางเมืองของเทศบาลเมืองจังหวัดพิษณุโลก

ดวงใจ เปลียนบำรุง (2540 : 112 - 115) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพด้วยส่วนบุคคล มีการป้องกันอุบัติเหตุภายใน และภายนอกบ้าน ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนโดยการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เมื่อรู้สึกเหงาจะทำงานอดิเรก เมื่อรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิด และรู้สึกวุ่นวายที่ลดลงจะทำใจยอมรับ ไม่เคยตรวจสอบสุขภาพประจำปี เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยามารับประทานเอง เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะไปรักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดี

จากการศึกษาสภาพปัญหา เอกสารและงานวิจัย ดังกล่าวมาแล้ว พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นแนวคิดในการวิจัย และในการตั้งสมมติฐาน ดังปรากฏตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
4. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
8. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
9. ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2541 ซึ่งมีจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมตามบัญชีรายชื่อทั้งหมด 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 196 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางของ เกรจซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan. 1960 : 99)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ โดยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพของ วอลสตัน และคนอื่นๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย

โดยกรณีการ กั้นรักษา (2527 : 158 - 161) ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ ดังนั้นแบบสอบถามชุดนี้ จึงประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน คือ

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มี 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 6, 8, 12, 13 และ 17
ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ มี 6 ข้อ คือ ข้อ 3, 5, 7, 10, 14 และ 18
ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มี 6 ข้อ คือ ข้อ 2, 4, 9, 11, 15 และ 16

โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเลย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self - Care Agency Scale : Form A) ของ เอเวอร์ส และคนอื่น ๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 306) และบางส่วนผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วยข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอ หรือกระทำทุกครั้งที่มีกิจกรรมนั้น
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนน้อย
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาทฤษฎี เนื้อหา แนวความคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลตนเองในแนวคิดของโอริ้ม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพของวอลสตันและคนอื่น ๆ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองเอเวอร์ส และคนอื่น ๆ จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. การสร้างเครื่องมือโดยดัดแปลงแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพของวอลสตัน และคนอื่น ๆ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ของเอเวอร์ส และคนอื่น ๆ ให้เหมาะสมกับเรื่องที่ศึกษาค้นคว้า และสามารถใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งเครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน คือ

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ

3.2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ จำนวน 18 ข้อ

3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ

4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

5. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเพื่อปรับปรุงแก้ไขแล้วนำเสนอให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบอีกครั้ง แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วประกอบด้วยแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน คือ

5.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ

5.2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ จำนวน 18 ข้อ

5.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 39 ข้อ

6. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสิน ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ

7. จัดเตรียมเครื่องมือที่ตรวจสอบคุณภาพเรียบร้อยแล้วเพื่อนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนนเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ให้เกณฑ์ประเมินจากเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ โดยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพของวอลสตันและคนอื่น ๆ แปลเป็นภาษาไทยโดยกรรณิการ์ กันธะรักษา ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา หรือความบังเอิญด้านสุขภาพด้านละ 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นรายข้อดังนี้

ไม่เห็นด้วย	ให้	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	6 คะแนน

ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ มีข้อคำถามด้านละ 6 ข้อคะแนนเต็มด้านละ 36 คะแนน ซึ่งจะมีค่าต่ำสุดในแต่ละด้านเป็น 6 คะแนน และมีค่าสูงสุดในแต่ละด้านเท่ากับ 36 คะแนน ถ้าได้คะแนนในด้านใดมาก ก็ถือว่ามีความเชื่อด้านนั้นมาก

การแปลความหมายของคะแนน

การกำหนดระดับความเชื่อในแต่ละด้าน โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\text{อันตรายขั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} \quad (\text{ชูศรี วงศ์รัตน์, 2537 : 29})$$

คะแนน	6-15	หมายถึง	มีความเชื่อระดับต่ำ
คะแนน	16-25	หมายถึง	มีความเชื่อระดับปานกลาง
คะแนน	26-36	หมายถึง	มีความเชื่อระดับสูง

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Apraisal of Self - Care Agency Scale : Form A) ของเอเวอร์ส และคนอื่น ๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 306) และบางส่วนผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วยข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

การแปลความหมายของคะแนน

จัดอันดับคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติโดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\text{อันดับภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \quad (\text{บุศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 29})$$

1.34 - 2.00	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับดี
0.67 - 1.33	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้
0.00 - 0.66	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพื้นผิว (Face Validity) และพิจารณาข้อความให้ชัดเจนเหมาะสม นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษา และความถูกต้องในเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งหนึ่ง

2. ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสิน ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย นำมาตรวจให้คะแนน และทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

2.1 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง นำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม สูง – ต่ำ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 และทดสอบด้วยค่าที (t-test) ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 132)ปรากฏว่าแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองจำนวน 39 ข้อ ใช้ได้จำนวน 31 ข้อ

2.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้จำนวน 31 ข้อ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161) ค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัคจะอยู่ระหว่าง 0-1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเชื่อมั่น

สูง(วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 119) ปรากฏว่าแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่น 0.79 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีค่าความเชื่อมั่น 0.80 ซึ่งมีความเชื่อมั่นสูงเหมาะสมที่จะนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลตากสิน เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือและรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ด้วยตนเองระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ และเก็บรวบรวมข้อมูลได้มาจำนวน 200 ชุดคิดเป็นร้อยละ 100
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน

วิธีจัดการกับข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม และตรวจให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละแยกตามเพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว
3. แบบสอบถามส่วนที่ 2 วัดความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ นำข้อมูล มาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง
4. แบบสอบถามส่วนที่ 3 วัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง

5. หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2 และ 3

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ตามตัวแปรเพศ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 และ 8

7. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ตามตัวแปรระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5, 6 และ 7

8. เมื่อการทดสอบตามข้อ 7 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls Method)

9. วิเคราะห์การทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจากตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อเลือกตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ดีที่สุด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรมสุต.2525: 73)

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

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 40)

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

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

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนโดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 73)

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

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

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ของแบบสอบถาม
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 แล้วทดสอบด้วย
ค่าที (t-test) ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538:132)

$$t = \frac{\bar{X}_{\text{สูง}} - \bar{X}_{\text{ต่ำ}}}{\sqrt{\frac{S_{\text{สูง}}^2}{n_{\text{สูง}}} + \frac{S_{\text{ต่ำ}}^2}{n_{\text{ต่ำ}}}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที่
	$\bar{X}_{\text{สูง}}$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง
	$\bar{X}_{\text{ต่ำ}}$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ
	$S_{\text{สูง}}^2$	แทน	ความแปรปรวนของกลุ่มสูง
	$S_{\text{ต่ำ}}^2$	แทน	ความแปรปรวนของกลุ่มต่ำ
	$n_{\text{สูง}}$	แทน	จำนวนคนในกลุ่มสูง
	$n_{\text{ต่ำ}}$	แทน	จำนวนคนในกลุ่มต่ำ

2.2 การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ~~และ~~ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 125 - 126)

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

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

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2 และ 3 โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 144 - 145)

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

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

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นอิสระจากกัน คือ คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่มีเพศ และลักษณะครอบครัวแตกต่างกันโดยการทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 และ 8 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2537 : 180)

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

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

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที่
	$\bar{x}_1$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1
	$\bar{x}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	S_1^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1
	S_2^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	n_1	แทน	จำนวนคนในกลุ่มที่ 1
	n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไปคือ คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองที่มีระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5, 6 และ 7 โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 168)

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

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบเอฟ
	MS_B	แทน	ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน	ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls Method) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 172)

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

เมื่อ	q	แทน	q - Statistic จากตาราง
	MS_w	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม
	$\tilde{n}$	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

3.4 การศึกษาตัวพยากรณ์ในการทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยวิธี Stepwise Regression เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 9 โดยมีตัวแปรเกณฑ์ คือ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตัวแปรทำนาย คือ ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว โดยใช้สูตร (ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2535 : 323 - 325)

$$Y = B_0 + B_1X_1 + \dots + B_kX_k + e$$

เมื่อ	k	แทน	จำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้ในสมการถดถอย
	Y	แทน	ค่าของตัวแปรตาม
	X ₁	แทน	ค่าตัวแปรอิสระตัวที่ 1 จะใช้สัญลักษณ์ X ₁
	B ₀	แทน	เป็นค่าคงที่ของสมการถดถอย
	B ₁	แทน	เป็นค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระตัวที่ 1
	e	แทน	ค่าความแตกต่างหรือความคลาดเคลื่อน (Error or Residual)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่าง ๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนกำลังสอง (Mean of Square)
q	แทน	q-Statistic
p	แทน	ระดับความน่าจะเป็น (Probability)
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
B	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปคะแนนดิบ
Beta	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปของคะแนนมาตรฐาน
R^2	แทน	ค่าที่บอกสัดส่วนของตัวแปรตามที่อธิบายได้โดยตัวแปรอิสระ
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความเชื่ออ่านใจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน เป็นชาย 38 คน เป็นหญิง 162 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่ เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S) และตัดสินค่าระดับความเชื่อด้านต่าง ๆ ดังปรากฏตามตาราง 3-5

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่ เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S) และตัดสินค่าระดับการปฏิบัติ ดังปรากฏตามตาราง 6

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยการหาค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรเพศ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 8-9

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) ถ้าพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 10-15

ตอนที่ 7 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ดังปรากฏตามตาราง 16

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร นำเสนอเป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	19.00
หญิง	162	81.00
รวม	200	100.00
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	17	8.50
ระดับประถมศึกษา	52	26.00
ระดับมัธยมศึกษา	64	32.00
ระดับอุดมศึกษา	67	33.50
รวม	200	100.00
รายได้		
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	41	20.50
3,000-8,000 บาท/เดือน	82	41.00
8,001-13,000 บาท/เดือน	29	14.50
13,001 บาทขึ้นไป	48	24.00
รวม	200	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	97	48.50
โสด	23	11.50
หม้าย	66	33.00
หย่า	11	5.50
แยก	3	1.50
รวม	200	100.00
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	109	54.50
ครอบครัวขยาย	91	45.50
รวม	200	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 200 คน จำแนกได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรพยาบาล กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.00 เป็นชายคิดเป็นร้อยละ 19.00
2. ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.50 รองลงมาได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 32.00 และระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.00 ตามลำดับ
3. รายได้ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 3,000-8,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.00 รองลงมาได้แก่ รายได้ตั้งแต่ 13,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24.00 และรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 20.50 ตามลำดับ

4. สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 48.50 รองลงมาได้แก่ สถานภาพสมรสหม้าย คิดเป็นร้อยละ 33.00 และสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 11.50 ตามลำดับ

5. ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 54.50 และครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 45.50

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ 3 ด้าน โดยแสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ความเชื่ออำนาจภายในตน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
ความเชื่อระดับสูง	196	98.00	32.20	2.28
ความเชื่อระดับปานกลาง	4	2.00	21.50	2.50
รวม	200	100.00	26.70	2.39

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่ออำนาจภายในตน เท่ากับ 26.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.39 และพบว่าผู้สูงอายุจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.00 และ รองลงมาจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.00

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
ความเชื่อระดับสูง	193	96.50	33.01	5.50
ความเชื่อระดับปานกลาง	6	3.00	23.50	3.92
ความเชื่อระดับต่ำ	1	0.50	13.00	2.07
รวม	200	100.00	23.17	3.69

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่ออำนาจผู้อื่น เท่ากับ 23.17 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.69 และพบว่าผู้สูงอายุจะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 96.50 รองลงมาจะมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.00 และมีความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 0.50

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
ความเชื่อระดับสูง	65	32.50	30.48	2.58
ความเชื่อระดับปานกลาง	111	55.50	20.19	2.35
ความเชื่อระดับต่ำ	24	12.00	12.50	2.13
รวม	200	100.00	21.06	2.35

จากตาราง 5 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ เท่ากับ 21.06 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.35 และพบว่าผู้สูงอายุจะมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.50 รองลงมาจะมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญใน

ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 32.50 และมีความเชื่ออำนาจ โชคชะตาหรือความบังเอิญอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 12.00

ตอนที่ 3 วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยแสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
ระดับดี	165	82.50	1.64	0.13
ระดับพอใช้	35	17.50	1.15	0.10
รวม	200	100.00	1.40	0.12

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 1.40 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.12 และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 82.50 และรองลงมาจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 17.50

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิรัชพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ระหว่าง	N	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p
1. ความเชื่ออำนาจภายในตนกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	200	.350**	.000
2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	200	.332 **	.000
3. ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	200	.234 **	.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .01

จากตาราง 7 แสดงว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .350 .332 และ .234 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และ 2 แต่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า ความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิรัชพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรเพศ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 8-9

ตาราง 8 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุวิชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S	t	p
ชาย	38	1.54	.25	-1.195	.846
หญิง	162	1.55	.23		

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงในชมรมผู้สูงอายุ วิชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 9 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุวิชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	N	$\bar{X}$	S	t	p
ครอบครัวเดี่ยว	109	1.53	.25	-1.657	.099
ครอบครัวขยาย	91	1.58	.22		

ตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร ระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) ถ้าพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติจึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 10-15

ตาราง 10 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง			
	N	$\bar{X}$	S	ระดับ
ต่ำกว่าประถมศึกษา	17	1.50	.21	ดี
ระดับประถมศึกษา	52	1.58	.21	ดี
ระดับมัธยมศึกษา	64	1.55	.25	ดี
ระดับอุดมศึกษา	67	1.55	.25	ดี
รวม	200	1.55	.24	ดี

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร ทุกระดับการศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี และที่มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษา

ตาราง 11 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	9.168	3.056	.543	.645
ภายในกลุ่ม	196	11.039	5.632		
รวม	199	20.207			

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 12 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้

รายได้	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง			
	N	$\bar{X}$	S	ระดับ
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	41	1.54	.21	ดี
3,000-8,000 บาท/เดือน	82	1.58	.22	ดี
8,001-13,000 บาท/เดือน	29	1.53	.29	ดี
13,001 บาทขึ้นไป	48	1.52	.25	ดี
รวม	200	1.55	.24	ดี

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่มี
รายได้ทุกระดับ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี และที่มีคะแนนเฉลี่ยของ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุดคือ มีรายได้ 3,000-8,000 บาท/เดือน

ตาราง 13 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	.136	4.52	.806	.492
ภายในกลุ่ม	196	10.995	5.61		
รวม	199	11.131			

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่มี
รายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6
ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ตาราง 14 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง			
	N	$\bar{X}$	S	ระดับ
คู่	97	1.55	.22	ดี
โสด	23	1.52	.25	ดี
หม้าย	66	1.56	.24	ดี
หย่า	11	1.57	.31	ดี
แยก	3	1.82	.15	ดี
รวม	200	1.55	.24	ดี

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ทุกสถานภาพการสมรส มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี และที่มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุดคือ มีสถานภาพสมรสแยก

ตาราง 15 วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	.239	5.971	1.069	.373
ภายในกลุ่ม	195	10.892	5.586		
รวม	199	11.131			

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ตอนที่ 7 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 ค่าอำนาจในการทำนายของตัวทำนายค่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่เข้าสมการ ตามลำดับ	สัมประสิทธิ์ การถดถอย		R	R ²	R ² Change	t	p
	B	Beta					
ความเชื่ออำนาจผู้อื่น	1.445	0.205	.205	.042	0.037	2.95**	.004
ค่าคงที่	1.081					6.732	

$R^2 = 0.042$ $F = 8.709$

**** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01**

จากตาราง 16 แสดงว่า ตัวแปรที่เข้าสมการ และสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ตัวแปรความเชื่ออำนาจผู้อื่น ซึ่งเป็นตัวแปรเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 4.20 ($R^2 = 0.042$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 1.445 หมายความว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.445 หน่วย ($B = 1.445$)

สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังนี้

$$\text{HEALTH SELF CARE BEHAVIOR} = 1.081 + 1.445 \text{ BEL}_2$$

โดยที่ HEALTH SELF CARE BEHAVIOR = พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ค่าคงที่ = 1.081

BEL_2 = ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

จากสมการถดถอยที่ได้ พบว่า สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุวิโรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 4.20 ($R^2 = 0.042$)

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว
5. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 196 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ เกรจซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1960:99)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ โดยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกด้านสุขภาพของ วอลสตันและคนอื่น ๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 158 - 161) ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่อ

อำนาจบุคคลอื่น และความเชื่ออำนาจโชคลาภหรือความบังเอิญ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ความเชื่อในแต่ละด้านมีให้เลือกตอบ 6 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยเล็กน้อย ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย ไม่เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale : Form A) ของ เอเวอร์ส และคนอื่น ๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 306) และบางส่วนผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วยข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินใจระดับความเชื่อด้านต่าง ๆ

3. วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่ เป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินใจระดับการปฏิบัติ

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาลกรุงเทพมหานครโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 2 และ 3

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรเพศ และลักษณะครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 และ 8

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5, 6 และ 7

7.วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 9

สรุปผลการค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81 เป็นเพศชาย ร้อยละ 19 ส่วนระดับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 33.50 รองลงมา มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 32.00 และที่น้อยสุดมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 8.50 ส่วนรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3,000 - 8,000 บาท/เดือน มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 41.00 รองลงมา มีรายได้ 13,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 24.00 และที่น้อยสุดมีรายได้ 8,000 - 13,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 14.50 ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีจำนวนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.50 รองลงมา มีสถานภาพสมรสหม้าย คิดเป็นร้อยละ 33.00 และที่น้อยสุดมีสถานภาพสมรสแยก คิดเป็นร้อยละ 1.50 ส่วนลักษณะครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 54.50 และครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 45.50

ผลการวิเคราะห์ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจภายในตน เท่ากับ 26.70 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจผู้อื่นเท่ากับ 23.17 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญ เท่ากับ 21.06 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 1.40 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

3. ความเชื่ออำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรอิสระ คือ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว พบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

ต่างกัน

ส่วนการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร โดยการวิเคราะห์หาคออยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 4.20

อภิปรายผล

จากการศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่ออำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าผู้สูงอายุมีความเชื่อเป็นอย่างมากว่า การมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง เช่น ผู้สูงอายุเชื่อว่าการออกกำลังกายทำให้ตนเองมีสุขภาพดี ผู้สูงอายุจึงมาร่วมกิจกรรมออกกำลังกายเป็นประจำ และสม่ำเสมอในชมรมผู้สูงอายุ ในขณะที่เดียวกันก็มีความเชื่อเป็นอย่างมากด้วยว่าบุคลากรทางการแพทย์หรือการสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง จะเป็นผู้ควบคุมและดูแลสุขภาพตนเองทำให้มีสุขภาพดีอีกทางหนึ่งด้วย จึงมักมีการปฏิบัติตามคำแนะนำ

นำของแพทย์ พยาบาล และบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การไปตรวจสุขภาพตามแพทย์นัด การปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล การขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับดวง โชคชะตา บุญกรรม หรือวาสนา อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จึงมีความเชื่อในเรื่องของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งลี้ลับที่มองไม่เห็นจับต้องไม่ได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญอยู่บ้างในระดับปานกลาง ไม่สูงเท่าความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต ปทุมานนท์ (2532 : 132) พบว่า มารดาครรภ์แรกส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจผู้อื่นทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง แต่มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง อรพรรณ แก้วบุญชู และคนอื่นๆ (2535 : 28) พบว่า มารดาที่เลี้ยงดูบุตรส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่น อยู่ในระดับสูงตามลำดับ ส่วนความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ และนพรัตน์ มหากาญจนกุล (2537 : 111) พบว่า พนักงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมรองเท้ามีความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่ออำนาจทางโชคชะตานั้นอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ ทรรศนีย์ วงศ์บา (2537 : 45-46) พบว่า ทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3 ส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นมากที่สุด รองลงมาเป็นการเชื่ออำนาจความบังเอิญ และความเชื่ออำนาจภายในตนตามลำดับ

2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ต่าง ๆ มากมาย เช่น ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โรคที่คุกคามสุขภาพ การโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การนันทนาการ ตลอดจนการตรวจสุขภาพ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้ที่ถูกต้อง และเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพดังจะเห็นได้จากการที่ ผู้สูงอายุมีความสนใจ กระตือรือร้น และเอาใจใส่ต่อการมาร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี เป็นการสนับสนุนแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 23; อ้างอิงมาจาก Orem. 1991 : unpagged) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด นอกจากนี้สมาชิกในชมรมยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือกันและกันในด้านสุขภาพอนามัยทั้งร่างกาย และจิตใจ เช่น การแนะนำให้

สมาชิกตรวจสอบสุขภาพร่างกายประจำปี การจัดทัศนศึกษาหรือไปทำบุญที่วัดต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความตึงเครียด ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขในชีวิต ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนในเรื่องความสามารถดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพต่อไป ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 42) พบว่า ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูง สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 40) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงปานกลาง ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, จิตินันท์ ศศิฉาย และ ประทุม สร้อยวงศ์ (2536 : 17) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง และ อัสรา อารวม (2540 : 95-96) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534 : 113) พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 เป็นเพราะผู้สูงอายุให้ความสนใจโดยการมาร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างสม่ำเสมอ เพราะกิจกรรมที่จัดขึ้นมีส่วนส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะต้องปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสอบสุขภาพประจำปี แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสุขภาพหรือดูแลสุขภาพได้โดยพฤติกรรมหรือการกระทำของตนเองตรงกับแนวคิดของสตรีกแลนด์ (Strickland, 1982 : 1192) เชื่อว่า ผู้ที่มีอำนาจภายในตนมีความเชื่อว่า การมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นไปในทิศทางบวก คือจะเป็นผู้ที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความรู้เพื่ออนามัยที่ดีของตนเองอยู่เสมอ และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 100) กล่าวว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมในทางบวก และจะเป็นผู้ที่สนใจต่อภาวะสุขภาพ ปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ ทั้งร่างกายและจิตใจ จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีชีวิตยืนยาวขึ้นและมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น ประกอบกับผลจากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในปัจจุบันอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เพราะลูกหลานแยกย้ายไปตั้งครอบครัวหรือต้องออกไปประกอบอาชีพ แนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตนเอง ช่วยเหลือตนเองให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ไม่เจ็บป่วยหรือไม่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการสนใจ สุขภาพตนเอง เพราะการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและ

สวัสดิกภาพที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 23) ผู้สูงอายุจึงต้องเรียนรู้และสนใจดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ การศึกษาของวอลสตัน, วอลสตัน และแมดส์ (Wallston , Wallston and Maides . 1976 : 1193) พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะชวนขวนขวายหาความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ และหาวิธีดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี สปีค (Speak. 1987 : 25-30) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเรียนรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่าของผู้สูงอายุ สปีค , โควาร์ท และเพลเลท (Speak , Cowart and Pellet. 1989 : 93-100) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีการกันระริक्षा (2527 : 136-137) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ พรณี ปานเทวัญ (2533 : 56) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยส่วนรวมของคณงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ครุณี ชุนหวัดและคนอื่น ๆ (2535 : 51) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนของกลุ่มนักศึกษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติต่อการดูแลตนเอง กุลนทิกกร น้อยโนนทอง (2537 : 57) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดี ทรศนีย์ วงศ์บา (2537 : 63) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ นพรัตน์ มหากาญจนกุล (2537 : 111) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของพนักงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมรองเท้า และ สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539 : 145) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุล และประคองอินทรสมบัติ (2533 : 222-237) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา จอนพะจง เพ็งจาด (2533 : 45) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด และปริญดา จิรกุลพัฒนา (2536 : 50) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น

4. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีด้วย จากแนวคิดของ วอลสตัน และวอลสตัน (Wallston and Wallston. 1982 : 115-120) ที่ว่า ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพเป็นความเชื่อที่ว่า บุคลากรทางการแพทย์หรือการสาธารณสุขจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพทำให้บุคคลมีสุขภาพดี อาจเป็นเพราะวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยลง จึงเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย (บริบูลย์ พรพิบูลย์, 2535 : 115) แม้ว่าตนเองจะดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีแล้ว

ก็ตาม จึงจำเป็นต้องไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษารอรับคำแนะนำปรึกษาในเรื่องสุขภาพอนามัยอยู่บ่อย ๆ และชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาลได้ตั้งอยู่ภายในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมาใช้บริการทางด้านสุขภาพได้สะดวก รวมทั้งในชมรมยังมีบุคลากรทางการแพทย์มาให้คำแนะนำและรับปรึกษาในเรื่องสุขภาพอยู่เป็นประจำ นอกจากนี้บุคคลในครอบครัว เช่น บุตร หลาน รวมถึงผู้สมรส ได้ให้การดูแล เอาใจใส่ ให้คำปรึกษาแนะนำในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ช่วยเหลือพาไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุจึงให้ความสำคัญ เชื่อถือไว้วางใจ บุคคลในครอบครัวว่าจะช่วยเหลือให้มีสุขภาพที่ดีได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือ บุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมถูกต้องและอยู่ในระดับดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ สมจิต หนูเจริญกุลและประคอง อินทรสมบัติ (2533 : 222-237) พบว่า ความเชื่อของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นความเชื่ออำนาจผู้อื่นซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง พรรณี ปานเทวัญ (2533 : 56) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยส่วนรวมของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ กุลนทีกร น้อยโนนทอง (2537 : 57) พบว่า ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทรศนีย์ วงศ์บา (2537 : 36) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ และ นพรัตน์ มหากาญจนกุล (2537 : 111) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของพนักงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมรองเท้า แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ สปีด , โควาร์ท และเพเลต (Speak, Cowart and Pellet. 1989 : 93-100) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีการกันระรักษา (2527 : 136-137) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ จอนพะจง เพ็งจาด (2533 : 45) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534 : 56) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ปริญดา จิรกุลพัฒนา (2536 : 50) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น และสุวาริวรรณ กิจสมักร (2539 : 146) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเมร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

5.ความเชื่ออำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจโชคละตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีด้วย อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่นับถือศาสนาพุทธเมื่อมีอายุมากขึ้นมักจะนิยมเข้าวัด ไปทำบุญ ฟังเทศน์ หรือนั่งสมาธิ เพื่อให้เกิดความ

สุขใจ สบายใจ และยึดถือนำมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจึงเชื่อในคำสอนที่เกี่ยวกับ บุญ กรรม วาสนา ดวง โชคชะตา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายว่าน่าจะมีผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ของตนเองว่าจะดีหรือไม่ดี รวมถึงในเรื่องของสุขภาพด้วย เช่น ผู้สูงอายุเชื่อว่าการมีสุขภาพดีเพราะมีบุญวาสนาดี หรือมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับดวงและโชคชะตา นอกจากนี้การนั่งสมาธิทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจสงบ เกิดความสุขคลายความทุกข์ ผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้เกิดความสุขทางจิตใจ ทำให้สุขภาพจิตดี สุขภาพกายก็ดีตามไปด้วยโดยเฉพาะการผ่อนคลายความเครียดในชีวิตประจำวันจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ เป็นต้น ทำให้สุขภาพร่างกายดีไม่เจ็บป่วย ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับ วอลสตันและวอลสตัน (Wallston and Wallston, 1982:115-120) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลอย่างหนึ่งก็คือความเชื่อ และเป็นที่ยอมรับว่าความเชื่ออำนาจภายในตน – ภายนอกตนด้านด้านสุขภาพ เป็นแรงจูงใจของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีคือมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง ซึ่งความเชื่อภายนอกตนด้านสุขภาพได้รวมถึงความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพด้วย แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ เคอร์ (ทรรศนีย์ วงศ์บา, 2527:24 ; อ้างอิงมาจาก Kerr, 1986:87-92) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจความบังเอิญสูงจะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการลดความดันโลหิตได้น้อยกว่า กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136-137) พบว่า ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาและความบังเอิญเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ จอนพะจง เฟิงจาต (2533 : 45) พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ในทางลบ กับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ สมจิต หนูเจริญกุล และประครอง อินทรสมบัติ (2533 : 222-237) พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534 : 57) พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด อรวรรณ แก้วบุญชูและคนอื่น ๆ (2535 : 30) พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร และ พรณิ ปานเทวัญ (2536 : 56) พบว่า ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยส่วนรวมของคณงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ทรรศนีย์ วงศ์บา (2537 : 63) พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3 นพรัตน์ มหากาญจน์กุล (2537 : 111) พบว่า ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตามีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของพนักงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมรองเท้า และ สุวาริวรรณ กิจสมักร (2539 : 146)

พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ เชิงลบกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกัน มะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

6. ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาล กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิงนั้นส่วนใหญ่เข้าใจถึงความสำคัญของสุขภาพตนเองที่จะทำให้ตนเองมี สุขภาพดีและแข็งแรงจากการที่ได้มาร่วมกิจกรรมในชมรม พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกัน และกัน ได้รับความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุขคล้ายคลึงกัน ได้ร่วมทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจและสนใจสุขภาพของตน เอง ก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันทั้งผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ผล การศึกษานี้สอดคล้องกับ สปีค , โควาร์ท และเพลเลท (Speak , Cowart and Pallet. 1989 : 90-100) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ นิรนาท วิทโยคกิติคุณ (2534 :47) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ลำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540 :96) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันทั้ง ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และ อัสรา อารวม (2540 : 96) พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับวอลสตัน, วอลสตัน และเมดส์ (Wallston ,Wallston and Maides . 1976 : 1193) พบว่า เพศหญิงจะชวนหาความรู้มากกว่าเพศชาย คูทเนอร์ และคูทเนอร์ (Kutner and Kutner.1979:62-66) พบว่า เพศหญิงมักมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศ ชายโดยเฉพาะเข่าเจ็บป่วย เพศชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคล ในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง เพราะโดยทั่วไประบบสังคม และวัฒนธรรมกำหนดให้เพศหญิงมี บทบาทของผู้ดูแล คางพร รัตนอมรชัย (2535:133) พบว่าเพศชายมีการดูแลตนเองและแบบแผน ชีวิตดีกว่าเพศหญิง สุวิมล พนาวัฒนกุล (2534:48) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับ อัมมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเอง และศุภวารินทร์ หันกิติคุณ (2539:143) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย

7. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชัยพยาบาล กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับค่อนข้างสูงคือระดับอุดมศึกษา ประกอบกับ เป็นผู้สูงอายุที่ผ่านประสบการณ์ในชีวิตมามากมายได้รับความรู้นอกเหนือจากสถานศึกษา เช่น จาก สื่อสารมวลชนต่างๆ อันได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ

ในสังคม เช่น แพทย์ พยาบาล เพื่อนสมาชิกในชมรมที่เคยประกอบอาชีพต่างสาขากัน และการได้รับความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเอง จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพที่ถูกต้องแม้ว่าจะมีระดับการศึกษาต่างกัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุในชมรมยังมีความกระตือรือร้น และสนใจเอาใจใส่ตนเองอยู่เสมอในเรื่องสุขภาพ เห็นได้จากผู้สูงอายุมีความพร้อมเพียงในการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีอยู่เสมอ ผลการศึกษานี้จึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ นิรนาท วิทชโชคติคุณ (2534 : 46) พบว่า จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มณฑนา เจริญกุล (2534 : 47) พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง วรณวิมล เบญจกุล (2535 : 22) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตในระดับค่อนข้างต่ำ และ ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล , ฐิติณัฐ ศศิฉาย และประทุม สร้อยวงศ์ (2536 : 17) พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ คอคเกอร์แฮม (อัจฉรา จังพานิช.2541 : 43 ; อ้างอิงมาจาก Cockerham.1982 : 90) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกับผู้ที่มีการศึกษาต่ำ สปีค, ไควาร์ท และเพลเลท (Speak , Cowart and Pellet. 1989 : 93-100) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 98-99) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ จอนพะจง เพ็ญจาด (2533 : 45) พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534:48) พบว่า จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติ และความสามารถในการดูแลตนเอง ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 116) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ กมลพรรณ หอมนาน (2539 : 62) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามกับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี ส้ารวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540 : 97) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัันมีการดูแลตนเองต่างกัน และ อัสรา อวรณ์ (2540 : 97) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระหว่างอนุปริญญา - ปริญญาตรี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นต่ำกว่าประถมศึกษาและประถมศึกษา – มัธยมศึกษา

8. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่พบว่า มีรายได้ 3,000 - 8,000 บาท / เดือน จึงไม่น่าจะมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ประกอบกับในชมรมผู้สูงอายุได้จัดกิจกรรมบริการทุกด้านเกี่ยวกับสุขภาพ

อนามัยโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายอยู่แล้ว เช่น การรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี การโภชนาการ การออกกำลังกาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โรคที่คุกคามสุขภาพ แก่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจอีกทางหนึ่ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจที่จะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น และการที่ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมในชมรมสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการมาออกกำลังกาย แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสนใจในสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองสูงอยู่แล้ว ผลการศึกษานี้จึงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับ สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak , Cowart and Pellet. 1989 : 93-100) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ยาวลัทธิ มหาลัทธินัน (2529 : 100-101) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี ไม่ได้มีการแตกต่างกันตามรายได้ ฌฐกร อ่วมบำรุง (2534 : 92) พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรามันบางแค ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน มณฑนา เจริญกุล (2534 : 48) พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และสำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540:98) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ คอคเกอร์แฮม(อิจฉรา จังพานิช.2541 : 43 ; อ้างอิงมาจาก Cockerham.1982 : 90) พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคสูง ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยถูกต้องต่างกับผู้ที่มิรายได้ น้อยจะมีแรงจูงใจด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยไปด้วย วอล์กเกอร์ และคนอื่นๆ (Walker and others. 1988 : 76-90) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จอนพะจง เฟิงจาด (2533 : 45) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเอง สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534:48) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติและความสามารถในการดูแลตนเอง สุภาวรินทร์ หันกิติคุณ (2539:143) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ อัสรา อาวรณ์ (2540 : 97) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันและพบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอ เหลือใช้ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอ

9. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่มาร่วมกิจกรรมในชมรมได้พบปะสังสรรค์กับสมาชิกซึ่งเป็นเพื่อน ๆ วัยใกล้เคียงกัน สามารถช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาหารือ แนะนำในเรื่องต่าง ๆ โดยเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยเพราะวัยสูงอายุเป็นวัยที่เสื่อมถอยลงจึงเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย (บริบูรณ์ พรพิบูลย์.

2535 : 115) ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์มากกว่าก็จะเป็นผู้แนะนำในสิ่งที่มีประโยชน์ให้กับเพื่อนสมาชิก ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและแรงจูงใจเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของโอเร็มเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ที่จะก่อให้เกิดความใกล้ชิดผูกพันกัน ได้รับความช่วยเหลือซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคล มีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น (Orem. 1985 : 91 , อ้างอิงมาจาก สุวิมล พนาวัฒน์กุล. 2534 : 42) ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุมาออกกำลังกายหรือร่วมมาตรฐานร่วมกันโดยผู้สูงอายุบางคนไม่กล้าที่จะทำคนเดียวที่บ้านเพราะอายุถูกหลานหรือบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ในปัจจุบันแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะต้องอยู่คนเดียวโดยปราศจากคู่สมรสเพราะการสูญเสียฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไปตามอายุขัย ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาของวงจรชีวิตที่จะต้องเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสหม้าย มากเป็นอันดับสองรองจากสถานภาพสมรสคู่ ผู้สูงอายุจึงต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้นในการดูแลสุขภาพตนเองหากปราศจากคู่สมรส นอกจากนี้ลูกหลานยังเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุได้กล่าวถึงบ่อย ๆ มากกว่าคู่สมรสเพราะลูกหลานเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุเชื่อถือไว้วางใจ ให้ความรัก ความอบอุ่น ผู้สูงอายุจึงให้ความสำคัญและเชื่อฟังปฏิบัติตามคำแนะนำของลูกหลานเกี่ยวกับสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัย สอดคล้องกับคอห์นและดีโลจีส์ (Coyne and Deloges. 1986 : 455 ; อ้างอิงมาจาก สุวิมล พนาวัฒน์กุล. 2534 : 42) ที่ได้กล่าวว่าการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดอย่างเพียงพอ จะทำให้ได้รับความรัก ความห่วงใย และเอาใจใส่ ทำให้มีกำลังใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงสิ่งต่าง ๆ และนำความรู้ที่มีอยู่ไปปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้จึงพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ สปีค, โควาร์ท และเพลเลท (Speak, Cowart and Pellet. 1989 : 93-100) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ฌูกร อ่วมบำรุง (2534 : 94) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแคที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกันและสำรวจจิตสุนทรารมณ์สุข (2540 : 97) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล ชลบุรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสปีค (Speak.1987 : 25-30) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์กับคะแนนกิจกรรมที่สูงกว่าและคะแนนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพนิรนาท วิทโยชกิตติคุณ (2534 : 46) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสดี หม้าย หย่า แยก สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 48) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 116) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ

สมรส โสด หม้าย หย่า แยก

10. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัันมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 อาจเป็นเพราะลักษณะโครงสร้างของสังคมไทยนั้นยังคงให้ความรัก ความอบอุ่น เคารพนับถือผู้สูงอายุ และขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน เพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า ถึงแม้ว่าสภาพสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วส่งผลให้โครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว เพราะลูกหลานแยกย้ายไปตั้งครอบครัวใหม่หรือต้องไปประกอบอาชีพตามที่ต่าง ๆ บางครอบครัวผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรส แต่ลูกหลานก็ยังไปมาหาสู่ผู้สูงอายุอยู่เสมอ เพราะสังคมไทยยังคงให้ความสำคัญและไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุเห็นได้จากผลการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2536:212) พบว่าคนหนุ่มสาวมากกว่าครึ่งก็ยังจะไปเยี่ยมเยียนบิดามารดาที่สูงอายุอย่างสม่ำเสมอและบ่อยครั้งด้วย และยังพบว่าคนหนุ่มสาวมากกว่าร้อยละ 98 ยังคงให้การเลี้ยงดูพ่อแม่ที่สูงอายุอย่างต่อเนื่องและส่วนใหญ่ยังคงมีเจตคติอันแน่วแน่ที่จะให้การเลี้ยงดูบิดามารดาที่สูงอายุต่อไปจนกว่าผู้สูงอายุและตนเองจะเสียชีวิต จะดูแลเรื่อยไปหรือจนกว่าตนเองจะแต่งงานหรือแยกย้ายไปพักอาศัยที่อื่น บางครอบครัวแม้ว่าลูกหลานจะแยกย้ายครอบครัวออกมาอยู่ต่างหาก แต่ก็ยังสร้างบ้านอยู่ภายในบริเวณเดียวกันกับผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ในครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยายไม่แตกต่างกัน โดยมีลักษณะของการพึ่งพา มีความรัก ความอบอุ่น ญาติพี่น้องรักใคร่กัน และผู้อาวุโสหรือผู้สูงอายุจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ทำหน้าที่ควบคุมดูแลทุกข์สุขของบุคคลในครอบครัว แต่หากผู้สูงอายุมีบุตรหลานที่มีหน้าที่การงานที่ดี มีฐานะทางเศรษฐกิจดี บุตรหลานมักจะเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่และเลี้ยงดูผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวต่างกััน มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534 : 119) พบว่าผู้ที่อยู่คนเดียว และอาศัยในครอบครัวเดี่ยว มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองไม่แตกต่างจากผู้ที่อาศัยในครอบครัวขยาย และอำพัน วิมลวัฒนา (2540 : 99) พบว่า หญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มีลักษณะของครอบครัวต่างกััน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ไม่แตกต่างกัน แต่ผล การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ พนิดา คุณาธรรม (2538 : 131) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ต่างกัันมีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่างกัน และ สุภาวรินทร์ หันกิตติคุณ (2539 : 145) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน มีพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน และญาติ

11. การวิเคราะห์ปัจจัยด้านตัวแปร ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว เพื่อร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล กรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 4.20 มีสมการถดถอยที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิริยพยาบาล กรุงเทพมหานคร คือ

$$\text{HEALTH SELF CARE BEHAVIOR} = 1.081 + 1.445 \text{ BEL}_2$$

แสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่น ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อแพทย์ พยาบาล ฯลฯ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ พรณี ปานเทวัญ (2533 : 59) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ครุณี ชุมพะวัด และคนอื่นๆ (2535 : 51) พบว่า ประสบการณ์วิชาชีพ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญและความเชื่ออำนาจผู้อื่นสามารถร่วมกันทำนายเจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนของนักศึกษาพยาบาล และ ปริญดา จิรกุลพัฒนา (2536 : 62) พบว่า เพศ ความเชื่ออำนาจโชคชะตา จำนวนปีที่ศึกษา และความเชื่ออำนาจผู้อื่น เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นได้ แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ สมจิต ปทุมานนท์ (2532 : 140) พบว่า ระดับการศึกษา ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ และอายุสามารถร่วมกันทำนายการดูแลสุขภาพตนเองด้านอนามัยแม่และเด็กของมารดาครรภ์แรกได้

ข้อเสนอแนะ

1. การตอบแบบสอบถามที่มีจำนวนข้อมากทำให้ต้องใช้เวลานานสำหรับผู้สูงอายุอาจมีผลต่อคำตอบที่ได้เนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีจำนวนข้อทั้งหมด 55 ข้อ ซึ่งอาจจะมากเกินไปสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งกล่าวว่า เยอะเกินไป จึงต้องใช้เวลานานในการตอบแบบสอบถามนาน โดยผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นคนละประมาณ 30 นาที อัมพร โอตระกูล (2527:29) กล่าวว่า ระบบประสาทสัมผัสที่เสื่อมโย

ความคิดอ่านของผู้สูงอายุจะเชิงซ้าลง และซุศักดิ์ เวชแพศย์ (2531:117) พบว่าการสูญเสียความจำในผู้สูงอายุ ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปโดยพบเปอร์เซนต์สูง ทำให้ผู้สูงอายุบางคนขาดความตั้งใจหรือไม่มีความสามารถในการตอบแบบสอบถาม เพราะสมาธิเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของความจำ ความมีสมาธิจะช่วยทำให้สามารถจำได้มากขึ้นถ้าผู้สูงอายุมีสมาธิ และเอาใจใส่จดจ่อกับเรื่องที่จะต้องจำและผู้สูงอายุบางคนรีบตอบโดยไม่ได้อ่านให้ละเอียดเพราะกลัวเสียเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจมีผลต่อคำตอบที่ได้ จึงควรปรับจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามที่จะใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับความสามารถและสมาธิของคนกลุ่มนี้

2. การใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล การอ่านข้อคำถามสำหรับผู้สูงอายุอาจจะเห็นไม่ค่อยชัดเจน เพราะการมองเห็นจะมีประสิทธิภาพเสื่อมสลายลงร้อยละ 4 ในคนเริ่มเข้าวัย 60 ปี (อัมพร โอตระกูล .2527:28) ผู้สูงอายุบางคนต้องใช้แว่นสายตาหรือพยายามที่จะอ่านแบบสอบถามแม้ว่าจะมองเห็นไม่ค่อยชัดเจนเท่าที่ควร อาจทำให้แปลความหมายของข้อคำถามผิด เช่น คำถามถามในด้านลบแต่แปลความหมายเป็นด้านบวกโดยไม่ได้ตั้งใจซึ่งจะมีผลต่อคำตอบที่ได้ เพื่อแก้ไขปัญหานี้อาจจะปรับเปลี่ยนเป็นแบบสัมภาษณ์แทน หรือถ้าใช้แบบสอบถามอาจจะต้องเพิ่มขนาดของตัวหนังสือให้ใหญ่และหนาขึ้นเพื่อให้เห็นชัดเจน

3. ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงในการอธิบายข้อคำถามที่ผู้สูงอายุบางคนถาม เพราะไม่เข้าใจ และคำตอบอาจจะโน้มน้าวในการตอบแบบสอบถามข้อนั้น ทำให้มีผลต่อคำตอบที่ได้ ดังนั้นก่อนตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอาจจะอธิบายไปที่ละข้อเพื่อให้เกิดความเข้าใจไปในแนวทางเดียวกันหรือตรงตามความมุ่งหมายของการศึกษาที่ผู้วิจัยตั้งเอาไว้ ถ้าผู้สูงอายุสงสัยให้ถามทันทีเพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนฟังพร้อมกันเป็นการควบคุมความลำเอียงที่เกิดขึ้น ส่วนผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาในการได้ยินไม่ชัดเจนซึ่งต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการอธิบาย หรือซักถาม อาจจะให้การสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล

4. ตัวผู้วิจัยเองอาจมีผลต่อคำตอบของผู้สูงอายุ เพราะผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและทำงานอยู่ในโรงพยาบาลที่ชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเกรงใจและตอบในสิ่งที่คิดว่าผู้วิจัยจะพอใจ หรือตอบในสิ่งที่สังคมยอมรับ ซึ่งไม่ตรงกับความจริงที่ปฏิบัติอยู่ก็ได้ ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลอาจจะไม่ต้องแนะนำตัวผู้วิจัยว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพียงแต่แนะนำว่าเป็นนิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กำลังทำวิทยานิพนธ์ในเรื่องนั้นก็พอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

2. การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศ เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าสภาพสังคม เศรษฐกิจ และการดำเนินชีวิตประจำวันของคนในเมืองมีความแตกต่างกับคนในชนบท ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความคล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกันอย่างไรบ้าง เพื่อจะได้วางแผนจัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่น จากผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่น ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าถ้าได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากบุคคลที่ผู้สูงอายุเชื่อถือจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น

3. จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันตามตัวแปรที่นำมาศึกษา คือ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ในความเป็นจริงอาจไม่เป็นเช่นนั้น เพราะการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาทั่วไปไม่เจาะลึก ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพื่อที่จะได้ข้อมูลในระดับลึกหรือชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4. ศึกษาตัวแปรอื่นที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่น อัฒมโนทัศน์ ความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิต ความสำเร็จในชีวิต การให้คุณค่าต่อสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สุขภาพจิต ความวิตกกังวล เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรณีการ์ กันทะรักษา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กมลพรรณ หอมนาน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเรียนรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- กุลนทีกร น้อยโนนทอง. ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2537. อัดสำเนา.
- กฤษดา ดันติผลาชีวะ. การพยาบาลสูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2525.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกฤษดา ดันติผลาชีวะ. การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อรุณการพิมพ์, 2528.
- จันทิมา จารณศรี. สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคกรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536.
- จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. “ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ,” วารสารสุขภาพศึกษา. 7 (27) : 62 - 66 ; กรกฎาคม - กันยายน 2527.
- จินตนา รอดน้ำพา. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535. อัดสำเนา.
- จอมสะอาด เฟื่องจาต. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อัดสำเนา.
- ชุดา จิตพิทักษ์. พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2525.

ชูศักดิ์ เวชแพทย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ : ศุภนิชการพิมพ์, 2531.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537.

ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์และนางพิมล นิมิตรอนันท์. “คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ,” วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 26(1) : 40-55 ; มกราคม - เมษายน 2539.

ณัฐกร อ่วมบำรุง. การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

ครุณี ชุมหวัด และคนอื่น ๆ. “เจตคติต่อการดูแลตนเองของประชาชนและความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรและอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลชลบุรี,” วารสารพยาบาล. 41(1) : 42-55 ; มกราคม-มีนาคม 2535.

ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.

ดุษ ชุมสาย, ม.ล. ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2514.

ทรรศนีย์ วงศ์บา. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่มความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพและการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2537. อัดสำเนา.

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, จิตินันท์ ศศิฉาย และประทุม สร้อยวงศ์. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยเบาหวาน,” พยาบาลสาร. 20(2) : 13-23 ; เมษายน - มิถุนายน 2536.

นริศรา ลีลามานิตย์. ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้านสันโป่ง ตำบลบ้านกาศ กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ : ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ศส.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534. อัดสำเนา.

นิรนาท วิทโยชกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

นิภา มนูญปัจจุ. การวิจัยทางสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, ม.ป.ป.

นพรัตน์ มหากาญจนกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของพนักงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมรองเท้า. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2537. อัดสำเนา.

บรรลุ ศิริพานิช. ระบาวิตายาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2525. กรุงเทพฯ : ชนะการพิมพ์, 2526.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์. โลกยามชราและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2535.

ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : บริษัทศูนย์หนังสือ ดร.ศรีสวึง, 2525.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ธีระพัฒนา, 2532.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวึง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2534.

ปริญดา จิรกุลพัฒนา. การให้คุณค่าต่อสุขภาพ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.บ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

พนิดา คุณาธรรม. ทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.

พรรณี ปานเทวัญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

พีรสิทธิ์ คำวนศิลป์ และคนอื่นๆ. ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2538.

ฟอง เกิดแก้ว. อนามัยส่วนบุคคลและชุมชน. กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิช, 2525.

ภัทรพร ไพเราะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

อัคราณา.

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์. กรุงเทพฯ : หจก. โอเคียนสแควร์, 2534.

มัลลิกา มติโก. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัคราณา.

ไมตรี คิยะรัตนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัคราณา.

ยศ อัมพรรัตน์. ผลของการฝึกการอดใจรอได้ และการให้แรงเสริมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม
การบริโภคอาหารที่ถูกต้องของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. ปรียัญญาพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัคราณา.

เขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัคราณา.

รัศมีแข วิโรจน์รัตน์. ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับโรค
เอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรค
เอดส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัคราณา.

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. "ผู้สูงอายุ," วารสารสุขภาพศึกษา. 7 (27) : 12 - 21 ; กรกฎาคม - กันยายน
2527.

วรรณวิมล เบญจกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับแบบแผน
ชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535. อัคราณา.

วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช,
2530.

ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันตก
ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัคราณา.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. งานวิจัยลำดับที่ 30 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2536.

ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2535.

- ศุภวารินทร์ หันกิตติคุณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539. อัดสำเนา.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครอบครัว. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรื, 2535.
- _____. สถิติการศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรื, 2537.
- _____. สำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ 2533. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรื, 2533.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- ตำรวจจิตร สุนทราภิรมย์สุข. การเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สุชาติ นิยมมานิตย์. “แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ,” วารสารสุขภาพ. 22 (9) : 394 - 401 ; กันยายน 2540.
- สุวารีวรรณ กิจสมัคร. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.
- สุจินต์ ปริขามารด. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.
- สุวิมล พนาวัฒนกุล. อัฒมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534. อัดสำเนา.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สุรีย์ บุญญานุพงศ์. ศึกษาสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมืองเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534. อัดสำเนา.
- สมจิต ปทุมานนท์. ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการทางลักษณะประชากรกับประสิทธิผลการสอนหญิงมีครรภ์ในการดูแลตนเองด้านอนามัยแม่และเด็ก. วิทยานิพนธ์ สส.ค. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : หจก. วี.แจ. พรินต์ติ้ง, 2537.

สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ. “ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา,” วารสารพยาบาล. 37(4) : 222 - 237 ; 2533.

สมจิต หนูเจริญกุล, สุรีย์พร มาลา และพวงทอง ไกรพิบูลย์. “ความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ความวิตกกังวลและความสามารถในการควบคุมสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งที่กำลังได้รับรังสีรักษา”, วารสารพยาบาล. 41(4) : 287-299 ; ตุลาคม-ธันวาคม 2535.

✓ อัจฉรา จังพานิช. แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

อัศรา อารณ. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.

เอกรัตน์ เชื้ออินดา. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.

อรพรรณ อิศราภรณ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ พบ.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536. อัดสำเนา.

อรรณณ แก้วบุญชู และคนอื่นๆ. “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพกับการปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาในจังหวัดนครราชสีมา,” พยาบาลสาร. 19(4) : 23-32 ; ตุลาคม-ธันวาคม 2535.

อำพัน วิมลวัฒนา. พฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ แผนกสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. ปรินิพนธ์ กศ.ม.กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

อัมพร โอตระกูล. “สุขภาพจิตผู้สูงอายุ,” วารสารสุขภาพศึกษา. 7(27):28-29 ; กรกฎาคม-กันยายน.2537.

Ball, L.J. “A Cohort Study of Independent Living in Older Women (Hope, Self Care) ,” Dissertation Abstracts International. 58 (3) : 1205 ; September, 1997.

Best, J.W. Research in Education. Engle Wood Cliffs : Prentice - Hall, 1959.

Birren, J.E. and K.W. Schaie. Handbook of psychology of aging. New York : Van nustrand rcinhold company, 1981.

Cronbach, L.J. Essential of Psychological Testing. 3 rd ed. New York : Harper and Raw, 1970.

Ever, G.C.M. Appraisal of Self - Care Agency A.S.A. Scale. Netherlands : Van Gorcum & Company, 1985.

Ever, G.C.M. and others. Development of the Appraisal of Self - Care Agency Scale. Canada :
Edmonton, 1986.

Gaurask, N. and others. "Help-Seeking : A Review of the Literature," American Journal of
Community Psychology. 413 - 423 ; March, 1987.

✓ Krejcie and Morgan. "The NEA Research Bulletin", Small - Sample Techniques. 38: 99;
December, 1960

✓ Kutner, N.G. and M.H. Kutner. "Race and Sex as Variables Affecting Reactions to Disability,"
Archives of Physical Medical and Rehabilitation. 60 : 62 - 66 ; February, 1979.

Orem, D.E. Nursing : Concept of practice. New York : McGraw - Hill Book Company, 1991.

Porter, K. and others. "Factor Associated with Lack of Awareness of HIV Infection before
Diagnosis of AIDS," British Medical Journal. 307 : 20 - 23 ; July, 1993.

Reilly, K.J. "Adolescent and Adult Health : Health Locus of Control, Health Status, and Risk -
Taking Beliefs and Behaviours," Dissertation Abstracts International. 34 (3) : 950 ;
June, 1996.

Sallee, A.A. "The Relationship of Health Locus of Control and Participation in Health -
Promoting Behaviors Among Older Hypertensive Persons," Dissertation Abstracts
International. 34 (6) : 2349 ; December, 1996.

Strickland, B.R. "The prediction of social Action from a dimension of internal-external control,"
Journal of Psychology. 60 : 353 - 358 ; 1978.

_____. "Internal - External expectancies and health related behaviors," Journal of Consulting
and Clinical Psychology. 46(6) : 1192 - 1211; 1982.

Speak, D.L. "Health Promotion Activity in the well elderly," health values. 11 : 25-30 ;
November - December, 1987.

✓ Speak, D.L., M.E. Cowart and L. Pellet. "Health Perceptions and Lifestyle of the Elderly," Research
in Nursing and Health. 12 : 93 - 100 ; September, 1989.

✓ Walker, S.N. and others. "Health - promoting lifestyles of older adults : comparisons with
young and middleaged adult, Correlates patterns;" Advances in Nursing Science.
76 - 90 ; October, 1988.

Wallston, B.S. and others. "Development and Validation of the Health Locus of Control (HLC)
scale;" Journal of Consulting and Clinical Psychology. 44 : 580 - 585 ; 1978.

Wallston, K.A., B.S. Wallston and R. Devellis. "Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales," Health Education Monographs. 46(6) : 160 - 169 ; Spring, 1978.

✓ Wallston, K.A., B.S. Wallston and S. Maides. "Health Related Information Seeking as a Function of Health - Related Locus of Control and Health Value," Journal of Research in Personality. 20 : 1193 ; October, 1976.

Wallston, K.A. and B.S. Wallston. "Locus of Control and Health : Review of the Literature," Health Education Monographs. 107-117 ; Spring, 1978.

_____. "Who is Responsible for your Health ? The Construct of health locus of control," In Social psychology of health and illness. 115 - 120 ; 1982.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

- หนังสือขอความอนุเคราะห์
- รายนามผู้เชี่ยวชาญ



ที่ ทม 1007/ ๕๔๖๕

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

|๒ ธันวาคม 2541

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล และผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสิน โดยขออนุญาตให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในระหว่างเดือนธันวาคม 2541 - กุมภาพันธ์ 2542

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ และจะกรุณามีหนังสือแจ้งไปยังโรงพยาบาลในสังกัดจะเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร/โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1007/ ๒๕๔๑

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

11 ธันวาคม 2541

เรื่อง ขอความร่วมมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

ด้วย นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร" โดยมีรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชาमारถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ โดยขออนุญาตให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสิน จำนวน 50 คน ตอบแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในระหว่างเดือนธันวาคม 2541

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร./โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1007/ ๒๖๐๑

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 ธันวาคม 2541

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความเชื่ออำนาจควบคุมด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาล กรุงเทพมหานคร"
โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการ
ควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตจำเป็นต้องเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาล
โดยขออนุญาตให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาล ตอบแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาล ในระหว่างเดือนมกราคม -
กุมภาพันธ์ 2542

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา
ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณ
เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร/โทรสาร. 258-4119



บันทึกข้อความ

110

ส่วนราชการ.....บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5644
ที่.....ทม 1007/4444.....วันที่.....30 พฤศจิกายน 2541
เรื่อง.....ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ.....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ทัศนาก ทองภักดี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5644

ที่.....ทม 1007/4450.....วันที่.....30 พฤศจิกายน 2541

เรื่อง.....ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริขามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์อภิปพร มัชฌิมางกูร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ทม 1007/ 4461

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๖๒ พฤศจิกายน 2541

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความเชื่ออำนาจควบคุมด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศรีพยาบาล กรุงเทพมหานคร"
โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการ
ควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประไพวรรณ
ดำนประดิษฐ์ และ อาจารย์พิสมัย พิทักษาวรากร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ใต้ปรตพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
ให้ นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบ
พระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร/โทรสาร 258-4119

ที่ ทม 1007/ 4452



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

30 พฤศจิกายน 2541

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการรพช.พยาบาล

เนื่องด้วย นางสาวกรรณิการ์ พัฒนคุณวิทยา นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุรพช.พยาบาล กรุงเทพมหานคร" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริขามารด และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ แพทย์หญิงจินตนา รัชชาสมุทร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวกรรณิการ์ พัฒนคุณวิทยา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย

โทร/โทรสาร 258-4119

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

1 ธันวาคม 2541

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจเครื่องมือการทำปริญญานิพนธ์

เรียน ท่านผู้เชี่ยวชาญที่เคารพ

ในการประเมินข้อคำถามในแบบสอบถาม เพื่อการทำปริญญานิพนธ์ เรื่องความเชื่อ
อำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ
วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานครนี้ ดิฉันได้แนบ ความมุ่งหมายของการค้นคว้า ความสำคัญของ
การศึกษาค้นคว้า ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า สมมติฐาน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล มาเพื่อประกอบการพิจารณาด้วย ขอได้โปรดประเมินข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยตรวจ
เช็คในแต่ละหัวข้อว่า ใช้ได้ ใช้ไม่ได้หรือต้องปรับปรุงแก้ไข หากเห็นควรต้องปรับปรุงแก้ไข ขอ
ได้โปรดแก้ไขข้อความลงในข้อคำถามนั้นๆ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านอาจารย์และขอ
ขอบพระคุณล่วงหน้าเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ด้วยความเคารพ

(นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา)

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

1. แพทย์หญิงจินตนา โยธาสมุทร
นายแพทย์ 9 วช. หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก วชิรพยาบาล
2. รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌมางกูร
ภาควิชาดุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประไพวรรณ คำนประคินฐ์
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
4. อาจารย์พิสมัย พิทักษาวรากร
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
5. อาจารย์ทัศนาศ ทอภักดี
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ภาคผนวก ข.

- เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- คุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่อง ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 3 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์เท่านั้น ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและตอบตามความเป็นจริงของท่าน ขอขอบพระคุณในความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิธา
นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 - () ต่ำกว่าประถมศึกษา
 - () ระดับประถมศึกษา
 - () ระดับมัธยมศึกษา
 - () ระดับอุดมศึกษา
4. รายได้/เดือน
 - () ต่ำกว่า 3,000 บาท
 - () 3,000 - 8,000 บาท
 - () 8,001 - 13,000 บาท
 - () 13,001 บาทขึ้นไป
5. สถานภาพสมรส
 - () คู่
 - () โสด
 - () หม้าย
 - () หย่า
 - () แยก
6. ลักษณะครอบครัว
 - () ครอบครัวเดี่ยว (ประกอบด้วย ตัวท่าน คู่สมรส และบุตร)
 - () ครอบครัวขยาย (ประกอบด้วย ตัวท่าน คู่สมรส บุตรและ
 บุคคลอื่นที่เป็นญาติ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเลย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงปานกลาง
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านเพียงปานกลาง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
ตัวอย่าง						✓
ก. การที่ท่านเจ็บป่วยมากขึ้น เพราะท่านไม่ได้ปฏิบัติตามที่ แพทย์สั่ง						
1. ท่านจะหายจากการเจ็บป่วยเร็ว หรือช้าขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัว ของท่าน						
2. ท่านจะมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับบุญวาสนาของท่าน						

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
3. การไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับท่านที่จะช่วย ป้องกันไม่ให้เกิดเจ็บป่วยขึ้น						
4. ท่านมีสุขภาพดีหรือไม่ดีเป็นเรื่องของ โชคชะตา						
5. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบายควรจะไป ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล						
6. ท่านควรดูแลสุขภาพของท่าน ด้วยตัวท่านเอง						
7. ครอบครัวมีส่วนช่วยดูแลสุขภาพ ของท่าน						
8. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะโทษตนเอง ว่าเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น						
9. ท่านจะหายเจ็บป่วยเร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับโชคชะตาเป็นตัวกำหนด						
10. แพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้ที่ช่วย ดูแลสุขภาพของท่านให้แข็งแรงได้						
11. ท่านมีสุขภาพดีเพราะท่านโชคดี						
12. สิ่งสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของท่าน คือการกระทำของท่านเอง						
13. ถ้าท่านดูแลสุขภาพของท่านดีจะ สามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้						
14. การที่ท่านอาการดีขึ้นหรือหายจาก การเจ็บป่วย เพราะท่านได้รับการ ดูแลอย่างดีจากแพทย์ พยาบาล ญาติ หรือเพื่อน ๆ						

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
15. ถึงแม้ว่าท่านจะดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีแต่ท่านก็ยังมีโอกาสเจ็บป่วยได้						
16. การเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้กับทุกคนไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้						
17. ถ้าท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้องท่านจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ						
18. ท่านจะปฏิบัติตัวตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัดในเรื่องสุขภาพ						

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ข้อความนั้นท่านกระทำสม่ำเสมอ หรือกระทำทุกครั้งที่มีกิจกรรมนั้น

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นท่านกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำเป็นส่วนน้อย

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ตัวอย่าง	✓		
ก. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่มีคนแออัด			
1. ท่านคิดทบทวนก่อนที่จะกระทำในเรื่องที่ส่งผลต่อสุขภาพ			
2. เมื่อท่านรู้สึกอ่อนเพลียท่านจะพักผ่อนอย่างเพียงพอ			
3. ท่านเลือกกระทำในสิ่งที่จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดีก่อนสิ่งอื่น			
4. ท่านไม่ค่อยได้ดูแลตนเองเพราะท่านไม่มีเวลา			
5. ท่านสนใจอ่านข่าวสารเรื่องสุขภาพอนามัย			
6. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่			
7. ท่านมักจะทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวท่านเอง			
8. ท่านออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่งเหยาะ ๆ หรือรำมวยจีน			
9. ท่านขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเมื่อท่านมีความทุกข์หรือเดือดร้อน			
10. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน			
11. ท่านจะถามแพทย์เมื่อท่านไม่เข้าใจในเรื่องของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
12. ท่านสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใน ตัวท่านเอง			
13. เมื่อแพทย์ได้เปลี่ยนยาตัวใหม่ท่านได้ถาม เกี่ยวกับผลและอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยา			
14. ท่านมักจะลืมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง			
15. ท่านปรับปรุงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้ มีสุขภาพดี			
16. ท่านจัดบ้านให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ			
17. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านแสวงหาความรู้เพื่อ ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง			
18. ท่านขอความช่วยเหลือคนอื่นเมื่อท่านเจ็บป่วย			
19. ท่านมีภาระกิจมากจึง ไม่มีเวลาให้กับการดูแล ตนเอง			
20. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 - 8 แก้ว			
21. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทชาหรือกาแฟ			
22. ท่านไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์			
23. ท่านหลีกเลี่ยงการนั่งอยู่ในห้องที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่			
24. ท่านชอบทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนหรือญาติ			
25. ท่านให้ความช่วยเหลือหรือเป็นที่ปรึกษาให้กับ เพื่อน ๆ ที่เดือดร้อนเสมอ			
26. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และ พยาบาลเมื่อท่านเจ็บป่วย			
27. ท่านทำใจยอมรับการสูญเสียบุคคลที่ท่านรักได้			
28. เมื่อเกิดปัญหาขึ้นท่านจะพยายามทำสมาธิและ หาวีธีแก้ไข			
29. ท่านอยู่ในบ้านที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกไม่แออัด			
30. ท่านคลายเครียดด้วยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์			
31. ท่านมักจะขี้มึนเขັมและอารมณ์ขุ่น			

ตาราง ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้สูงอายุ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	3.207
2	5.196
3	2.739
4	2.771
5	2.496
6	2.828
7	2.132
8	4.383
9	2.232
10	1.826
11	3.811
12	4.472
13	2.771
14	2.729
15	3.363
16	4.382
17	2.501
18	2.573
19	3.154
20	3.411
21	1.788
22	1.940
23	2.205
24	3.207
25	2.165
26	1.897

ตาราง(ต่อ)

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
27	2.646
28	3.735
29	1.897
30	2.144
31	2.739

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.80

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ = 0.79

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวกรรณิการ์ ชื้อสกุล พัฒนผดุงวิทยา

เกิดวันที่ 30 เดือนพฤษภาคม พุทธศักราช 2515

สถานที่เกิด อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 17/6 หมู่ 4 ต.บ้านฆ้อง อ. โพธาราม จ. ราชบุรี

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 5

สถานที่ทำงานปัจจุบัน ดิक्คัลยกรรมอุบัติเหตุ วชิรพยาบาล สำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2531 มัธยมศึกษาตอนต้น

โรงเรียนโพธารวัฒนาเสนี

พ.ศ. 2534 มัธยมศึกษาตอนปลาย

โรงเรียนเบญจมราชูทิศ ราชบุรี

พ.ศ. 2537 พยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

พ.ศ. 2542 การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุจริยพยาบาล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2542

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หาความสัมพันธ์ เปรียบเทียบ และปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรที่ศึกษาคือ ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพ โดยดัดแปลงจากแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกคนด้านสุขภาพของ วอลสตันและคนอื่น ๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย กรรณิการ์ กันธะรักษา แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยดัดแปลงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ของเอเวอร์สและคนอื่น ๆ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และบางส่วนผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ทดสอบค่าที และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และหาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยวิธีการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีความเชื่ออำนาจภายในตน, ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี
3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร มีความเชื่ออำนาจภายในตนความเชื่ออำนาจผู้อื่น และมีความเชื่ออำนาจโชคชะตาหรือความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 4.20

HEALTH LOCUS OF CONTROL AND HEALTH SELF CARE BEHAVIOR OF
THE ELDERS IN SENIOR CITIZEN CLUB IN VAJIRA HOSPITAL,
BANGKOK METROPOLITANS.

AN ABSTRACT
BY
KANNIKA PATANAPADUNGWITAYA

Presented in Fulfillment of the requirments for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

April 1999

The purpose of this study were to study levels of Health Locus of Control and health self care behavior, the relationship, compare and the factors predicting the health self care behavior of the elders in senior citizen club in Vajira Hospital, Bangkok Metropolitans. The research variables were Health Locus of Control, sex, education levels, income, marital status, and family characteristics. The simple size was 200 elders in senior citizen club in Vajira Hospital, Bangkok Metropolitans selected by Simple Random Sampling. All of the data were obtained by questionnaires and analysed by percentages, arithmetic means, standard deviations, Pearson Product Moment Correlation Coefficient, t – test, One – Way Analysis of Variance and the factors predicting the health self care behavior of the elders using Stepwise multiple regression. Data analysis was performed by computer using SPSS (Statistical Package for Social Science) program.

The results were as follows:

- 1.The elders in senior citizen club in Vajira Hospital, Bangkok Metropolitans had good levels of Internal Health Locus of Control, Powerful Others Health Locus of Control and moderate levels of Chance Health Locus of Control.

2. The elders in senior citizen club in Vajira Hospital, Bangkok Metropolitans had good levels of health self care behavior.

3. The elders in senior citizen club in Vajira Hospital, Bangkok Metropolitans had Internal Health Locus of Control, Powerful Others Health Locus of Control and Chance Health Locus of Control correlates positively with health self care behavior of the elders as the statistically significant at the .01 level.

4. The elders in senior citizen club in Vajira Hospital, Bangkok Metropolitans in spite of differences in sex, education levels, income, marital status, and family characteristics had no significant difference in health self care behavior.

- 5.The factor affecting the predictability of the health self care behavior of the elders in senior citizen club in Vajira Hospital, Bangkok Metropolitans as the statistically significant at the .01 level was Powerful Others Health Locus of Control , this has a prediction value of 4.20 percent.