

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น
บนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

โดย

นางมารีสา ประทุมมา

มหาวิทาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทาลัยศิลปากร

**A STUDY OF SELF-CARE BEHAVIOR THE ELDERLY IN LUANGPHOPERN
HOSPITAL ON THE BASIS OF PERSONAL FACTORS AND SOCIALS SUPPORT**

By

Marisa Pratumma

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

An Independent study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF SCIENCE

Program social and Health system management

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2007

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้การค้นคว้าอิสระเรื่อง “การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว” เสนอโดย นางมารีสา ประทุมมา เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา วิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริชัย ชินะตั้งกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเจตน์ ไวยาการณ์

คณะกรรมการตรวจสอบการค้นคว้าอิสระ

ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์)

..... / /

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเจตน์ ไวยาการณ์)

..... / /

กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ณัฐริญา คำพล)

..... / /

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

48358315: สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ผู้สูงอายุ

มาริสสา ประทุมมา : การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวง
พ่อเป็นบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว. อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้า
อิสระ : ผศ.ดร.สมเจตน์ ไวยการณ์. 140 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส สภาวะเศรษฐกิจ ภาวะการพักอาศัย และการมีโรคประจำตัวที่ต่างกัน ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวบนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวน 346 คน เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ(%) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การทดสอบค่า ที(Independent Sample t-test) การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว(One-Way ANOVA)การตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ้(Scheffe')

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้าน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ด้านช่วงอายุและด้านสภาวะทางเศรษฐกิจ 3) การเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุบนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ คือ เครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น ควรวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงความแตกต่างของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้สูงอายุตระหนักและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขต่อไป

สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2550

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ

48358315 : MAJOR : SOCIAL AND HEALTH SYSTEM MANAGEMENT

KEY WORD : ELDERLY SELF-CARE BEHAVIORS/FAMILY SOCIAL SUPPORT

MARISA PRATUMMA : A STUDY OF SELF-CARE BEHAVIOR THE ELDERLY IN LUANGPHOPERN HOSPITAL ON THE BASIS OF PERSONAL FACTORS AND SOCIAL SUPPORT. AN INDEPENDENT STUDY ADVISOR : ASST.PROF.SOMJATE VIYAKARN,Ed.D., 140 pp.

The purposes of this Independent Study were 1)to study of elderly self-care behaviors in Luangphopern Hospital 2)to compare elderly self-care behaviors as classified by sex,classified of the age,marrital status,economic status,residential and underlying diseases 3)to study family social support,and 4)to compare family social support on the basis of personal factors.Subjects were 346 elderly residents in Luangphopern Hospital's coverage of responsibility.Data were collected through questionnaires designed by the researcher and were analyzed for percentage,mean,standard deviation,t-test,one-way ANOVA.

The result of the research showed that: 1)the elderly self-care behaviours had a high level of self-care behaviors,considering individual behaviors such as physical psychological, sociological, and economics were at high level 2)the factors related to self-care behaviors of the elderlies which have a statistical significance of $<.05$ were basic personal factors as classified by age and economic status 3)the factor of family social support was related to the elderly self-care behavior at a statistical significance of $<.05$

The recommendation of this independent study concerning the Luangphopern Hospital and primary public health care center(The Luangphopern's connection) is to plan to promote self-care behaviors based on the personal factors and promote family social support. The elderlies must be concerned and determined to act appropriately for their long-term happiness.

Program social and Health system management Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2007
Student's signature
An Independent Study Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเจตน์ ไวยาการณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บูรินทร์ ต.ศรีวงษ์ และ อาจารย์ ดร. ณัฐธัญญา คำผล ที่ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษาให้แนวคิด และอดทนให้ความรู้ ให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยจนวิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ คุณศุภฎี ทองเกลี้ยง พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น คุณภาวิณี หงษ์เจริญ พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น และคุณเตือนใจ ทองคำพยาบาลวิชาชีพ 7 งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าเสนอแนะแนวคิด มุมมอง ตลอดจนคำแนะนำที่เป็นประโยชน์เพื่อทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

ขอขอบคุณ นายแพทย์สุนทร เสรีเชษฐพงษ์ นายแพทย์ 8 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ ตลอดจนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณสมาชิกครอบครัวประทุมมาทุกท่านที่ให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างดียิ่ง และเป็นกำลังใจที่สำคัญมาตลอด จนกระทั่งงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จตามที่หวังและตั้งใจไว้

ท้ายที่สุดนี้ ขอโน้มกราบรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดาที่เป็นหลักให้ยึดเหนี่ยวเป็นกำลังใจที่สำคัญอย่างดียิ่งตลอดมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การศึกษา.....	5
สมมติฐานการศึกษา.....	6
ขอบเขตการศึกษา.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ตอนที่ 1 ข้อมูลของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น.....	9
ตอนที่ 2 แนวคิด เกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	15
ตอนที่ 3 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	29
ตอนที่ 4 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม....	45
ตอนที่ 5 การศึกษา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและ การสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุ.....	54
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	67
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	68
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	68
ตัวแปรที่ศึกษา.....	70
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76

4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
	ตอนที่ 1 โครงสร้างและสถิติพื้นฐานของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล จำแนกตามตัวแปรที่เกี่ยวข้อง.....	78
	ตอนที่ 2 การศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล.....	80
	ตอนที่ 3 การศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว.....	84
	ตอนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล.....	88
	ตอนที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล ในครอบครัวของผู้สูงอายุบนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ..	95
5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	98
	สรุปผลการวิจัย.....	99
	การอภิปรายสรุปผล.....	101
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	108
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	110
	บรรณานุกรม.....	111
	ภาคผนวก.....	116
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือ.....	117
	ภาคผนวก ข ค่าดัชนีความสอดคล้อง โครงสร้างแบบสัมภาษณ์จาก แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ.....	119
	ภาคผนวก ค เนื้อหาแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย.....	129
	ภาคผนวก ง ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ.....	137
	ประวัติผู้วิจัย.....	140

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากร จำนวน ร้อยละของประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป.....	1
2	จำนวน และร้อยละของประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม พ.ศ.2547-2549.....	3
3	จำนวนประชากรผู้สูงอายุผู้สูงอายุเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ.2549.....	10
4	5 อันดับโรคผู้ป่วยนอกอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น ปี พ.ศ.2549.....	12
5	5 อันดับโรคผู้ป่วยในอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น ปี พ.ศ.2549.....	12
6	การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่เป็นโดยใช้สัดส่วน.....	69
7	จำนวน ร้อยละและค่าสถิติพื้นฐานของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลด้านต่างๆ.....	78
8	ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุรายด้าน.....	80
9	ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	81
10	ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านร่างกาย.....	81
11	ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านจิตใจ.....	82
12	ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสังคม.....	83
13	ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ.....	83
14	ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุรายด้าน.....	84
15	ค่าสถิติพื้นฐานการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุ.....	85
16	ค่าสถิติพื้นฐานการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านเครื่องมือ / สิ่งของ / แรงงาน.....	86
17	ค่าสถิติพื้นฐานการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านอารมณ์.....	86
18	ค่าสถิติพื้นฐานการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านการประเมิน.....	87
19	ค่าสถิติพื้นฐานการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านข้อมูล ข่าวสาร.....	87
20	ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยด้านเพศและ การมีโรคประจำตัว โดยทำการทดสอบค่าที(Independent Sample t-test).....	88
21	ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยด้านช่วงอายุ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA).....	89

ตารางที่	หน้า
22 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามปัจจัยด้านช่วงอายุด้วยวิธีการของ Scheffe's.....	90
23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยด้านสถานภาพสมรส.....	91
24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจ.....	92
25 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจด้วยวิธีการของ Scheffe's.....	93
26 ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนกตามปัจจัยด้านภาวะ การพักอาศัย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA).....	94
27 ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุรายด้าน.....	95
28 ข้อมูลทั่วไปของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ.....	96
29 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล ในครอบครัวบนปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	96
30 ค่าความสอดคล้องของข้อความถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	122

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุของประเทศไทยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงของโลก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้คาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทยเมื่อปี พ.ศ. 2543 ไว้ว่า ประชากรผู้สูงอายุจำนวนประมาณ 6 ล้านคนหรือร้อยละ 9.4 ของประชากรทั้งประเทศเพิ่มขึ้นเป็นเกือบ 10 ล้าน ในปี พ.ศ. 2548 ปัจจุบันปี พ.ศ.2550 มีผู้สูงอายุจำนวนเกือบ 7 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คาดการณ์ว่าอีก 13 ปีข้างหน้าคือปีพ.ศ.2563ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนเป็น 11 ล้านคนหรือเท่ากับร้อยละ 17 ของคนไทยทั้งประเทศซึ่งขณะนั้นมีการประมาณการจำนวนประชากรว่ามีราว 65 ล้านคน หรือประมาณว่า ใน 6 ของประชากรไทยจะเป็นผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรรวม จำนวน ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากรรวม (ต่อ 1,000 คน)	ประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	
		จำนวน	ร้อยละ
2543(2000)	62,236	5,877	9.4
2548(2005)	64,763	6,693	10.3
2553(2010)	67,041	8,142	12.5
2558(2015)	69,060	9,589	13.8
2563(2020)	70,456	11,888	16.8
2568(2025)	72,286	14,452	20.0

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2568. [online]. Accessed 25 พฤษภาคม 2550. Available from

<http://www.agingthai.org/?p=content&id=377>

เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาคพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนและสัดส่วนสูงขึ้นในทุกภูมิภาค กล่าวคือ ในช่วงปี พ.ศ. 2538-2553 กรุงเทพมหานครมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.6 เป็นร้อยละ 9.9 โดยมีความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 1.1-1.2 ซึ่งเป็นสัดส่วนการเพิ่มของผู้สูงอายุที่ต่ำที่สุดในจำนวนทั้ง 8 ภาค ส่วนภาคที่มีอัตราร้อยละของผู้สูงอายุมากที่สุดในการทั้ง 8 ภาคคือ ภาคกลางส่วนกลาง โดยในช่วงปีดังกล่าวมีอัตราร้อยละของผู้สูงอายุเพิ่มจาก 11.8 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 16.1 ในปี พ.ศ. 2553 โดยมีความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 2.5-4.3 ทั้งนี้ทุกภาคจะมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของเพศหญิงยืนยาวกว่าเพศชาย โดยจะคู่ได้จากอัตราส่วนเพศชาย/หญิง 100 คนของทุกปีและทุกภูมิภาค

การเปลี่ยนแปลงทั้งสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุทั้งของโลกและของประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นนั้น เป็นผลโดยตรงมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการกระจายบริการทางด้านสาธารณสุขในช่วงเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมาส่งผลให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าคนไทยทุกวันนี้มีอายุคาดเฉลี่ย 72 ปี โดย 68 ปี ในเพศชายและ 75 ปี ในเพศหญิงนอกจากนี้ โยบายการวางแผนครอบครัวที่ได้ผลดี ส่งผลให้อัตราการเกิดในแต่ละปีลดลงทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีปริมาณและสัดส่วนเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาที่เป็นผลมาจากการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุอย่างรุนแรงทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาคและระดับจังหวัด

การเปลี่ยนแปลงในระดับจังหวัดนั้นจากผลการค้นคว้าฐานข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพบว่า จังหวัดนครปฐมมีแนวโน้มของจำนวนและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันในระดับประเทศและระดับจังหวัด ดังแสดงในตารางด้านล่างต่อไปนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2547-2549

ปีพ.ศ.	จังหวัดนครปฐม			อำเภอนครชัยศรี			เครือข่าย โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง		
	ประชากร	ประชากร	ร้อยละ	ประชากร	ประชากร	ร้อยละ	ประชากร	ประชากร	ร้อยละ
	รวม	สูงอายุ		รวม	สูงอายุ		รวม	สูงอายุ	
2547	790,253	84,296	10.6	103,923	12,348	11.8	19,875	2,668	13.4
2548	806,954	88,913	11.0	103,856	12,348	12.4	20,171	2,745	13.6
2549	902,313	90,905	12.0	104,434	13,221	12.6	19,387	2,584	13.3

ที่มา : โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง, “รายงานการประเมินตนเอง เครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2549,” 30 มิถุนายน 2549.

จากตารางที่ 2 พบว่าในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 84,296 คน หรือประมาณร้อยละ 10.60 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็น 90,905 คนในปี พ.ศ. 2549 คิดเป็นอัตราร้อยละ 12.04 ของประชากรทั้งจังหวัด และจากการสำรวจจำนวนประชากรในอำเภอนครชัยศรี พบว่าประชากรผู้สูงอายุในอำเภอนครชัยศรี จากปีพ.ศ. 2547 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 12,348 คนหรือประมาณร้อยละ 11.88 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็น 12,348 คนในปี พ.ศ. 2548 คิดเป็นร้อยละ 12.47 ต่อมาปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 13,221 คนคิดเป็นร้อยละ 12.66 ของประชากรทั้งอำเภอเช่นกัน ส่วนของอำเภอนครชัยศรีนั้นเมื่อศึกษาจำแนกถึงข้อมูลประชากรผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง พบว่าประชากรผู้สูงอายุในเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง ในปีงบประมาณ 2549 มีประชากรในเครือข่ายทั้งหมด 19,387 คน จัดเป็นประชากรผู้สูงอายุ 2,584 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 13.30 ของประชากรในเครือข่ายที่โรงพยาบาลหลวงพ่อบึงได้รับการจัดสรรงบประมาณมาเพื่อให้การดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ตลอดจนฟื้นฟูสุขภาพประชากรในเครือข่ายทั้งหมดนี้

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ จำนวนและสัดส่วนประชากรที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วดังกล่าวข้างต้น การเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องวางแผน รองรับปัญหาดังกล่าว เป็นเบื้องต้น ในบรรดาปัญหาที่จะเกิดขึ้นนั้น ปัญหาสุขภาพร่างกายเป็นปัญหาพื้นฐานของผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจากการเสื่อมของร่างกาย ทำให้การทำงานของอวัยวะภายในร่างกายทุกอวัยวะค่อยๆบกพร่องลง เกิด

ความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมาหลายซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพสูงขึ้น จากผลงานการวิจัยของ นิสา ชูโต(2525:25) ซึ่งทำการศึกษาระดับสูงอายุไทยทั่วประเทศจำนวน 1,000 คน พบว่าปัญหาที่สำคัญเป็นอันดับหนึ่ง คือ ปัญหาสุขภาพ 28.6% รองลงมาคือ ปัญหาด้านรายได้ไม่แน่นอน 30.7%และพบว่า ปัญหาสุขภาพและรายได้ที่สัมพันธ์กันเมื่อสุขภาพไม่ดีก็ส่งผลให้ไม่มีแรงในการทำงาน การประกอบอาชีพก็ไม่ดีตามมา รายได้จึงตกต่ำลง โอกาสที่จะมีเครื่องอุปโภคบริโภคที่สมบูรณ์เพียงพอย่อมเป็นไปได้ ผลของรายได้ไม่เพียงพอจึงก่อให้เกิดสุขภาพไม่ดีตามมาเช่นกัน

นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายและความเจ็บป่วยทางกายแล้ว ยังมีปัญหาเกี่ยวกับจิตใจที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญอีกด้วย การปรับตัวในผู้สูงอายุแต่ละบุคคลแตกต่างกันไปตามสภาพร่างกาย ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเอาใจใส่ดูแลของผู้คนรอบข้าง รวมทั้งการยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างของผู้สูงอายุเองด้วย นอกเหนือจากนี้ยังมีปัญหาที่ต่อเนื่องตามมาอีกหลายปัญหา อาทิ เช่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุค โลกาภิวัตน์ ครอบครัวยุคใหม่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะเศรษฐกิจและสังคมของโลกเมื่อเป็นโลกอุตสาหกรรมสมาชิกในวัยแรงงานทั้งหมดจำนวนมากย้ายออกไปทำงานหรือไปอยู่ที่อื่น ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งตามธรรมเนียมและบรรทัดฐานที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาของสังคมไทยเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุตร หลานและครอบครัวซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุด แต่เมื่อคนที่พอจะดูแลผู้สูงอายุได้ต้องออกไปทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม มีความจำเป็นต้องออกทำงานกระจายกันไปตามแหล่งที่มิงานทำหรือมีโอกาสที่ดีในชีวิตเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว หรือออกจากครอบครัวไปทำมาหากินที่อื่น ทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังจึงจำเป็นต้องหาวิธีที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลสุขภาพตนเองตามอัตภาพเพื่อป้องกันและบรรเทาความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นให้ลงน้อยลงหรือเมื่อเจ็บป่วยแล้วยังคงต้องดูแลสุขภาพตนเองต่อไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทุกปัญหาที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นตามจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประเด็นที่จะต้องพิจารณา คือ ครอบครัวและสังคมจะดำเนินการอย่างไรกับปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะความท้าทายที่ว่าทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว ในสังคม ในชุมชน ได้อย่างมีความสุขเพราะสังคมต้องยอมรับความเป็นจริงที่ว่าผู้สูงอายุเป็น “พลังของสังคม” คือ เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในวัยทำงานร่างกายยังแข็งแรงพวกเขาได้สร้างประโยชน์มากมายไว้ให้กับสังคม ในปัจจุบันถ้าระบบสังคมเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสนำประสบการณ์ที่สะสมตลอดชีวิตมาถ่ายทอดให้สังคมรวมถึงเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถที่มีอยู่สร้างสรรค์ประโยชน์

ให้แก่ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไปได้แรงงานของผู้สูงอายุไม่ด้อยไปกว่าแรงงานที่อ่อนวัยกว่า ในทางกลับกันกรณีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้สังคมควรจะต้องรับผิดชอบดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะครอบครัวควรทำหน้าที่นี้ด้วยความรักความผูกพันเพื่อตอบแทนบุญคุณอย่างคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้การดูแลผู้สูงอายุเสมือนว่าผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ชุมชนและสังคม เช่นกัน

จากสถานการณ์และความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวว่าผู้สูงอายุเครือข่าย โรงพยาบาลหลวงพ่อบ้างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับใด และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุหรือไม่เพียงใดเพราะว่าผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคมที่มีศักยภาพสูงสุดในครอบครัว หมู่บ้าน ชุมชน และสังคมไทย การให้การศึกษากับผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถดูแลตนเองเพื่อดำเนินการให้ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและสังคมเป็นไปในทางที่ดีขึ้น จุดมุ่งหมายที่สำคัญคือการเสริมสร้างจิตสำนึกในการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันในครอบครัวทั้งนี้เนื่องจากการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมต่อไป

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objectives)

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อบ้างเป็น
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objectives)
 - 2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อบ้างเป็น อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม
 - 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อบ้างเป็น อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม
 - 2.3 เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อบ้างเป็น อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม
 - 2.4 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อบ้างเป็น อ.นครชัยศรี จ.นครปฐมที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะ การพักอาศัย และการมีโรคประจำตัวต่างกัน

สมมติฐานของการศึกษา (Hypotheses to be tested)

จากผลการค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในบทที่ 2 พอประมวลเป็นสมมติฐานการศึกษาได้ว่า “ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะ การพักอาศัย และการมีโรคประจำตัวต่างกัันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน”

ขอบเขตของการศึกษา (Scope or delimitation of the study)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จึงได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ดังนี้

1. ขอบเขตประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่พักอาศัยอยู่ในของเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น อำเภอ นครชัยศรี จ.นครปฐม มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 2,584 คน (โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น 2549)

2. ขอบเขตเกี่ยวกับตัวแปร ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีดังนี้

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

2.1.1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ

สมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ ภาวะ การพักอาศัย และการมีโรคประจำตัว

(2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ประกอบไปด้วยทั้ง 4

ด้าน ได้แก่

2.1.1.2.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้าน

อารมณ์

2.1.1.2.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านการ

ประเมิน

2.1.1.2.3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้าน

ข้อมูลข่าวสาร

2.1.1.2.4 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้าน

เครื่องมือ / สิ่งของ / แรงงาน

2.1.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้สูงอายุแบ่งเป็น

2.2.2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านร่างกาย

2.2.2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านจิตใจ

2.2.2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสังคม

2.2.2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

เพื่อให้เข้าใจถึงความหมายของคำที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ตรงกัน ผู้วิจัยจึงนิยามความหมายของคำต่างๆไว้ดังต่อไปนี้

1. **เครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น** หมายถึง สถานพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลหลวงพ่เป็นซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 5 ตำบล ประกอบไปด้วยตำบลที่อยู่ในอำเภอนครชัยศรี 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางแก้วฟ้า ตำบลบางพระ และตำบลที่อยู่ในเขตอำเภอบางเลน 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางระกำ ตำบลนราภิรมย์ ตำบลลำพญาและสถานีอนามัยในเครือข่ายทั้ง 7 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยบางแก้วฟ้า, สถานีอนามัยบางพระ, สถานีอนามัยนราภิรมย์ , สถานีอนามัยคลองสว่างอารมณ์, สถานีอนามัยวัดเวฬุวนาราม, สถานีอนามัยลำพญา และ สถานีอนามัยบางระกำ

2. **พฤติกรรมการดูแลตนเอง** หมายถึง ค่าเฉลี่ยของประเมินการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้สูงอายุ กระทำด้วยตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ปฏิบัติกิจกรรมนั้นต้องกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยมีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานครั้งและไม่ได้ปฏิบัติและผู้ค้นคว้าสารนิพนธ์ได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 1985 : 82-103)

3. **แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์ดูแลหรือปรนนิบัติจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา และนำเสนอรายละเอียดออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 5 การศึกษาและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

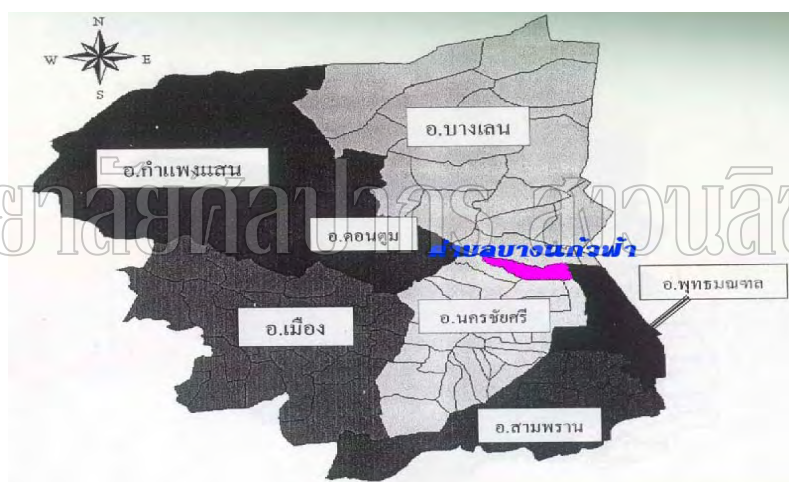
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ตอนที่ 1

ข้อมูลของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

โรงพยาบาลหลวงพ่อบึงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่เลขที่ 2 หมู่ที่ 2 ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รหัสไปรษณีย์ 73120 มีพื้นที่รวม 25 ไร่

- ทิศเหนือ ติดกับ ตำบลบางระกำ อำเภอบางเลน
- ทิศใต้ ติดกับ ตำบลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี
- ทิศตะวันออก ติดกับ ตำบลคลองโยง อำเภอพุทธมณฑล
- ทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลบางพระ อำเภอนครชัยศรี



รูปที่ 1 แผนที่แสดงเขตอำเภอในจังหวัดนครปฐม

ที่มา : โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง, “รายงานการประเมินตนเองเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2549,” 30 มิถุนายน 2549.

ลักษณะภูมิประเทศ

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำ มีแม่น้ำท่าจีนไหลผ่าน และมีคลองหลายสายแยกออกจากแม่น้ำ จึงมีความอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การทำอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำสวน

พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล : หมู่ 1-2 ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ประชากรในความรับผิดชอบ : 1, 833 คน (ปี 2548) และมีจำนวน 19, 387 คนใน (ปี 2549)

พื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 5 ตำบล: ประกอบไปด้วยตำบลที่อยู่ในเขตอำเภอนครชัยศรี 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางแก้วฟ้าและตำบลบางพระ และตำบลที่อยู่ในเขตอำเภอบางเลน 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางระกำ ตำบลนราภิรมย์ และตำบลลำพญา

สถานพยาบาลในเครือข่าย: เขต อำเภอนครชัยศรี ได้แก่ สอ.บางแก้วฟ้า, สอ.บางพระ
: เขตอำเภอบางเลน ได้แก่ สอ. นราภิรมย์, สอ.คลองสว่างฯ,
สอ. วัดเวฬุฯ, สอ. ลำพญา, สอ.บางระกำ

ตารางที่ 3 ประชากรผู้สูงอายุเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ.2549

ลำดับ	หน่วยบริการ	ประชากร รวม (คน)	ประชากร อายุ60ปี ขึ้นไป (คน)	ร้อยละของผู้สูงอายุ ต่อประชากรในแต่ละ หน่วยบริการ
1	โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง	1, 833	249	13.58
2	สถานีอนามัยบางแก้วฟ้า	1, 287	184	14.29
3	สถานีอนามัยบางพระ	2, 642	321	12.14
4	สถานีอนามัยบางระกำ	4, 587	608	13.25
5	สถานีอนามัยนราภิรมย์	3, 113	400	12.84
6	สถานีอนามัยคลองสว่างฯ	1, 634	225	13.76
7	สถานีอนามัยลำพญา	2, 368	302	12.75
8	สถานีอนามัยบ้านเวฬุวนาราม	1, 923	295	15.34
รวมทั้งเครือข่าย		19, 387	2, 584	13.32

จากตารางที่ 3 พบว่าจำนวนร้อยละของประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรโดยรวมในแต่ละหน่วยบริการของเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อบึงเป็นคิดเป็นร้อยละ 13.32 จะเห็นได้ว่าสอดคล้องการกระจายของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละสถานบริการเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อบึงเป็นไม่แตกต่างกันกับสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศและของจังหวัดนครปฐม

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหลายสถาบันอธิบายว่าการที่มีฐานประชากรสูงอายุขนาดใหญ่เป็นผลมาจากความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวและการควบคุมการเพิ่มประชากรเป็นผลให้ลดจำนวนประชากรที่เกิดใหม่ในขณะที่ฐานประชากรเดิมได้เคลื่อนเข้าสู่กลุ่มประชากรสูงวัยขึ้น ในขณะที่พัฒนาการด้านสาธารณสุขและการแพทย์ของประเทศสามารถลดอัตราการตายลงทำให้อายุของประชากรยืนยาวขึ้นจึงเกิดการเคลื่อนของโครงสร้างประชากร ไปสู่ภาวะประชากรชรา ที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุอยู่ในระดับสูง

การดำเนินงานของโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็นมิวสิคท์สน์ คือ เป็นสถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพโดยประชาชนมีส่วนร่วม นำไปสู่การมีสุขภาพดี ภายใน ปี พ.ศ.2552 และมีพันธกิจหลักได้แก่ จัดระบบการให้บริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ ด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม และจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นเรื่องจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นตามมาด้วยการเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูงนั้นส่งผลให้การจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จัดสรรให้กับโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็นคิดตามจำนวนประชากรรายหัวนั้นเนื่องจากโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็นมีประชากรในเขตรับผิดชอบอยู่จำนวนน้อยจึงทำให้การดำเนินการด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคของประชากรทั้งหมดไม่เพียงพอ การจัดการทางด้านสุขภาพที่ดีที่สุด คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดโรค การป้องกันการเกิดโรคที่ถูกต้องนั้นต้องเริ่มต้นจากการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อชีวิตมนุษย์อย่างแท้จริง เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายได้อย่างมีความสุข หากผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้จะทำให้เกิดความพึงพอใจในการใช้ชีวิต และดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขและเป็นความสุขที่ยั่งยืนเนื่องจากไม่ต้องพึ่งพาใคร

ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัย ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็นอำเภอนครชัยศรีจังหวัดนครปฐมจากฐานข้อมูลโปรแกรมสำเร็จรูป HOS Xpของโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็นเมื่อวันที่25พฤษภาคม2550 แบ่งปัญหาออกได้เป็น 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาทางด้านร่างกาย
2. ปัญหาทางด้านจิตใจ
3. ปัญหาทางด้านสังคม
4. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

ตารางที่ 4 5 อันดับโรคของผู้ป่วยนอกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล
หลวงพ่เป็น ปีงบประมาณ 2549

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวนครั้ง	จำนวน (คน)	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มา
1	I10	โรคความดันโลหิตสูง	3,840	657	48.0
2	E119	เบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน	2,056	286	20.9
3	M235	โรคข้อต่างๆ โดยเฉพาะ ข้อเข่าเสื่อม	1,772	195	14.2
4	G819	โรคอัมพฤกษ์และอัมพาตครึ่งซีก	1,604	69	5.05
5	Z480	การดูแลติดตามทางศัลยกรรมอื่นๆ	1,154	159	11.63
รวม			6,586	1,366	100.0

ตารางที่ 4 พบว่า 5 อันดับโรคของผู้ป่วยนอกผู้สูงอายุ ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น ปีงบประมาณ 2549 ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้การรักษาพยาบาลสูงทั้งสิ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรคข้อ โรคอัมพฤกษ์และอัมพาตครึ่งซีก และการดูแลติดตามทางศัลยกรรมอื่นๆ เช่น ทำแผล ฉีดยา เป็นต้น

ตารางที่ 5 5 อันดับโรคผู้ป่วยในที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น
จำแนกตามกลุ่มโรคปีงบประมาณ 2549

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวนครั้ง	จำนวนคน
1	G819	โรคอัมพฤกษ์และอัมพาตครึ่งซีก	30	14
2	I10	โรคความดันโลหิตสูง	19	18
3	A09	อุจจาระร่วง	16	16
4	I679	โรคหลอดเลือดสมอง	15	11
5	I64	เส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตัน	15	10
รวม			95	69

จากตารางตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่ต้องมารับยาไปกินทุกเดือนตลอดชีวิต เช่น โรคอัมพฤกษ์และอัมพาตครึ่ง

ซึกเป็นจำนวนมากซึ่งหมายความว่าต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพสูงตามไปด้วยเช่นกัน

2. ปัญหาด้านจิตใจ พบว่าด้วยพื้นที่ส่วนใหญ่เครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อกับประกอบไปด้วยผู้ที่ราบลุ่มแม่น้ำ มีแม่น้ำท่าจีนไหลผ่าน และมีคลองหลายสายแยกออกจากแม่น้ำ มีความอุดมสมบูรณ์ เหมาะแก่การทำสวน ทำไร่ ทำเกษตรกรรม ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพเกษตรกรรมจากการสอบถามปัญหาทางจิตใจของกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าเมื่อถึงวัยสูงอายุร่างกายเริ่มอ่อนแรงทำงานไม่ไหวในขณะเดียวกันบุตรหลาน แยกครอบครัวออกไปบ่อยครั้งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหว เหวงและ โดดเดี่ยวเนื่องจากต้องอยู่ดูแลบ้านเรือนในขณะที่ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน

3. ปัญหาด้านสังคม (จากการพูดคุยกับกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหลวงพ่อกับที่มีผู้สูงอายุในเครือข่ายมาเป็นสมาชิก)พบว่าปัญหาด้านสังคมที่สำคัญที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ลูกหลานต้องออกจากบ้านไปทำงาน บางครอบครัวให้ผู้สูงอายุกับหลานอายุน้อยอยู่บ้านเพียงดำฟาง และเมื่อลูกทำงานหาเลี้ยงครอบครัวทำให้บทบาทการเป็นผู้นำของผู้สูงอายุลดลงพบความรู้สึกความเห็นห่างกัน ทำให้พบว่าผู้สูงอายุหลายรายมีปัญหาด้านสังคมเป็นจำนวนมาก

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกพบว่า ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพร่างกายลดลงตามระยะเวลาอยู่แล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวซึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีมีความเจ็บป่วยในขณะที่ไม่มียารักษาได้ประจำ เนื่องจากไม่ได้เก็บออมเอาไว้เมื่อวัยทำงาน จึงพบผู้สูงอายุหลายรายมีความทุกข์ใจกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหลวงพ่อกับเป็นช่วงเดือนพฤษภาคม 2550 โดยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้คำถามเฉพาะทางด้านเศรษฐกิจนั้นส่วนใหญ่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจลดลงเนื่องจากเกษียณอายุราชการหรือเกษียณออกจากการทำงานอื่นๆ หรือไม่สามารถทำงานได้อีก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาชีพทางการเกษตรหรืออาชีพที่ต้องใช้แรงงานเป็นหลัก เพราะสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยอีกต่อไป ในส่วนของสังคมพบว่าสภาพความสัมพันธ์ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมลดน้อยลง บุตรหลานแต่งงาน แยกย้ายกันไปมีครอบครัวใหม่ หรือแต่งงานแต่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันซึ่งเป็นครอบครัวขยายแต่บุตรหลานต้องดูแลครอบครัวของตนเอง ทำให้เห็นห่างจากผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่อยู่ในปัจฉิมวัยมีความต้องการและความจำเป็นแตกต่างจากวัยอื่นจึงมีความจำเป็นที่สังคมต้องให้การดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ความต้องการและความจำเป็นเหล่านี้เป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของร่างกาย ซึ่งยังผลให้สมรรถภาพ

ของอวัยวะต่างๆเสื่อมถอย เจ็บป่วยง่าย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนานหรือในขั้นรุนแรงอาจมีภาวะทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันไม่ได้ ทั้งหมดนี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลหรือต้องพึ่งพิงผู้อื่นในหลายๆด้าน ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในเรื่องของสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตเท่านั้น หากยังรวมถึงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย

ตามธรรมเนียมและบรรทัดฐานที่ปฏิบัติสืบมาของสังคมไทย การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุตรหลานรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้รับการยอมรับกันว่าเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสังคมให้คุณค่าของการปฏิบัติเช่นนี้ว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณของผู้สูงอายุที่สำคัญคือสอดคล้องกับหลักคำสอนของศาสนา คือ เรื่องความกตัญญูทวดเทที่อีกด้วย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1 ความหมาย

จากการค้นคว้าพบว่ามีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้หลากหลายความหมาย ดังนี้
ฉัตรทอง อินทร์นอก (2540:15) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยมีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่ายสมควรได้รับการช่วยเหลือดูแลและเป็นวัยที่ถือว่าปลดเกษียณจากการทำงานหรือมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคม

ชานาซ อภิภัทรธำรง (2540:9) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หน้าที่การงาน และบทบาททางสังคมลดลง เป็นผู้ที่ควรได้รับการช่วยเหลือดูแล อุปการะเพื่อให้มีความสุข

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับปี พ.ศ.2546 ได้กำหนดว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเกณฑ์นี้อาจแตกต่างจากในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งกำหนดเอาผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

วรชัย ทองไทย (2549:37) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ60-69 ปี) มีประมาณร้อยละ59.1ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ70-79ปี) มีประมาณร้อยละ31.1ของผู้สูงอายุทั้งหมดและผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80ปีขึ้นไป) มีประมาณร้อยละ9.8

สรุป จากความหมายของผู้สูงอายุ ที่ใช้ในการทำสารนิพนธ์ครั้งนี้ใช้ตามที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ คือผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีเต็มขึ้นไป

บรรลุ ศิริพานิช (2540: 29) ได้ทำการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุและแบ่งผู้สูงอายุตามอายุและสภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่มย่อยดังนี้

60-70 ปี กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น (The young old) เป็นผู้มีสภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไม่มาก ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

71-80 ปี กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง (The middle old) เป็นผู้มีสภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่งบางอย่าง

81 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย (The old old) เป็นผู้มีสภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปเห็นได้ชัดเจน บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ คนที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ดีก็อาจจะมี แต่เป็นส่วนน้อย

จากการศึกษาวิจัยจำนวนมากพบว่า มีผู้ที่ทำการศึกษาค้นคว้าหรือทำงานเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุ ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้แตกต่างกันมากมาย เช่น จาก การศึกษาของ Hall อ้างถึงใน ชลธิชา วังวิเวก (2537:11) ได้แบ่งการสูงอายุของคนออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสูงอายุตามวัย (chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุ ตามปีปฏิทินโดยนับ จากปีที่เกิดเป็นต้นไป และบอกได้ทันทีว่าใครอายุมากน้อยเพียงไร
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้าน สมรรถภาพ และหน้าที่ของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงใน หน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซาว์ปัญญา และลักษณะของบุคลิกภาพที่ ปรากฏเป็นระยะต่างๆของชีวิตแต่ละบุคคลตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น
4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้าน บทบาทหน้าที่และสถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยราชการ เอกชน สโมสร และอื่น

ยूरிகและคณะ (Yurick, et al. 1980:31, อ้างถึงใน จำเรียง क्रमะสุวรรณ 2536:2) กล่าวว่า สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้แบ่ง ช่วงวัยของผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (young elderly) มีช่วงอายุระหว่าง 60-74 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่ ชรามาก สามารถทำงานได้ถ้าสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยชรา (the old elderly) มีช่วงอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป จะถือว่าเป็นวัย ชราอย่างแท้จริง

ครีจ ฮอฟแมนและคณะ (Craig, 1991; Hoffman et al. 1988, อ้างถึงในสุทธินันท์ น้ำเพชร 2542:25, อ้างถึงใน เตือนใจ ทองคำ 2549:17) นักชราวิทยา แบ่งช่วงอายุออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิตวิทยา ชีววิทยา แบ่งช่วงอายุออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้

1. ช่วงไม่ค่อแก่ (The Young-Old)

อายุประมาณ 60-69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของกลุ่มครอง มิตรสหาย รายได้ลดลง การ สูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่วไปช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจพึ่งพิงผู้อื่นอยู่บ้าง สำหรับบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะรู้จักปรับตัว การปรับตัวในช่วงนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรใช้แบบ Engagement คือยังเข้าร่วมกับกิจกรรมต่างๆทางสังคมทั้งในครอบครัว และนอกครอบครัว

2. ช่วงแก่ปานกลาง (The Middle-Aged Old)

อายุประมาณตั้งแต่ 70-79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้เคียงกัน อาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง การปรับตัวระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ Disengagement คือไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

3. ช่วงแก่จริง (The Old-Old)

อายุประมาณ 80-89 ปี ผู้สูงอายุนี้อายุปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมนั้นต้องมีความเป็นส่วนตัวมาก ไม่วุ่นวาย แต่ก็ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีชีวิตชีวาในแง่ต่างๆตามวัย (Both privacy and Stimulating) ผู้สูงอายุนี้นี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมาเริ่มนึกถึงอดีตมากขึ้น

4. ช่วงแก่จริงๆ (The Very Old-Old)

อายุประมาณ 90ปี ขึ้นไป มีจำนวนค่อนข้างน้อยเป็นวัยที่มีปัญหาทางสุขภาพในวัยนี้ ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องการมีการแข่งขัน ไม่ต้องการบีบบังคับเรื่องเวลาที่ต้องทำให้เสร็จ ควรทำกิจกรรมที่พอใจ และอยากทำในชีวิต ผู้สูงอายุก่อนหน้านี้ได้ผ่านวิกฤตของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมายจะเป็นระยะแห่งสุขสงบพอใจในตนเอง

ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุทุกช่วงวัยมีตั้งแต่ผู้ยังมีสมรรถภาพ เต็มไปด้วยความรู้ ความคิด ความเชี่ยวชาญ ความมีชีวิตชีวา เรื่อยไปถึงผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ สุขภาพ สังคม ไปจนถึงผู้แก่หง่อมที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และ/หรือผู้ที่เลอะเลือน

2.2 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุนั้น เนื่องจากเป็นวัยที่ต่อเนื่องมาจากวัยกลางคนมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change)

ความชราเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ซึ่งไม่ใช่ความเจ็บป่วยแต่เป็นไปตามกาลเวลาและการปฏิบัติตนของแต่ละคน ความเจ็บป่วยก็มีผลทำให้กระบวนการชราเกิดขึ้นได้เร็วขึ้นตรงกันข้ามคนที่ดูแลสุขภาพและรับประทานอาหารเหมาะสมตลอดเวลา จะลดปัญหาการเจ็บป่วยและชะลอความแก่ไว้ได้นาน และไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน ตามธรรมชาติคนเราเมื่อแก่ตัวลงจะมีผลทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำงานด้อยลงด้วย

บรรลุ ศิริพานิช (2543:59) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการทำงานของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุไว้ว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจัดได้

ว่าเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนเป็นไปในทางเดียวกันกับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2548:11-16) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุไว้ดังนี้ การเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุมากขึ้นเป็นการเปลี่ยนแปลงเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลอยู่ในระดับสูงมาก ถึงแม้การเสื่อมลงของหน้าที่ทางสรีระวิทยาจะเกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น แต่การเกิดขึ้นของแต่ละคนแตกต่างกันแปรได้มาก เช่น บางคนอายุ 80 ปี แต่อวัยวะบางอย่างอาจสามารถทำหน้าที่ได้เหมือนคนอายุ 50 ปี เรื่องเกี่ยวกับความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและอวัยวะต่างๆของผู้สูงอายุจากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ดังนี้

1. ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก ต่อมรับรสต่างๆเสื่อมลงทำให้อาหารไม่อร่อย เกิดความไม่อยากอาหารในที่สุด หรือการมองเห็น การได้กลิ่นและประสาทสัมผัสที่ลดลงอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ทั้งสิ้น

2. ระบบกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อจะลดจำนวนลงทั้งจำนวนและขนาดของเส้นใยทำให้การยึดตัวหดตัวลดลงเมื่อรวมกับความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย ทำให้ปฏิกิริยาโต้ตอบและการปรับตัวต่อการทรงตัวลดลง หกล้มได้ง่ายขึ้น การที่กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นลดน้อยลง มีผลให้การทำงานและการเคลื่อนไหวของอวัยวะต่างๆอ่อนกำลังลง การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลงไปตามอายุที่มากขึ้น ลักษณะของเนื้อเยื่อผิวหนังจะแห้งและเหี่ยวย่นเป็นผลมาจากการทำงานของฮอร์โมนต่างๆในร่างกายลดลงเห็นได้ชัดบริเวณคอ แขน หน้ามือและส่วนอื่นๆของร่างกาย

3. ระบบกระดูก มีการสูญเสียเนื้อกระดูกลงไปเรื่อยๆ โดยเฉพาะสตรีอายุ 50 ปีขึ้นไป (หลังจากหมดประจำเดือนแล้ว) ในรายที่มวลกระดูกต่ำหรือค่อนข้างต่ำ พบว่าการสูญเสียเนื้อกระดูกในช่วงหลังหมดประจำเดือนทำให้มวลกระดูกลดลงจนถึงระดับที่เป็นภาวะกระดูกพรุน ซึ่งถ้าหนักจะเกิดกระดูกหักได้

การเคลื่อนไหวของกระดูกและเนื้อเยื่อต่างๆจะมีการยึดติดแข็ง จึงพบอาการหลังโกง ตัวงอ และกระดูกเปราะบางได้บ่อยมาก

4. ระบบการย่อยอาหาร เริ่มจากการมีฟันผุทำให้การบดเคี้ยวอาหารไม่ละเอียดประกอบกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ ในภาพรวมจะช้าลง (Increase intestinal transit time) มีแนวโน้มท้องผูกมากขึ้น และถ้าผู้สูงวัยรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ได้น้ำน้อย อุจจาระจะแข็ง ทำให้อาการท้องผูกเลวลงอีกและทำให้เกิด ลำไส้กลืนกัน ซึ่งอาจมีการติดเชื้อในลำไส้ ทำให้ปวดท้องและบางครั้งวินิจฉัยหาสาเหตุไม่ได้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงของโรคอื่นๆตามมา

5. ระบบประสาท เซลล์สมอง (Neuron) ลดลง ขนาดของสมองเล็กลง น้ำหนักน้อยลง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างสมองและเนื้อกะโหลกมากขึ้น เมื่อเกิดแรงเหวี่ยงของ

ศีรษะจะเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดที่เลี้ยงค่านอกของสมอง เกิดเลือดออกในสมองได้ง่าย ในส่วนการทำงานของสมอง โดยเฉพาะเรื่องความจำการเรียนรู้สิ่งใหม่ และการรับรู้สัมผัสต่างๆ (Sensory) เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ ร้อน เย็น อ่อน แข็ง หู จะลดลง ในด้านความจำ พบว่ามีปัญหาความจำเสื่อมลง โดยเฉพาะความจำในเหตุการณ์ปัจจุบัน (recent memory) แต่ไม่มีปัญหาในความจำในอดีต (remote memory) เนื่องจากเซลล์สมองตายไปทำการสร้างสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ลดลงแต่ลดลงไม่ได้สัดส่วนกันเนื่องจากการทำงานของสารสื่อประสาทจะต้องพึ่งทั้งปริมาณและสัดส่วนของสารสื่อประสาทเพื่อให้เกิดสมดุลที่ดี เมื่อการสร้างสารเหล่านี้แปรปรวนไปจะทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายความจำ บุคลิกภาพและพฤติกรรม เช่น ที่มีระดับ dopamine ลดลง จะมีการเคลื่อนไหวผิดปกติแบบ พาร์กินสัน (Parkinson's) ก็คือ เดินตัวแข็ง ก้าวสั้นๆ ไม่แสดงสีหน้าหรือสีหน้าเรียบเฉย พลิกตัวลำบาก เป็นต้น

6. ระบบทางเดินหายใจ เป็นผลมาจากสมรรถภาพและความยืดหยุ่นของปอดลดลง ทำให้ปอดได้รับออกซิเจนน้อยลง ผู้สูงอายุจึงเหนื่อยง่ายและหายใจเร็วขึ้น

7. ระบบทางเดินปัสสาวะ ไต ทำงานลดลงมีการเสื่อมสมรรถภาพของไตทำให้ขับน้ำออกจากร่างกายมากแต่ขับของเสียออกจากร่างกายได้น้อย สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อยเกิดจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดมีการหย่อน ไม่ยืดหยุ่นเหมือนเดิมทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่หมดและตกค้างในบางครั้ง พบว่ามีปัสสาวะไหลกะปริบกะปรอย ส่วนในเพศชายพบอาการต่อมลูกหมากโตจำนวนมากและสิ่งสำคัญที่ตามมาและเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของไต คือ การขับถ่ายยาทุกชนิดจะลดลงจึงต้องปรับยาให้ขนาดยาที่ขับผ่านทางไตเหมาะสมทุกครั้งถึงแม้ยานั้นจะไม่มีฤทธิ์เป็นพิษกับไตก็ตามเพราะระดับยาในเลือดที่เพิ่มขึ้น อาจทำให้เกิดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์อื่นๆ ได้

8. ระบบการไหลเวียนโลหิต การแข็งตัวของเส้นเลือดก่อให้เกิดการไหลเวียนโลหิตที่ช้าลง เมื่อมีภาวะไขมันในเส้นเลือดเพิ่มขึ้นอาจเป็นเหตุให้เกิดภาวะเส้นเลือดอุดตัน เป็นอัมพาตได้

9. ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย พบว่า Cell mediated immunity จะลดประสิทธิภาพลง ถึงแม้ว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวจะไม่เปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุ เสี่ยง ต่อการติดเชื้อบางอย่างมากขึ้นเช่น Relapse or reactivated Tbc, Herpez zoster เป็นต้น การสร้างภูมิคุ้มกันจะเสื่อมลง ดังนั้นการได้วัคซีน บางชนิด เช่น HB vaccine อาจไม่พบ antibody หลังจากได้วัคซีนครบแล้วอย่างไรก็ตามการให้วัคซีนหลายชนิดช่วยลด อัตราป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยสูงอายุลงอย่างมากวัคซีนที่มีประโยชน์ในผู้สูงอายุได้แก่ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่, วัคซีนป้องกันโรคปอดบวม, วัคซีนป้องกันบาดทะยัก

10. ระบบต่อมไร้ท่อ ระดับฮอร์โมนทั้งหลายลดลงตั้งแต่วัยกลางคน ต่อมไทรอยด์จะทำงานแปรปรวนไป ทั้งที่มีลักษณะต่อมไทรอยด์มีการทำงานมากเกินไปหรือต่อมไทรอยด์การทำงานน้อยลง ซึ่งผู้ป่วยจะถูกมองข้ามไปเพราะอาการและอาการแสดงของปัญหา ต่อมไทรอยด์จะแตกต่างไปจากประชกรวัยอื่น ต่อมไทรอยด์มีการทำงานมากเกินไป อาจแสดงออกด้วยอาการ ภาวะหัวใจวาย จาก rapid atrial fibrillation หรือผู้สูงอายุที่ป่วยอาจมีอาการเฉยเมยไม่สนใจใยดีคนอื่น ๆ ส่วนผู้สูงอายุที่ต่อมไทรอยด์การทำงานน้อยลง อาจถูกเข้าใจผิดว่าเป็น โรคสมองเสื่อมหรือโรคชราเพราะเชื่องช้า เฉยเมย

นอกจากเรื่องนี้แล้วฮอร์โมนเพศมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และแตกต่างกันระหว่างชายและหญิง ฮอร์โมนเพศโดยเฉพาะเอสโตรเจน ในเพศหญิงจะแปรปรวน และลดลงจนเกือบหมดในสตรีวัยหมดประจำเดือน และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเอสโตรเจนในบางคนอาจมีอาการร้อนวูบวาบใจเต้น ใจสั่น เหงื่อแตก หงุดหงิด กระวนกระวาย หรือที่เรียกว่าอาการหมดประจำเดือนหลังจากช่วงนี้ผ่านพ้นไปแล้วจะต้องเผชิญกับปัญหาการสูญเสีย เนื้อและกระดูกอย่างมากในช่วง 3-5 ปีหลังจากหมดประจำเดือน และในกรณีที่มวลกระดูกต่ำ การสูญเสียเนื้อกระดูกในช่วงนี้อาจนำไปสู่ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ได้ในอนาคต ส่วนเพศชายการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนจะแตกต่างจากในเพศหญิง ฮอร์โมนเพศชายจะค่อยๆลดลงช้าๆ ไปเรื่อยๆ ไม่มีลักษณะฮอร์โมนเกือบหมดเหมือนในเพศหญิง มีบางกลุ่มที่พบว่าฮอร์โมน Testosterone ต่ำกว่าปกติพบได้ราวๆ 7% ในชายอายุ 40-60 ปี เพิ่มขึ้น 20% ในช่วงอายุ 61-80 ปี และพบประมาณ 35% หรือ 1 ใน 3 ของกลุ่มที่อายุ 80 ปี จะเห็นได้ว่าผู้ชายอายุ 80 ปี ประมาณ 65% (หรือ 2 ใน 3) ยังสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้สม่ำเสมอ การใช้ยาบางอย่างอาจมีผลกระทบต่อเรื่องดังกล่าว จึงควรสอบถามเรื่องนี้ด้วย เพื่อให้การช่วยเหลือหรือคำแนะนำตามสมควร

สรุป ร่างกายของผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงจนไม่พบการเจริญเติบโตของอวัยวะใดแม้ในระดับเซลล์พบว่าส่วนใหญ่ทำงานลดลงการดูแลตนเองผู้สูงอายุทั้งที่มีภาวะสุขภาพที่ปกติหรือ เจ็บป่วย ผู้สูงอายุเองและผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุจึงควรทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุด้วย เพราะการดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขตามอัตภาพ สิ่งที่ต้องระลึกไว้คือ ความแตกต่างระหว่างบุคคล ผู้สูงอายุทุกคนมีความแตกต่างกันไปตามพื้นฐานเหตุปัจจัยที่ผ่านมาของแต่ละคน ไม่สามารถระบุการดูแลรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งแล้วจะสามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุทุกคนตลอดไป

2.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological change)

วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ หลากหลายประการสะสมเรื่อยมาตั้งแต่วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน จนมาส่งผลเด่นชัดในวัยสูงอายุ

นี้ การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทุกอย่างนำไปสู่ความเสื่อมคั่งที่ได้กล่าวมาแล้วและปัญหาสุขภาพจิต นับเป็นปัญหาที่พบบ่อย ในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย และสมอง ทำให้ความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นลดน้อยลง นอกจากนั้น ความแตกต่างของนิสัย บุคลิกภาพ ความรู้ความสามารถ ความถนัด ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคน มีปฏิกิริยาต่อสิ่งที่มากระทบแตกต่างกัน อาการทางจิตที่แสดงออก จึงมีต่างๆ นานา

สุรกุล เจนอบรม (2534 : 19-20) ได้กล่าวถึงการสูญเสียในด้านต่างๆ ที่มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยการสูญเสียด้านต่างๆ ดังนี้

1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิท หรือ คู่ชีวิต ต้องตายจากหรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลอันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2. การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากต้องออกจากการทำงานขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อทางด้านธุรกิจ การงาน หรือหมดภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่า ไร้ความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และขณะเดียวกัน ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ในวัยสูงอายุ บุตร ธิดา มักจะมีครอบครัวของตนเองและโดยเฉพาะลักษณะสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาทในด้านการให้คำปรึกษาดูแลสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว และรู้สึกว่าคุณค่าลดลง

4. การไม่สามารถสนองตอบความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองตอบความต้องการทางเพศได้ทั้งๆที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากนี้เจตคติของสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมนับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เกิดความวิตกกังวล และมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

ปัจจัยที่กล่าวมาแล้วนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ทำให้วิตกกังวล การขาดความมั่นใจ ความรู้สึกว่าคุณค่า ไร้คุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการของสังคมและความ

ปลอดภัยต่างๆผู้สูงอายุมักจะชดเชยด้วยการสะสมข้าวของ การย่ำทำ การชอบบ่น อารมณ์ไม่คงที่ โกรธง่ายแต่บางรายใจดี ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพแวดล้อมสังคมและประสบการณ์ที่ผ่านมา

Havighurst (1953) อ้างถึงใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2548:18) กล่าวว่า ได้ศึกษารายงานตามขั้นพัฒนาซึ่งบุคคลต้องเรียนรู้ควบคู่ไปกับพัฒนาการของชีวิตมีลักษณะเฉพาะวัย ซึ่งความสำเร็จในการพัฒนาการดังกล่าวจะทำให้บุคคลเป็นสุขใจ สำหรับงานในขั้นพัฒนาการดังกล่าวในระยะวัยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยงานตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. การปรับตัวให้เข้ากับความสะดวกของพลังกำลังและสุขภาพ โดยการยอมรับประกอบกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ช่วยให้บุคคลใช้ชีวิตได้ด้วยความพึงพอใจ
2. ปรับตัวให้เข้ากับสภาพปลดเกษียณ การปลดเกษียณอาจทำให้ผู้สูงอายุบางคนรู้สึกว่าคุณค่า ไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อชุมชนแล้ว ผู้ที่จะพบกับความสุขและความพึงพอใจในชีวิต มักจะเป็นผู้ที่ใช้เวลาว่างตรงนี้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และน่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็งานอดิเรกหรืองานพิเศษครั้งเวลา ไม่ปล่อยให้เวลาหมดไปอย่างน่าเบื่อหน่าย

3. การปรับตัวให้เข้ากับการจากไปอย่างไม่มีวันกลับของกลุ่มสมรส การจากไปของกลุ่มสมรสเป็นความสูญเสียอันยิ่งใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุโดดเดี่ยว รู้สึกขาดเพื่อนร่วมทุกข์ ร่วมสุข ขาดส่วนสำคัญของชีวิตไป ทางออกของแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน บางคนอยู่ในครอบครัวที่มีบุตรหลานรอบข้างมีความผูกพันที่อบอุ่น ทำให้ปรับตัวได้ง่ายขึ้น บางคนอาจย้ายไปอยู่กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง บางคนอาจแต่งงานใหม่ บางคนอาจย้ายเข้าไปอยู่ในบ้านพักคนชรา ทางออกต่างๆเหล่านี้ต้องอาศัยการยอมรับ และการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ด้วยกันทั้งสิ้น

4. สร้างสัมพันธ์ภาพและมีมิตรภาพกับคนรุ่นราวคราวเดียวกัน ยอมรับการเป็นสมาชิกอาวุโสของสังคม และเป็นสมาชิกที่มีงานเลี้ยงสังสรรค์ร่วมกัน มีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรกและกิจกรรมของชุมชนในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน

5. สนองหน้าที่ทางสังคมและหน้าที่พลเมืองดี โดยการศึกษาหาความรู้ให้ทันต่อเหตุการณ์เสมอ จะช่วยให้บุคคลดำเนินการต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. สร้างสภาพความเป็นอยู่ที่เหมาะสม จัดที่อยู่อาศัยให้สะดวกสบายที่สุด คำนึงถึงความสงบเงียบ ความเป็นส่วนตัว อยู่ไม่ไกลจากญาติพี่น้อง และเพื่อน ไม่กว้างขวางจนเกินไปจนไม่สามารถควบคุมรักษาด้วยตนเองได้

การที่จะสามารถจัดการกับสิ่งต่างๆดังนี้ได้ จะต้องเกิดจากผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จและมีสุขภาพจิตที่ดีและมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับดี ทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม จะต้องร่วมกันรับผิดชอบ และร่วมกันดำเนินการ จะให้เป็นหน้าที่เฉพาะ ของฝ่ายหนึ่ง

ฝ่ายใดเท่านั้นไม่ได้ ผู้สูงอายุเองจะต้องพัฒนาความเข้มแข็ง อดทน ให้แก่ร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์ของตน ด้วยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องระยะยาว และ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเริ่มต้นเร็วเท่าไร ผลดีที่ได้ก็จะยิ่งมาก ผู้สูงอายุจะต้องฝึก สุขนิสัยนิสัยที่ดี และเหมาะสมในเรื่องการกิน การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย ฝึกทักษะ ชีวิต ในการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ เช่น สุรา บุหรี่ สิ่งเสพติด ฝึกทักษะในการดูแล รักษาจิตใจ ให้สงบสบาย มีสมาธิ ไม่ปล่อยตนเองให้เครียดจนเกินไป รู้จักที่จะพอใจในสิ่งที่ตนเอง เป็นอยู่ และฝึกที่จะรู้จัก และเข้าใจตนเองให้มากขึ้น เช่น โดยการเฝ้าติดตาม วิเคราะห์ วิจารณ์ ความคิด และอารมณ์ ของตนเองตามที่เป็นจริง มากขึ้นเรื่อยๆ ผู้สูงอายุควรฝึกที่จะมีอารมณ์ขัน มอง โลกตามความเป็นจริง และอย่างมีความหวัง ฝึกทักษะการคลายเครียดด้วยตนเอง ตามวิธีการที่ถนัด และเหมาะสมกับกาลเทศะ เช่น ทักษะการปลีกตัว ไปอยู่ในที่สงบ คนเดียวเงียบๆ ทักษะการพบปะ พูดคุยกับคนสนิท ที่เข้าใจ และพร้อมที่จะรับฟัง ซึ่งทักษะต่างๆ ที่ปฏิบัติเหล่านั้น ควรคำนึงถึงการ ยอมรับ และความเหมาะสมตามกติกากฎทางสังคมด้วย

โดยสรุป สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จะต้องประกอบด้วย การมีจิตใจที่ดีงาม สุขภาพกายที่ดี เหมาะสมกับสถานภาพตามวัย มีจิตใจที่เป็นสุข ตลอดจนมีสถานภาพด้านความ เป็นอยู่ และด้านสังคมที่ได้มาตรฐาน โดยจะขาดอย่างใดอย่างหนึ่งไปไม่ได้ ซึ่งการจะพัฒนาสิ่ง เหล่านี้ให้สำเร็จได้ เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม โดย มาตรการของการพึ่งพาตนเอง (Self help) ของผู้สูงอายุ การพึ่งพากันและกัน ภายในครอบครัว (Family help) และการพึ่งพาบริการจากฝ่ายรัฐ ฝ่ายการเมือง และองค์กรชุมชนต่างๆ โดยแต่ละส่วน ร่วมมือกันตามบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่ ตามเป้าหมายหลัก คือ พัฒนาให้ผู้สูงอายุในสังคม มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น เท่าที่จะพึงมีได้ต่อไป

2.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change)

ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเป็นสาเหตุที่ทำให้อารมณ์และจิตใจ เปลี่ยนแปลงได้แต่สิ่งที่สำคัญอีกสิ่งหนึ่งที่มองข้ามไม่ได้คือการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในยุค ปัจจุบันที่สังคมอุตสาหกรรมมีบทบาทมากกว่าสังคมเกษตรกรรมทุกคนในวัยทำงานต้องออกไป ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมทั้งที่ใกล้บ้านและต่างจังหวัดส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลดลง และเมื่อบุตร-ธิดาแต่งงานแยกครอบครัวออกไปหรือถึงแม้จะอยู่ในบ้านเดียวกันแต่ต้องดูแล ครอบครัวยุคของตนเองทำให้เหินห่างจากผู้สูงอายุประกอบกับความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ภาษา ระหว่างผู้สูงอายุกับผู้อ่อนวัยกว่าความแตกต่างก่อให้เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัย จากที่ผู้สูงอายุ ต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่กล่าวมาแล้วข้างต้นที่ยากแก่การ ปรับตัวอยู่แล้ว ยิ่งถ้าผู้สูงอายุต้องประสบกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจะเป็น

ปัญหาใหญ่ของครอบครัวอีกด้วย นอกจากตัวผู้สูงอายุเองจะวิตกกังวลไม่สบายใจแล้ว ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยซึ่งมักจะเป็นบุตรหลานที่โสด ไม่มีภาระใดๆจะเป็นผู้ที่รับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเมื่อดูแลไปนานๆย่อมเกิดความเบื่อหน่ายเป็นภาระทั้งทางร่างกายและจิตใจมากน้อยแตกต่างกันไปตามความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลในครอบครัวนั้น

2.2.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ

บรรลุ ศิริพานิช (2549:36) ได้กล่าวไว้ในหนังสือคู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์เกี่ยวกับหัวข้อเรื่องสถานภาพทางการเงินของผู้สูงอายุว่า โดยทั่วไปผู้เกษียณอายุการงานหรือผู้สูงอายุจะมีรายได้ลดลง แต่ผู้สูงอายุมักไม่ค่อยคิดถึงหรือคิดถึงเมื่อสายไปเสียแล้วทำให้ต้องลดมาตรฐานการครองชีพลงเพื่อให้มีสมรรถภาพทางการเงิน ทางที่ดีควรจะให้มีกรวางแผนเตรียมการด้านการเงินเอาไว้ให้รอบคอบ เพื่อจะได้กระทำสิ่งที่ผู้สูงอายุอยากทำเมื่อเกษียณอายุการงานแล้ว โดยมีมาตรฐานการครองชีพอย่างที่เคยเป็นและไม่มีปัญหาการเงินอีกด้วย ซึ่งความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ซึ่งให้ความคุ้มครองหลายด้าน เช่น ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม กฎหมาย การศึกษา อาชีพ การพัฒนาตนเองและความช่วยเหลือเมื่ออยู่ในภาวะทุกข์ยากลำบาก เป็นต้น

โดยนับตั้งแต่พ.ศ.2536 เป็นต้นมาผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากเดือดร้อนฐานะยากจนหรือไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู ได้รับเบี้ยยังชีพ โดยรัฐเป็นผู้จ่ายให้ ในตอนแรกให้เดือนละ 200บาทปัจจุบันปรับเพิ่มเป็นเดือนละ500บาทแต่เนื่องจากงบประมาณมีจำกัด ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพจะต้องถูกคัดเลือกโดยคณะกรรมการในชุมชนทำให้มีผู้ที่ได้รับเงินสงเคราะห์มีจำนวนน้อยกว่าจำนวนผู้ที่เดือดร้อนและควรได้รับความช่วยเหลือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดประมาณว่า ผู้สูงอายุที่เดือดร้อน ไม่มีรายได้ ไม่มีที่พำนัก มีประมาณร้อยละ10ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ ในปีพ.ศ.2549มีผู้สูงอายุประมาณ 6, 617, 300คน ดังนั้นจึงมีผู้สูงอายุที่ยากไร้ ควรได้รับเบี้ยยังชีพประมาณ 668, 300คนแต่รัฐจ่ายเบี้ยยังชีพให้ได้ 400, 000คนเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีหลายการวิจัยพบว่าการบริหารจัดการเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุอีกหลายด้าน

2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุได้ขยายตัวไปอย่างกว้างขวาง จึงเกิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุเกิดขึ้นมากมาย เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งเรียกว่า วุฒิวิทยา (Gerontology) ประกอบด้วย วิชาการหลายสาขา เช่น วิทยาการทางการแพทย์ พยาบาล จิตวิทยา สังคมวิทยา เป็นต้น จึงมีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุหลายทฤษฎี แต่จัดเป็นกลุ่มได้ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม (สมามา

พยาบาลแห่งประเทศไทย 2533:6-8, อ้างถึงใน ชนานุช อภิกัทรธำรง 2540:9) ได้สรุปทฤษฎีการสูงอายุ ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ดังนี้คือ

1. ทฤษฎีทางด้านร่างกาย แบ่งได้เป็น
 - 1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)
 - 1.2 ทฤษฎีทางสรีระวิทยา (Physiological Theory)
2. ทฤษฎีทางด้านจิตใจ (Psychological Theories)
3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theories)

2.3.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) แบ่งได้เป็น

2.3.1.1 ทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) อธิบายว่า เซลล์บางชนิดมีการสร้างขึ้นมาใหม่ตลอดเวลา แต่ไม่อาจทำหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพได้ทัดเทียมกับเซลล์ที่ตายไปแล้ว เช่น เซลล์ผิวหนังชั้นบน (Epidermis) เซลล์บุผนังลำไส้ เซลล์ระบบไหลเวียนของเลือด เซลล์เหล่านี้ถูกกระทบกระเทือน ทำให้เกิดการเสียดสีหรือระคายเคืองโดยสิ่งแวดล้อมได้ง่าย เชื่อว่าสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสารในเซลล์ถูกทำลาย ทำให้ความสามารถในการจัดส่งอาหาร และออกซิเจน ไปยังเนื้อเยื่อมีประสิทธิภาพลดลง

2.3.1.2 ทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming Aging Theory) วิลสัน (Wilson) เชื่อว่ายีนส์ (gene) เป็นตัวกำหนดการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของคน

2.3.1.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางกาย (Somatic Mutation Theory) อธิบายว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในเซลล์ของ DNA ในระหว่างการแบ่งเซลล์ จึงทำให้การทำลายของเซลล์ลดประสิทธิภาพลง

2.3.1.4 ทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่าสาเหตุของการสูงอายุเกิดจากการถ่ายทอด DNA ทำให้เซลล์ใหม่แตกต่างไปจากเดิมจึงทำให้การทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป

2.3.1.5 ทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen Cross-Linkage) เชื่อว่าเป็นการเสื่อมของเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ของผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากการยึดเกาะกันแน่นไม่ยอมคลายตัวของสารโปรตีน เช่น พวคคอลลาเจน ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ลดการย่อยและการขับถ่ายของเสียในร่างกายทำให้การทำงานของเซลล์ไม่สมดุล

2.3.1.6 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) อธิบายว่า ความเสื่อมของเซลล์ในร่างกายเกิดจากอนุมูลอิสระ เป็นผลจากการสะสมของสารประกอบทางเคมี ไปทำให้เกิดความผิดปกติของยีน และ ทำให้คอลลาเจนและอีลาสติน ซึ่งมีโปรตีนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยว มีเซลล์ชราเกิดมากขึ้น จนทำให้เสียความยืดหยุ่น เชื่อว่าการเสื่อมนี้จะลดลงด้วยสารที่มีคุณสมบัติคล้ายวิตามินอีและซีทำลายสภาพของเซลล์เนื้อเยื่อตลอดจนอวัยวะ

2.3.1.7 ทฤษฎีความเสื่อมถอย (Wear and Tear Theory) เชื่อว่าเซลล์ทำงานมาเป็นเวลานาน คล้ายกลไกเครื่องยนต์ ย่อมสึกหรอ หย่อนสมรรถภาพ ถ้าได้รับความกระทบกระเทือนจากภาวะใดก็ตาม จะทำให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย

2.3.1.8 ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmune Theory) เชื่อว่าความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีการต่อต้านตนเอง ทำลายเซลล์ของร่างกายทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย

จากการทบทวนทฤษฎีทางชีววิทยาของการสูงอายุนั้นพบว่าในแต่ละทฤษฎีพยายามที่จะค้นหาความรู้ความจริงเพื่ออธิบายว่าการสูงอายุหรือความแก่ เป็นผลจากสิ่งใดการนำทฤษฎีต่างๆ เหล่านี้ไปใช้และถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาค้นคว้าทดลองเกี่ยวกับความแก่เกี่ยวกับความแก่มากมายแต่ก็ยังไม่มียุทธวิธีที่สามารถนำไปใช้อธิบายทั่วไปได้

2.3.2 ทฤษฎีทางสรีระวิทยา (Physiological Theory) เชื่อว่าศูนย์ควบคุมความร้อน ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งอยู่ในสมองทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของต่อมไร้ท่อจะเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยเมื่ออายุมากขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างร่างกายเริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงทีละน้อยและต่อเนื่องช้าหรือเร็วแล้วแต่บริบทของแต่ละบุคคล

2.3.3 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีทางจิตวิทยา เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาการปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญา ความนึกคิด ความจำ การรับรู้ และแรงจูงใจรวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย แนวคิดทางจิตวิทยามีดังต่อไปนี้

2.3.3.1 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ปราดเปรื่อง และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ ต้องมีความสนใจเรื่องราวต่างๆ มีการค้นคว้าพยายามเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา และผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ได้ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี มีฐานะทางเศรษฐกิจดี หรือค่อนข้างดีไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

2.3.3.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าผู้สูงอายุจะสุขหรือจะทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาของจิตใจ ถ้าในวัยเยาว์ผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความมั่นคงอบอุ่นมีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับบุตรหลาน หรือผู้อื่นได้โดยไม่มี ความเดือดร้อน แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมกับใครไม่ได้ จิตใจกับแค้นแค้นและมักรู้สึกรำคาญกับใครไม่ขึ้น ผู้สูงอายุผู้นั้นก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยจะมีความสุข ชีวิตเศร้าและเจ็บเหงา

2.3.4 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากครั้งที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งเป็นทฤษฎีที่พยายามจะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุมักจะเป็นไปพร้อมๆกัน และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัว และมีกิจกรรมในสังคม มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.3.4.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ของบาร์โรว์และสมิธ (Barrow and Smith) ทฤษฎีกิจกรรมนี้ เชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับคนทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ การที่ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุนั้นยังคงมีบทบาทและสถานภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม (Barrow and Smith 1973:53, อ้างถึงใน ชนานุช อภิภัทรธำรง 2540:17) นิวตัน (Newton) เชื่อว่า กิจกรรมเป็นรูปแบบของการกระทำใดๆที่สนใจนอกจากการทำงาน เพื่อการดำรงชีวิต ลักษณะกิจกรรมที่จะจัดสำหรับผู้สูงอายุนั้นควรมีรูปแบบเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งจะมีผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยให้มีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุใช้กำลังมากเกินไป ป้องกันการนั่งและยืนนานๆ และต้องไม่ก่อให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างสภาพร่างกาย การจัดกิจกรรมควรจัดตามความสนใจ จัดงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Newton and Anderson 1966:149-150, อ้างถึงใน ชนานุช อภิภัทรธำรง 2540:17)

2.3.4.2 ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีจากสังคม (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เป็นข้อโต้แย้งของทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) โดยปรากฏครั้งแรกในหนังสือชื่อ Growing Old ของ Elaine Coming และ William E. Henry ในปี ค.ศ. 1961 ซึ่งทั้งคู่พบว่ากระบวนการของความสูงอายุมักจะมีลักษณะเฉพาะ คือผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อยๆหนี หรือแยกตัวออกไปทีละน้อยจากคนอื่นๆในสังคม ซึ่งแต่ละคนก็จะมีมีความสุขความพอใจ และได้รับประโยชน์ร่วมกันเพราะจะได้รับอิสระจากกฎต่างๆของสังคม ทฤษฎีนี้ไม่ได้บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุหรือสังคมเป็นผู้ถอยหนีแต่ผู้สูงอายุจะมีความสุขอย่างมากถ้าได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าสิ่งแวดล้อมดี ลักษณะทางสังคมดี มีการยอมรับ เปิดโอกาสและเคารพในตัวผู้สูงอายุแล้วจะเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในสังคมมากกว่าที่จะแยกตนเองออกจากสังคม แต่การที่ผู้สูงอายุแยกตนเองออกจากสังคมเนื่องจากผู้สูงอายุต้องท้อถอยมากขึ้น เช่น การเกษียณอายุราชการทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานลดลงไป การที่บุตรแต่งงานแล้วแยกครอบครัว การที่คู่สมรส

เสียชีวิต หรือตนเองหมดสภาพการเป็นหัวหน้าครัวเรือน สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุแยก
ออกจากสังคม

จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พบว่าแต่ละทฤษฎีของผู้สูงอายุแตกต่างกัน
โดยทฤษฎีทางชีววิทยามองความสูงอายุโดยพิจารณาจากการทำงานของระบบต่างๆของร่างกาย
ส่วนทฤษฎีทางจิตวิทยามองความสูงอายุโดยพิจารณาจาก การเรียนรู้ อารมณ์ สติปัญญา ความจำ
และทฤษฎีทางสังคมวิทยามองความสูงอายุโดยพิจารณาจากผู้สูงอายุที่มีสภาพชีวิตที่เป็นสุขได้นั้น
จะต้องเป็นผู้สูงอายุที่สามารถคงบทบาท และสถานภาพทางสังคมของตนไว้ได้ ซึ่งทั้ง 3 ทฤษฎี
สามารถนำมาประยุกต์อธิบายสุขภาพของผู้สูงอายุดังนี้คือทฤษฎีทางชีววิทยาอธิบายกระบวนการ
เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงส่งผลให้
สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงไปด้วย และ กายกับจิตซึ่งมีความสัมพันธ์กันเมื่อกายไม่แข็งแรงย่อม
ส่งผลให้สุขภาพจิตไม่ดีตามไปด้วยเมื่อสุขภาพกายและจิตไม่ดีก็กระทบกับเศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่
ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษาตลอดจนฟื้นฟูสภาพ และทฤษฎีทางจิตวิทยาอธิบายว่า
ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีก็จะเป็นผู้ที่มีสภาพการดำเนินชีวิตที่เป็นสุข
ส่งผลให้สุข ภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ ส่วนทฤษฎีทาง
สังคมวิทยาอธิบายว่า ผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคม หรือสามารถดำรงบทบาทด้าน
ต่างๆของตนในอดีตไว้ได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำรง
กิจกรรมทางสังคมหรือคงบทบาทต่างๆของตนในอดีตไว้ได้

ตอนที่ 3

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3.1 การดูแลตนเอง (Self Care)

3.1.1 แนวคิดในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง (Self-care) เป็นการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนในทุกสังคม เป็นไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่พัฒนาดังแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบันแต่จากการค้นคว้าไม่ปรากฏว่าเริ่มต้นเมื่อใด ขนิษฐา นาคะ (2542:24) ได้กล่าวว่าการดูแลตนเองทางการแพทย์ในประเทศไทยนั้น ได้รับอิทธิพลทางความคิดจากโอเร็ม ซึ่งเป็นนักทฤษฎีทางการแพทย์ชาวสหรัฐอเมริกาที่ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองผ่านนักศึกษาระดับปริญญาโทและเอกทางการแพทย์ โดยเฉพาะศาสตราจารย์สมจิต หนูเจริญกุลหลังจากจบการศึกษาระดับปริญญาเอก ได้กลับมาเขียนหนังสือ การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์ ในปี พ.ศ.2535 และปรับปรุงครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ.2536 อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและแนะนำแนวทางนำทฤษฎีพยาบาลไปใช้ในทางปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลทั่วไปใช้เป็นกรอบในการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาจนถึงปัจจุบันและ โอเร็ม (Orem 1991:117;162-163) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี รวมถึงการหลีกเลี่ยงจากโรคร้าย หรืออันตรายต่างๆที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจและมีเป้าหมายซึ่งแต่ละบุคคลจะมีศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ส่วนคนอื่นๆได้ให้คำจำกัดความของการดูแลตนเองแตกต่างกันดังต่อไปนี้

รวมพร คงกำเนิด (2536:13) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพการป้องกันโรค และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

ฉัตรทอง อินทร์นอก (2539:15) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลสมัครใจทำ ตามระดับความสามารถที่มีอยู่และการกระทำนั้นเกิดจากความตั้งใจของตนเอง โดยการแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจงหรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมดียิ่งขึ้น และสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขหรือเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งให้การดูแลบุคคลอื่นได้ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานประสบการณ์ การปฏิบัติสัมพันธ์ของบุคคลการติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม

หวานใจ ชาวพัฒนาธรรม (2543:20) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการของการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลในขั้นพื้นฐานและการฟื้นฟูสภาพเพื่อการมีสุขภาพดีตามศักยภาพของตน

เดือนใจ ทองคำ (2549:30) กล่าวว่า การดูแลตนเองคือ การปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้สูงอายุ กระทำด้วยตนเองเพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน และการปฏิบัติกิจกรรมนั้นต้องกระทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หรือปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน และยอมรับการปฏิบัติจนเป็นนิสัย

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดของบุคคลเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพร่างกาย จิตใจ ภายใต้อิทธิพลของสังคมและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น และปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันจนติดเป็นนิสัย ทั้งในภาวะที่ร่างกายเป็นปกติและภาวะที่เผชิญความเจ็บป่วยเพื่อเป็นการขยายแนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้กว้างขึ้น ผู้วิจัยขอเสนอ มโนทัศน์การดูแลตนเองโดยทั่วไปดังนี้

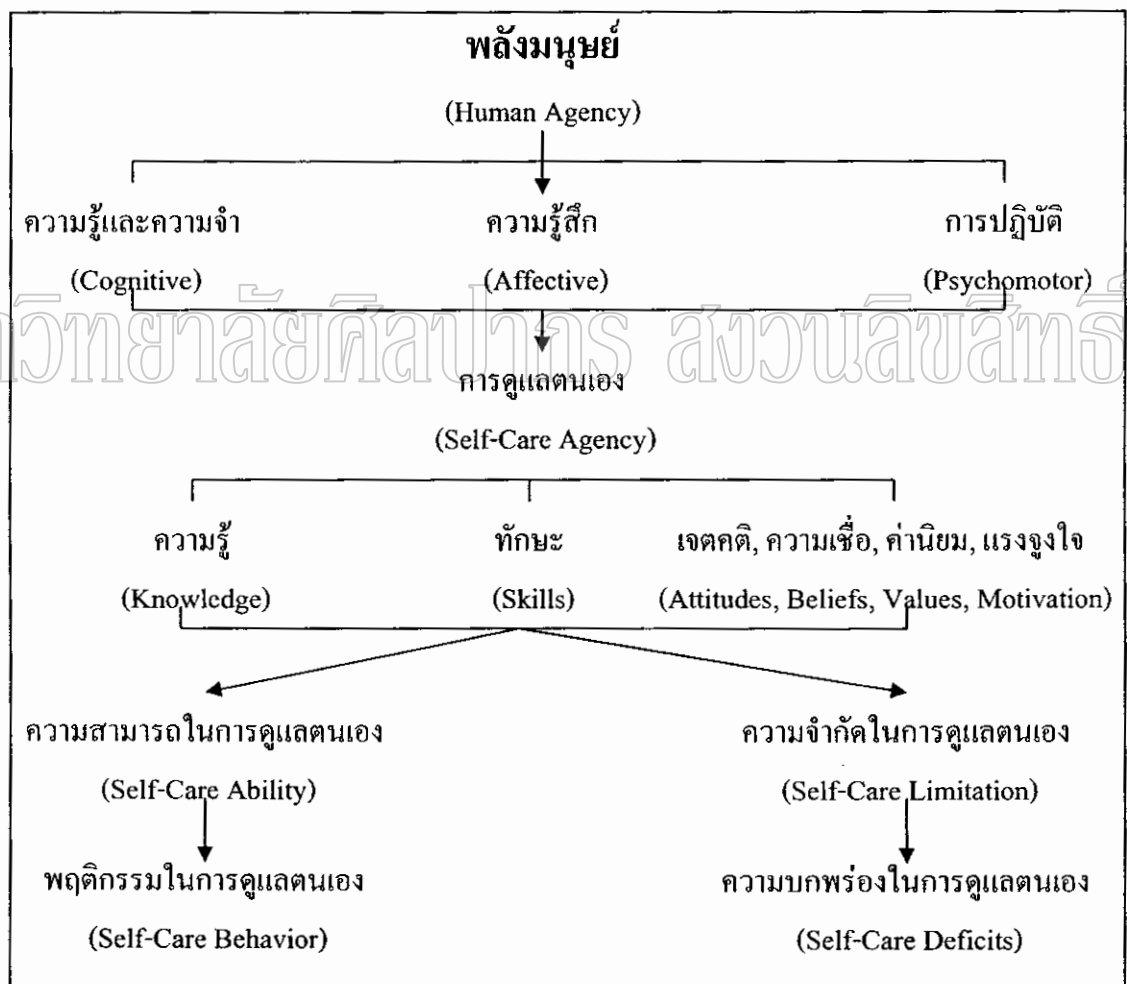
มโนทัศน์ของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เกิดขึ้นจากการยอมรับความจริงที่ว่า บุคคลทุกคนควรมีความรับผิดชอบในการดูแลรักษาภาวะสุขภาพของตนเองทั้งในภาวะปกติและในภาวะที่บุคคลมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการของบุคคล ความพึงพอใจของบุคคล และการพิจารณาของผู้รักษาพยาบาลเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความสามารถในการดูแลของแต่ละบุคคล การดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบของบุคคลที่มีต่อตนเองเพราะการดูแลตนเองหมายถึงความรวมตั้งแต่ การเลือกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป การเลือกอาหารที่รับประทาน การเลือกที่จะไปรับการรักษาเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย เป็นต้น เห็นได้ว่าการดูแลตนเองเกิดขึ้นทั้งในภาวะร่างกายปกติ ภาวะเจ็บป่วย จนกระทั่งเจ็บป่วยรุนแรง อีกด้วย

การพัฒนาการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ที่เริ่มพัฒนาขึ้นในวัยเด็ก เมื่อบุคคลอยู่ในวัยเด็กจะเริ่มมีพฤติกรรมการเรียนรู้จากภายในครอบครัวก่อน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ของชุมชนหรือสังคมที่ครอบครัวนั้นอาศัยอยู่ และพฤติกรรมนี้จะเจริญเติบโตไปพร้อมกับบุคคลกระทั่งบุคคลได้รับการเรียนรู้จากสังคมภายนอก เช่น ครู โรงเรียน เพื่อนๆ ฯลฯ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปจากเดิม (Lynda Sacco 1980:135, อ้างถึงใน บุญทิพย์ ศิริรังสี 2527:30-31) ได้กล่าวว่า การพัฒนาการดูแลตนเองจะพัฒนาขึ้นจนกระทั่งสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่โดย

อาศัยการผสมผสานกันของปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และเจตคติ ความเชื่อ ค่านิยมและแรงจูงใจ โดยปัจจัยดังกล่าวพัฒนามาจากพลังมนุษย์ (Human Agency) ซึ่งถือเป็นพลัง หรือความรู้ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ ความจำ ความรู้สึกนึกคิด และการพัฒนาสู่การปฏิบัติ เป็นการกระทำที่เกิดจากความสมัครใจในขณะที่บุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ และการกระทำนั้นเป็นความต้องการทั่วไปของบุคคล เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ผสมผสานประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การศึกษา และวัฒนธรรมประเพณีของสังคมนั้น และเมื่อการดูแลไม่สามารถคงอยู่ได้จะก่อให้เกิดสุขภาพเสื่อมโทรม เจ็บป่วยในที่สุด ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงลักษณะของ Human Agency และ Self-Care Deficits

ที่มา : บุญทิพย์ สิริธรรังสี. “ประยุกต์การดูแลตนเองของโอเร็มในผู้ป่วยเบาหวาน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547 : 43.

จุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติรวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพ
2. ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

ระยะของการตัดสินใจในการดูแลตนเอง

ในแนวคิดของโอเรม (Orem 1995, อ้างถึงใน หวานใจ ชาวพัฒนวรรณ 2543:33) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมายซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณา และตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะเป็นดังนี้

1. การกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อการดูแลตนเองเพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเองนั้น
2. การปฏิบัติเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง บุคคลผู้นั้นจะต้องมีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษในกิจกรรมที่จะกระทำ มีแรงจูงใจในการกระทำ
3. บุคคลต้องใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ ได้กระทำกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการสั่นน้อยที่สุด และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนบรรลุผลสำเร็จ

ลักษณะการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม (Orem 1985:48-52, อ้างถึงใน หวานใจ ชาวพัฒนวรรณ 2543:35) กล่าวว่าหลังจากโอเรมแบ่งความต้องการในการดูแลตนเองออกเป็น 3 มิติ และเรียกการดูแลตนเองทั้ง 3 มิตินี้ว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development Self-care Requisites)
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health-deviation Self-care Requisites)

Requisites)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care) เป็นการดูแลตนเองที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานที่พบได้ ทุกช่วงชีวิตของบุคคล จะต้องปรับให้เหมาะสมไปตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ เพื่อส่งเสริมการดำรงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของโครงสร้างหน้าที่ และการทำงานของร่างกาย ได้แก่

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นปกติ
- 1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน
- 1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีส่วนร่วมในสังคม
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และความเป็นอยู่ที่ดี
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้สูงสุดภายใต้ระบบสังคมและ

ความสามารถตน

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development self-care) เป็นความต้องการ การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาในช่วงเวลาต่างๆ ของชีวิตมนุษย์ ให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ

2.1 การพัฒนา และคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการคือตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่จนถึงวัยชรา

2.2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ เพื่อบรรเทาหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือความพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต และความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย และภาวะใกล้ตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care)

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สถานอนามัย

3.2 การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สบายจากการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเอง และบุคคลอื่น

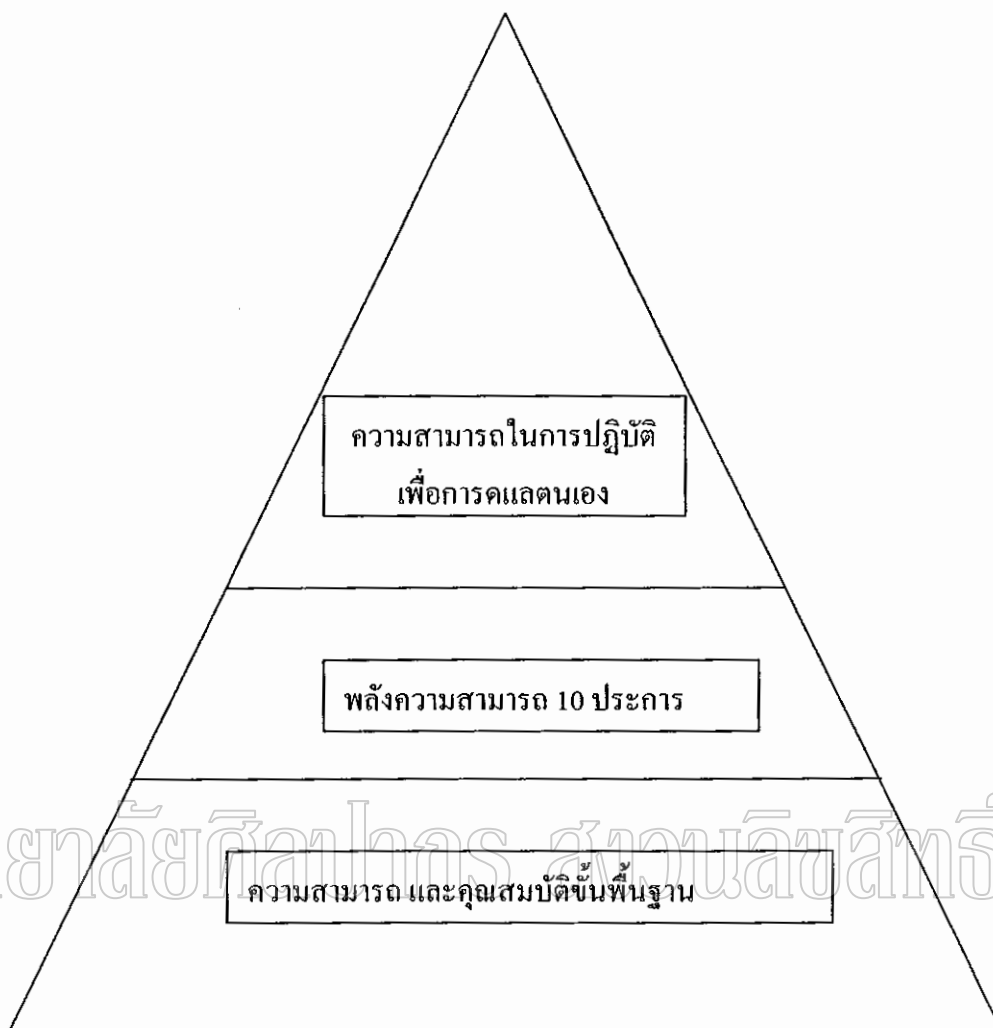
3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลพวยวิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลการรักษา จัดรูปแบบการดำรงชีวิตใหม่ เพื่อให้สามารถพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง โอเรม (Orem 1985, อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536:33) ได้แบ่งโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองเป็น 3 ระดับคือ

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

ความสามารถในแต่ละระดับ จะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป โดยที่ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการและพลังความสามารถ 10 ประการเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองดังรูปที่ 3 และมีรายละเอียดในแต่ละระดับดังนี้



รูปที่ 3 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

ที่มา: สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเองและศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ วี เจ พรินติ้ง, 2536 : 33.

1. ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

1.1 ความสามารถที่จะรู้เกี่ยวกับความสามารถที่จะกระทำ (ทางสรีระวิทยาและจิตวิทยา) แบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และความจำ เป็นต้น

1.2 คุณสมบัติและปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย

1.2.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

1.2.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับรับรู้ความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การรับรส และการได้กลิ่น

- การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง
- การเห็นคุณค่าในตนเอง
- นิสัยประจำตัว
- ความตั้งใจ
- ความเข้าใจในตนเอง
- ความหวังไขในตนเอง
- การยอมรับตนเอง
- ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำ

กิจกรรมต่างๆ

- ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components: capabilities for self - care) เป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างการเรียนรู้ และการกระทำอย่างตั้งใจเพื่อดูแลตนเอง ได้แก่

2.1 ความสนใจ และเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลในการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อและการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self – care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันทีซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

3.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความ ต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

3.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น
ความสามารถทั้ง 3 ประการนี้สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จริงจัง และมีเป้าหมาย

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ มีความสัมพันธ์ต่อกันคือ ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นรากฐานให้บุคคลมีพลังความสามารถ 10 ประการ กาสท์ (Gast et al 1989, อ้างถึงใน เตื่อนใจ ทองคำ 2549:35) กล่าวว่าพลังความสามารถ 10 ประการ เป็นพื้นฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองดังนั้นจึงไม่สามารถแยกอธิบายความสามารถในการดูแลตนเองเพียงระดับใดระดับหนึ่งได้อย่างชัดเจน

โดยทั่วไปแล้วความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะเปลี่ยนไปตามระยะพัฒนาการของชีวิตแต่หากได้รับการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงระยะพัฒนาการจะส่งเสริมให้ความสามารถในการดูแลตนเองคงอยู่ต่อไปจนถึงวัยสูงอายุจากโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองที่ต้องประกอบด้วยความสามารถที่จะกระทำอย่างจริงจัง มีคุณสมบัติในการเชื่อมโยงการรับรู้ และการกระทำเพื่อการดูแลตนเองแล้ว ยังต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง

ทั้งนี้การที่บุคคลจะเกิดการปฏิบัติการดูแลตนเองได้บุคคลจะต้องมีการคิด การตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โอเร็ม (Orem 1991) ดังนั้นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีการรับรู้ดี มีสติปัญญาที่สามารถคิด โดยใช้เหตุผล และตัดสินใจได้

สรุป ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะลดน้อยลงตามความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาที่เสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้ความสามารถทางกายเพื่อดูแลตนเองลดลงรวมทั้งทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา เพื่อประมวลความคิดอย่างมีเหตุผลในการตัดสินใจปฏิบัติการดูแลตนเองลดลงตามไปด้วย ทำให้ในภาพรวมแล้วผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง

พฤติกรรมดูแลตนเองทั่วไปของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็มที่ผ่านมาพบว่าการดูแลตนเองในบุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นระยะสอดคล้องกับพัฒนาการของแต่ละบุคคล ระยะพัฒนาการมีตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ นอกจากนั้นยังเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพของบุคคลอีกด้วย ดังที่ได้กล่าวมาพบว่าการเปลี่ยนแปลงต่างๆของผู้สูงอายุที่นำไปสู่ความเสื่อมโทรมของสุขภาพทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจทำให้แนวความคิดการดูแลตนเองของผู้สูงอายุซึ่งการปรับเปลี่ยนรูปแบบของความสามารถในการดูแลตนเองจึงเป็นเรื่องที่สำคัญต่อสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ดำเนินชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีความสุขตามอัตภาพ โดยที่การดูแลตนเองในด้านต่างๆตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล 2537:20) กล่าวว่า บุคคลจำเป็นต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามความสามารถจำเป็นที่เกิดขึ้น 3 ประการ คือ

1. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยทั่วไปประกอบด้วย

1.1 การดูแลตนเองในเรื่องการได้รับอาหารอย่างเพียงพอและครบถ้วน จากการเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยอาหารที่เริ่มจากฟันผุ หลุดร่วง ระบบประสาทสัมผัสที่จะรับรู้ในรูป รส กลิ่น เสียงและต่อมรับรสทำงานลดลง น้ำย่อยต่างๆก็มีปริมาณลดลง ทำให้ ผู้สูงอายุมีความอยากอาหารลดลง ความต้องการบริโภคอาหารลดลง แต่การที่ไม่มีฟันหรือใช้ฟันปลอมทำให้ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่ายและจัดเตรียมเพื่อการรับประทานได้ง่ายจึงมักเป็นอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรลดปริมาณอาหารจำพวกแป้ง ข้าว น้ำตาลทราย น้ำอัดลม น้ำหวานที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง และอาหารพวกไขมันทั้งจากพืชและสัตว์ได้แก่ กะทิ เนย ไขมันที่ใช้ปรุงอาหาร เป็นต้น

1.2 การได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากน้ำเป็นส่วนประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของร่างกาย โดยทำหน้าที่ควบคุมปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และช่วยขับถ่ายของเสียออกทาง

ปีสภาวะนอกจากนี้ยังช่วยป้องกันอาการท้องผูกได้ดีอีกด้วย การดื่มน้ำสะอาดในปริมาณที่เพียงพอ เพราะน้ำเป็นสิ่งจำเป็นมากและผู้สูงอายุ ควรได้รับวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1500-2500 ซีซี (หรือแบ่งการดื่มน้ำทั้งวันออกเป็น 5 ครั้งหลังมื้ออาหารทุกมื้อ ควรดื่มน้ำ 1-2 แก้ว และแบ่งดื่มระหว่างมื้ออาหารเช้า-มือกกลางวันและระหว่างมือกกลางวัน-มื้อเย็นอีก 1-2 แก้ว) จะช่วยให้ไตทำงานดีขึ้น และลดภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ น้ำที่ได้รับอาจเป็นน้ำผลไม้หรือน้ำนมก็ได้แต่ควรงดเว้นการดื่มชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังที่มีคาเฟอีน เป็นส่วนประกอบ เพราะนอกจากคาเฟอีนจะทำให้ผู้สูงอายุหลับยากแล้ว คาเฟอีนยังทำให้โคเลสเตอรอลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นอีกด้วย ส่วนชาที่มีสารแทนนิน (tannin) ซึ่งเป็นสารต้านไทอะมิน อาจทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดไทอะมินได้ นอกจากนี้ควรงดดื่มแอลกอฮอล์ด้วย

1.3 อากาศ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจุของปอดและการระบายอากาศลดลง จึงมีโอกาสเกิดโรคในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมที่ดี อยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ควรอยู่ในสถานที่แออัดมากเกินไป บริเวณบ้านควรมีต้นไม้ช่วยให้อากาศบริสุทธิ์ ได้ผ่อนคลายอารมณ์ และได้รับอากาศที่ดี ควรดูแลสุขภาพหรือหลีกเลี่ยงการอยู่ในห้องที่มีคนสูบบุหรี่ ซึ่งบุหรี่จะทำให้ปอดได้รับอากาศที่มีออกซิเจนน้อย ผู้สูงอายุควรมีการบริหารการหายใจ โดยหายใจเข้าลึกๆอย่างน้อยวันละ 2 เวลา เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อทรวงอกให้ขยายและแข็งแรงขึ้น ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้เต็มที่

1.4 การพักผ่อน เนื่องจากช่วงเวลานอนหลับพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นมาก เนื่องจากเชื่อกันว่าเมื่อผู้สูงอายุนอนหลับจะเป็นเวลาที่ร่างกายซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับมักพบอาการเครียด วิตกกังวล มีความเสื่อมโทรมทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะเห็นได้ว่าการพักผ่อนนอนหลับในผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมากแต่ในผู้สูงอายุที่ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ หรือไม่ได้ออกกำลังกาย อาจมีการพักผ่อนมากเกินไปจนเกินความจำเป็นได้ ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง อวัยวะที่ใช้ในการออกกำลังกายจำเป็นต้องได้รับการชดเชยสิ่งที่เสียไปในระหว่างการออกกำลังกายซ่อมแซมสิ่งที่สึกหรอ

1.5 การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ศ.นพ.ชูศักดิ์ เวชแพศย์ ได้กล่าวถึงการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในหนังสือ สรีรวิทยาของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุว่าเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งทางด้านโครงสร้างและทางด้านหน้าที่ในด้านเสื่อมลง

1.5.1 การฝึกการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

ก. การออกกำลังกายแบบเพิ่มความอดทนของร่างกาย การออกกำลังกายแบบนี้นับว่าเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือการออกกำลังกายที่ให้กล้ามเนื้อ

ส่วนใหญ่ของร่างกายทำงานด้วยความหนักปานกลาง (ประมาณ 50-70%ของการออกกำลังกายที่หนักที่สุด) ติดต่อกันอย่างน้อยนานประมาณ 30 นาที ผลของการออกกำลังกายเช่นนี้จะส่งผลต่อเนื่อง ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดและการหายใจมีการทำงานเพิ่มขึ้น

ข. การออกกำลังกายแบบเพิ่มพลังของกล้ามเนื้อ เป็นการฝึกออกกำลังกายที่ให้กล้ามเนื้อ ออกแรงมากเต็มที่หรือเกือบเต็มที่ เช่น การฝึกยกน้ำหนัก เชื้อปัจจัยในการทำให้พลังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบประสาทที่ส่งการลงมาที่กล้ามเนื้อ เช่น การเพิ่มการประสานของกล้ามเนื้อกลุ่มเดียวกันและกลุ่มตรงข้าม รวมทั้งการเรียนรู้ของระบบประสาท ทำให้กล้ามเนื้อสามารถทำงานได้โดยใช้พลังงานน้อย อีกส่วนหนึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อโตขึ้นจึงทำให้มีพลังมากขึ้น นอกจากผลการฝึกจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อแล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกด้วย เพราะการออกกำลังกายเป็นประจำทำให้กระดูกหนาขึ้น มีการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับการยกน้ำหนัก จะทำให้มวลของกระดูกเพิ่มได้มากที่สุด การออกกำลังกายทำให้การทรงตัวของผู้สูงอายุดีขึ้น เชื่อว่าเป็นผลเนื่องจากกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น การร่วมมือประสานงานของระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อทำงานดีขึ้น การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบประสาทในการรับรู้เกี่ยวกับการทรงตัวและที่บริเวณข้อต่อ รวมทั้งการเพิ่มความสามารถทางด้านการเห็น

1.5.2 การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีการออกกำลัง

กายเป็นประจำสม่ำเสมอ จำทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเกิดขึ้นเนื่องจากการออกกำลังกายแตกต่างกันไปหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าเป็นผลจากการฝึกด้วยการออกกำลังกาย บรรลุ ศิริพานิช (2541:12-17) ได้กล่าวถึงการออกกำลังกายว่า การออกกำลังกาย คือ การที่ร่างกายมีการยืด-หดของกล้ามเนื้อของร่างกายซึ่งบางทีก็ไม่มีเคลื่อนไหวของข้อ บางทีก็มี บางทีก็ไม่มีการลงน้ำหนักต่อโครงสร้างของร่างกาย ในชีวิตประจำวันคนเรามีการออกกำลังกายเสมอเพื่อ

- การออกกำลังกายจากการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ กินอาหาร กวาดบ้าน ฯลฯ
- การออกกำลังกายเพื่อประกอบการทำงานตามอาชีพ คนที่ประกอบการทำงานใช้กำลังกายมาก ได้แก่ กรรมกรก่อสร้าง - ช่างคั้น-เลื่อยไม้-ยกของ ฯลฯ
- การออกกำลังกายเพื่อการเล่นกีฬา กีฬา คือ การออกกำลังกายชนิดหนึ่ง ซึ่งมีกฎเกณฑ์ในการเล่น แล้วแต่แต่ละชนิดของกีฬา แตกต่างกันไปมากมาย
- การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายชนิดนี้แตกต่างจากการออกกำลังกายชนิดอื่นๆที่เป็นการที่มีความหนักพอสมควร ไม่มากเกินไป (เหนื่อยมาก) ไม่น้อยเกินไป (ไม่รู้สึกร้อนเลย) ในเวลาที่นานพอในแต่ละครั้งที่จะทำให้ร่างกายเกิดประโยชน์ และ

มีความถี่ (ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย)ที่เหมาะสมที่ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง จะเห็นได้ว่าในการทำกิจวัตรประจำวัน ความหนักของการออกกำลังกายไม่มากพอที่จะทำให้เกิดประโยชน์แก่สุขภาพของร่างกาย การออกกำลังกายด้วยการทำงานตามอาชีพ บางอาชีพก็หนักเกินไป บางอาชีพก็เบาเกินไป ส่วนใหญ่มีความเคร่งเครียดเพื่อให้งานเสร็จตามเป้าหมาย จึงไม่มีความอภิมรย์ การออกกำลังกายเพื่อเล่นกีฬา มักจะเกิดการแข่งขัน หรือเคร่งเครียดที่จะเอาชนะฝ่ายตรงข้ามหรือเพื่อความเป็นเลิศ ดังนั้นการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายทำงานตามอาชีพ จึงไม่ใช่การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

โดยสรุป หลักการออกกำลังกาย คือ การฝึกให้ร่างกายเกิดความอดทนแข็งแรง ยืดหยุ่น ทรงตัว ว่องไว ดีขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรออกกำลังกายโดยการปรับใช้หลักการออกกำลังกายนี้ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลต่อไป

1.6 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระปัญหาสำคัญของการขับถ่ายอุจจาระของผู้สูงอายุ คือ อาการท้องผูก อุจจาระแข็ง ถ่ายไม่ออก จำเป็นต้องใช้ยาสวนหรือยาถ่ายอุจจาระ ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลมาก ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ เช่น รับประทานอาหารที่มีกาก/เส้นใยน้อยเกินไป ขาดการเคลื่อนไหว ขาดการออกกำลังกาย ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ขาดการฝึกฝนการขับถ่ายให้เป็นเวลาหรือการดื่มน้ำน้อยเป็นต้น ปัญหาท้องผูกในผู้สูงอายุพบได้ง่าย และเกือบถือเป็นเรื่องธรรมดาและผู้สูงอายุมักจะต้องใช้ยาระบายเป็นประจำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 - 80 ปีขึ้นไป ถ้าท้องผูกนานกว่า 3 วันขึ้นไป ผู้สูงอายุจะมีอาการอึดอัด ไม่สบาย แน่นท้อง ได้

1.7 การป้องกันอันตราย และอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ การป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งจำเป็นในผู้สูงอายุเนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุการรักษามีค่าใช้จ่ายสูง, ใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาสูงใช้เวลานานกว่าจะรักษาหายเนื่องจากการเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาทตาพร่ามัว หูตึงและการทรงตัวไม่ดีจากการเสื่อมของกระดูก นอกจากนี้การทำงานประสานกันของระบบประสาทสั่งการและอวัยวะไม่สัมพันธ์กันเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่ายป้องกันอุบัติเหตุจึงเป็นสิ่งจำเป็นและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องมีการป้องกันที่ดี เช่นอุบัติเหตุหกล้มต่าง ๆ นั้นควรแก้ไขที่สาเหตุ โดยเพิ่มความระมัดระวังในการเดิน จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย พื้นต่างๆ ไม่ขัดมันจนลื่น หรือชื้นแฉะ มีไฟฟ้าสว่างพอในการมองเห็นในที่ต่างๆ เป็นต้น

1.8 การส่งเสริมการทำหน้าที่ และการพัฒนาให้ถึงขีดสูงสุด การใส่ใจในสุขภาพของตนเองร่างกาย และจิตใจเป็นสิทธิอันชอบธรรมของแต่ละบุคคล โอเรม (Orem 1980:65, อ้างถึงใน ศิริมา ลีละวงศ์ 2541:33-34) ได้กล่าวว่า ความสนใจหรือใส่ใจเป็นพลังเฉพาะหรือ

ศักยภาพหนึ่งในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ในวัยสูงอายุสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ความใส่ใจในเรื่องสุขภาพของตนเองจึงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในวัยสูงอายุ เอมเบอร์โซล และเฮส (Eberl and Hess 1990:72, อ้างถึงใน สิริมา ลีละวงศ์ 2541:34)กล่าวว่า ผู้สูงอายุบางคนไม่ใส่ใจ และรับผิดชอบเรื่องสุขภาพ บางคนต้องการที่จะเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้อื่นมาใส่ใจ และดูแลตนเองมาก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

1.9 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน นอกจากการออกกำลังกายแล้ว กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนก็เป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรรับการพักผ่อนที่เพียงพอ และการนอนหลับเป็นการพักผ่อนร่างกายที่ดีที่สุด ในผู้สูงอายุ ความต้องการการนอนหลับประมาณคืนละ 6-7 ชั่วโมง หรืออาจมีการนอนพักในช่วงกลางวันเพื่อช่วยให้ร่างกายได้พักผ่อน และเป็นการชดเชยที่นอนไม่หลับในเวลากลางคืนด้วยการนอนพักผ่อนกลางวันแต่ละครั้งอาจใช้เวลาาน 15-60 นาทีการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ดีได้แก่ การออกกำลังกายอย่างเบาๆในช่วงเวลากลางวัน และหยุดออกกำลังกายก่อนถึงเวลานอนประมาณ 2-3 ชั่วโมงและดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆการกระทำเช่นนี้จะช่วยให้เกิดการง่วงนอนเร็วขึ้น และหลับนานขึ้น หรืออาจใช้การสวมคัมปังสมาธิช่วยในการนอนหลับการงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ น้ำอัดลม หลังเวลา 13.00 น.เนื่องจากสารคาเฟอีนจะกระตุ้นสมองทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับได้ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะมีผลช่วยกดช่วงการนอนหลับแบบ REM (พัสมนธ์ คุ้มทวีพร 2538:180) นอกจากนี้กิจกรรมนันทนาการก็ถือเป็นกิจกรรมที่ทำขึ้นในขณะที่ว่างจากภาระงานต่างๆซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มักให้ความเพลิดเพลิน เช่น การปลูกต้นไม้ การอ่านหนังสือ การเย็บปักถักร้อย การสานไม้ไผ่ การดูภาพยนตร์ และฟังเพลง ฯลฯ จึงนับได้ว่ากิจกรรมนันทนาการเป็นกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนร่างกาย และจิตใจที่ดีกิจกรรมหนึ่ง

1.10 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่ลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสังคม การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่มีผลต่อความต้องการด้านสังคมของผู้สูงอายุโดยปกติมนุษย์เมื่ออยู่ร่วมกันเป็นสังคมก็ย่อมมีการพบปะแลกเปลี่ยนทัศนคติและกิจกรรมซึ่งกันและกันบางขณะก็ต้องการความเป็นส่วนตัวและอยู่อย่างสัน โดยเช่นเดียวกับที่ อีลิปูลอส (Elipoulos 1987, อ้างถึงใน รจนาด ร่วงลือ 2536:16)ได้กล่าวว่า บุคคลย่อมมีความพอใจที่จะอยู่ตามลำพังในบางครั้ง และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในบางโอกาสการใช้เวลาอยู่ตามลำพังคนเดียวเรื่อยๆจะทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาทบทวนสิ่งต่างๆที่อยู่รอบๆตัวและอยู่รอบๆสังคมที่ตนเองอยู่ ทำให้มองเห็นและเข้าใจตนเองและสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆก็ย่อมมีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าต่างๆเข้ามากระทบกับการดำเนินชีวิต เช่น การ

เสียชีวิตของคู่สมรส เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ร่วมงาน หรือบุคคลในครอบครัว การวางมือจากการประกอบอาชีพ การปลดเกษียณจากงานเดิม เหตุการณ์เหล่านี้จะต้องใช้เวลาช่วงหนึ่งในการเผชิญและขจัดความตึงเครียดออกไปการอยู่ลำพังเป็นช่วงเวลาหนึ่งที่ต้องการอยู่เงียบๆ เพื่อทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ หรือเพื่อต้องการพักผ่อนร่างกายหรือจิตใจในขณะที่ความเหงาเป็นภาวะที่ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับใครในช่วงเวลานั้น มีความรู้สึกท้อแท้ ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากมีกิจกรรมกับสังคมดังนั้นในวันหนึ่งๆ ผู้สูงอายุจึงควรมีเวลาที่จะอยู่ลำพัง และมีความเป็นส่วนตัว

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และสังคมที่อยู่รอบๆ ตัว ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีความต้องการทางสังคมในด้านต่างๆ เช่น ต้องการเพื่อน ต้องการมีกลุ่มร่วมวัย ต้องการผู้สนใจ เห็นใจ ผู้ยอมรับนับถือ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งวัยเดียวกันและต่างวัยนอกเหนือไปจากสมาชิกในครอบครัว และญาติพี่น้อง การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลต่างวัยนั้น ได้มีการค้นคว้าทางจิตวิทยาผู้สูงอายุพบว่าถ้าปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับคนรุ่นหนุ่มสาว และเด็กเป็นไปในทางที่ดี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเห็นความมีชีวิตชีวา ความมีพลังกำลัง และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกชื่นชมชีวิตฝ่ายหนุ่มสาวก็ได้ประโยชน์จากผู้สูงอายุในแง่ของการได้รับคำแนะนำในการแก้ปัญหาชีวิตที่ผู้สูงอายุเคยผ่านมาในอดีต ซึ่งถือเป็นบทเรียนที่มีคุณค่า

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

จากความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเองดังกล่าวมาข้างต้น เมื่อนำมาพิจารณาในผู้สูงอายุ จะเห็นว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้มีวิถีชีวิตเปลี่ยนไป และจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพการที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ หากผู้สูงอายุสามารถรับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตามกระบวนการสูงอายุมุ่งถึงการรับรู้ถึงความสำเร็จ และความล้มเหลวในชีวิตที่ผ่านมาได้ตรงกับความเป็นจริง ย่อมเป็นผู้มีความเข้าใจในตัวเอง สามารถปรับตัวและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ดี และมองเห็นว่าชีวิตยังมีค่า

เดอนใจ ทองคำ (2549:57) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพจิตใจที่ดี ย่อมมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้สูงอายุเอง เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่เกิดประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตภาวะสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีเป้าหมาย เกิดการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลของการกระทำที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนบทเรียนที่ได้รับ การอบรม การสอน สุขศึกษา

จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผสมผสานเข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิต (Life Style) ของผู้สูงอายุจนการกระทำนั้น ปฏิบัติต่อเนื่องกลายเป็นกิจวัตรประจำวันสามารถที่จะมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยไม่ต้องคำนึงถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการกระทำ สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และสังคมได้ในที่สุด โดยปัจจัยที่กำหนดการกระทำทั้งหมดขึ้นอยู่กับ ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factor) 11 ประการ ดังนี้

1. อายุ
2. เพศ
3. ระยะพัฒนาการ
4. ภาวะสุขภาพ
5. สังคมวัฒนธรรม
6. ปัจจัยทางระบบการดูแลสุขภาพ
7. ระบบครอบครัว
8. แบบแผนการดำเนินชีวิต
9. ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม
10. แหล่งประโยชน์
11. ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้อธิบายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง โดยทำการคัดเลือกตัวแปรจากปัจจัยพื้นฐานของ โอเร็ม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะ การพักอาศัย และการมีโรคประจำตัว ให้ครอบคลุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 4 ด้านและได้ ตั้งสมมติฐานการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ ภาวะ การพักอาศัย และการมีโรคประจำตัวต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ตอนที่ 4

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

4.1 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพและความผาสุกของบุคคล โดยทางตรงและทางอ้อม ได้มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ซึ่งมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ในที่นี้จะกล่าวเพียงบางส่วนเท่านั้น ดังนี้

คาร์เพลน และคณะ (Kaplan, et al. 1977:50-51, อ้างถึงใน ชลธิชา วัจวิเวก 2537:24) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการติดต่อของบุคคลต่างๆ ในสังคมที่ทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้รับความพึงพอใจและได้รับการตอบสนองความต้องการ

ลิน และคณะ (Lin. Et al. 1979:108, อ้างถึงใน ชลธิชา วัจวิเวก 2537:25) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการติดต่อของบุคคลเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือชุมชนขนาดใหญ่ก็ได้ และการติดต่อกันนี้ ทำให้บุคคลแสดงออกในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

(House 1985, อ้างใน สรวงกัญญา ดวงคำสวัสดิ์ 2539:29-35) ได้ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้าน ข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ที่ทำให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกในทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน ครู โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม

สำหรับชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม ทิลเคนท์ อีเลียส และบราวน์ (Tilden, Israel and Brown 1980, อ้างถึงใน จริยาวัตร คมพักษณ์ 2531:96-106) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมมี 4 อย่าง คือ

1. แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion support) หมายถึงการสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและการตั้งใจฟัง

2. แรงสนับสนุนทางการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรอง ซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล ในเรื่องเงิน แรง งาน เวลาและการปรับสภาพแวดล้อม

ส่วนเฮาส์ (House 1982, อ้างถึงในชลธิชา วัจวิเวก 2537:44) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางด้านสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบไปด้วยการสนับสนุน 4 ประเภท คือ

1. สนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) มีการดูแลเอาใจใส่ มีความรัก ยอมรับและเห็นคุณค่า

2. การสนับสนุนด้านการประเมินพฤติกรรม (Appraisal support) ทำให้เกิดความ

มั่นใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ทำให้สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental support) (House cited in tilden 1985 : 201, อ้างถึงในชลธิชา วัจวิเวก 2537:24)

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

โกทท์ลิป (Gottlieb, 1985:5) อ้างถึงในจันทกานต์ อังคนวัตนานนท์ (2540:30) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ใกล้ชิด ระหว่างแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมกับผู้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาความร่วมมือ หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆด้วยความสมัครใจ และการดำเนินชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองโครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม โดยพิจารณาเฉพาะเจาะจงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่ม

เพื่อน ชนิดของการสนับสนุนในกลุ่มนี้ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุ ความเป็นมิตรภาพ การสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

3. ระดับเล็กหรือระดับแคบ (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวหรือคนรัก ซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ชนิดของการสนับสนุนในกลุ่มนี้ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ การแสดงความรักใคร่ ห่วงใย เป็นต้น

ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

โคเฮน และ วิลล์ (Cohen and Wills, อ้างถึงในชลธิชา วังวิเวก 2537:36) ได้เสนอสมมติฐานเกี่ยวกับบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อภาวะสุขภาพ และความเครียดไว้ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The main Effect Model) การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี นอกจากนี้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและฮอร์โมนในร่างกาย ด้วยเหตุนี้ บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีภาวะสุขภาพและความผาสุกดีกว่าผู้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า

2. แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อการดูดซับ หรือลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Buffering Effect Model) เพราะความเครียดเกิดจากความรู้สึกว่า คนไร้คุณค่า ไม่มีทางแก้ปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ แรงสนับสนุนที่เพียงพอจะช่วยลดความเครียดได้โดย

2.1 ช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง หรือลดความรุนแรงลง เพราะการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น จะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือจึงประเมินความเครียดลดลง

2.2 ช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยา ที่เกิดจากความเครียดหรือผลของความเครียดที่มีต่อร่างกายโดยตรง ทำให้บุคคลมีการแก้ไขปัญหา ลดการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาที่มีผลต่อการทำงานของฮอร์โมน

ไลเบอร์แมน (Leiberman 1972, อ้างถึงใน ดวงเดือน มูลประดับ 2541:48) ได้กล่าวถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการลด

อุบัติเหตุการเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต ทำให้สามารถปรับและเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคล ต่อภาวะเครียด และสามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียด กับระดับการเปลี่ยนแปลง บทบาทหน้าที่ของบุคคล สามารถส่งเสริมการเผชิญภาวะเครียดของบุคคล และในทำนองเดียวกัน ก็ สามารถลดความรุนแรงจากผลกระทบของภาวะเครียด หรือ สามารถดูซับผลกระทบที่เกิดจาก ภาวะเครียด สามารถเปลี่ยนแปลงความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง และความสามารถในการควบคุม สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆซึ่งถูกทำลายลงจากเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้น และการสนับสนุน ทางสังคมนี้มีผลโดยตรงการปรับตัวของบุคคล นอกจากนี้ยังมีผลต่อ การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยการได้รับข้อมูล จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และ สิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีความเข้าใจในเหตุการณ์นั้นดียิ่งขึ้น โดยการประเมินเหตุการณ์ซ้ำ ทำให้ ควบคุมสถานการณ์นั้นได้ และเพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว เป็นการสนับสนุนให้บุคคลมีความ พยายามที่จะเผชิญปัญหาซึ่งตามธรรมเนียมและบรรทัดฐานที่ปฏิบัติสืบมาของสังคมไทย การดูแล ผู้สูงอายุเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุตรหลานรวมทั้งสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้รับการ ยอมรับกันว่าเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสังคมให้คุณค่าของการปฏิบัติเช่นนี้ว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณ ของผู้สูงอายุที่สำคัญคือ สอดคล้องกับหลักคำสอนของศาสนา คือ เรื่องความกตัญญูกตเวทียกด้วย ในผู้สูงอายุ การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนอาจจะได้มาจากครอบครัวที่ให้ความรักใกล้ชิดสนิทสนมทำ ให้เกิดมีความรู้สึกว่าตนเอง มีคนรักและเอาใจใส่ เป็นบุคคลที่ทางครอบครัวหรือสังคมให้ความยก ย่องนับถือ และสามารถให้คำปรึกษาแก่บุคคลอื่นได้ โดยเฉพาะในสังคมไทยมักจะยกย่อง และ นับถือผู้สูงอายุในด้านผู้มีประสบการณ์มาก่อนมักจะรับฟังคำสั่งสอนและเชื่อถือ ส่วนโอรัม เชื่อว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมี ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

การวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

สจวต (Stewart, อ้างถึงใน ดวงเดือน มูลประคับ 2541:50) กล่าวว่า สามารถวัดแรง สนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆได้ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง (Structure) ได้แก่ การวัดแหล่งสนับสนุน (Source of support) ชนิด ของแรงสนับสนุนทางสังคมขึ้นอยู่กับแหล่งที่ให้การสนับสนุน ซึ่งแหล่งที่ใช้ในการวัดที่สำคัญ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และสามี นอกจากนี้อาจวัดขนาดของเครือข่ายทางสังคมที่แสดงถึง ความสัมพันธ์ในสังคม ซึ่งเป็นแหล่งของการให้สนับสนุนในสังคมนั้นเอง ส่วนการวัดทิศทางของ แรงสนับสนุน (Disposition) แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะได้รับจากเครือข่ายทางสังคมเพียงอย่าง

เดียวหรือ อาจจะวัดทั้งการให้และการรับร่วมด้วย และการวัดระยะเวลา (Duration) เป็นการวัดระยะเวลาที่บุคคลให้หรือได้รับแรงสนับสนุนนั้นๆ

2. ด้านลักษณะแรงสนับสนุน (Nature) ได้แก่

2.1 การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมทางบวก หรือ การวัดแรงสนับสนุนทางสังคมทางลบ โดย แรงสนับสนุนทางสังคมทางบวก (Positive support) หมายถึง แรงสนับสนุนที่ให้แล้วทำให้ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนมีการปฏิบัติหรือมีสุขภาพอนามัยที่ดี โดย แรงสนับสนุนทางสังคมทางลบ (Negative support) หมายถึง แรงสนับสนุนที่ให้แล้วไม่มีประโยชน์ต่อผู้ที่ได้รับและอาจทำให้เกิดความขัดแย้งหรือสับสนในการปฏิบัติหรืออาจทำให้ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนมีสุขภาพอนามัยที่เลวลง

2.2 การวัดทิศทาง (Direction) นั้นแบ่งออกเป็น 2 ทิศทาง คือ การให้แรงสนับสนุน (Given Support) คือ เป็นการวัดการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่บุคคลอื่น และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น (Received support) คือ เป็นการวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น

3. ด้านหน้าที่ของแรงสนับสนุนนั้น (Function) สามารถแบ่งตามประเภทของแรงสนับสนุน (Type of Support) โดยการวัดแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกได้หลายประการด้วยกัน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางการประเมินแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือสิ่งของ

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

ความผูกพันในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ขั้นพื้นฐาน เป็นความสัมพันธ์ในสายเลือดมายาวนาน ครอบครัวของคนไทย ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเสมอมา บราวน์ (Brown 1986:4-9) และแมคเอลวิน (Mac Elveen 1978:319-337)อ้างถึงในรวมพร คงกำเนิด (2536:17) กล่าวว่าทั้งสองท่านมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดบุคคลมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและเพื่อน อย่างไรก็ตามความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆจะมีมากขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล เช่น ในผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ กิจกรรมต่างๆลดลง ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมก็ลดลงหรือหยุดไปตามธรรมชาติ คงเหลือแต่สังคมในครอบครัวที่ผูกพันอยู่ด้วยกันตามภาวะ หน้าที่และคงสภาพนานที่สุด

1. บทบาทของครอบครัว

ดวงเดือน มูลประดับ (2541:52) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยเล็กที่สุดและสถาบันมูลฐาน ซึ่งทำหน้าที่ในการวางรากฐานให้กับสถาบันอื่นๆ ในสังคม โดยทำหน้าที่สร้างกระบวนการสังคมประภิด (Socialization) ให้แก่สมาชิกของสังคม เป็นตัวแทนในการควบคุมของสังคม (Social control) และหล่อหลอมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว และลักษณะโดยทั่วไปของครอบครัวมี 5 ประการ คือ ทุกครอบครัวเป็นระบบสังคมที่เล็กที่สุด มีวัฒนธรรมและกฎเกณฑ์ของตนเอง มีโครงสร้างครอบครัวของตนเอง มีหน้าที่พื้นฐานที่ต้องปฏิบัติ และเป็นขั้นตอนของวงจรชีวิตขั้นต่อไป

2. โครงสร้างของครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่มีขนาดเล็กและใกล้ชิดกับมนุษย์มากที่สุด ครอบครัวผูกพันด้วยความรัก ความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ เป็นที่พึ่งทั้งทางวัตถุและทางด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัวนั้นเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติทำให้สมาชิกครอบครัวมีความอบอุ่น และรู้สึกมั่นคงในชีวิต

ทวิรัสมิ์ ชนาคม อ้างถึงใน วรรณภา ตำแจ็กเทศ อ้างถึงใน กชกร ศรีสัมพันธ์ (2537:18) ได้กล่าวถึงหน้าที่ที่ครอบครัวพึงปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกครอบครัวว่าประกอบไปด้วย

2.1 หน้าที่ทางชีววิทยา คือ การให้กำเนิดบุตร บิดา มารดาจะต้องเลี้ยงดูบุตร ให้มีคุณภาพสามารถทำประโยชน์ให้สังคมได้

2.2 หน้าที่ให้ความรัก ซึ่งหน้าที่นี้ไม่มีสถาบันใดทำหน้าที่แทนครอบครัวได้ เด็กจะดีได้ต้องได้รับความรักจากบิดา มารดา การเลี้ยงดูของมารดา วินัยของบิดา และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของบิดา มารดา จะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการให้ความรักของครอบครัว

2.3 หน้าที่กำหนดฐานะ ไม่ว่าจะครอบครัวจะอยู่ในฐานะเช่นใด เด็กก็จะอยู่ในฐานะเช่นนั้น แต่อาจเปลี่ยนแปลงฐานะได้ภายหลัง ทั้งนี้เพราะครอบครัวจะเป็นผู้เสริมแรง ให้กำลังใจ ให้การฝึกอบรมสมาชิกครอบครัวให้มีความทะเยอทะยาน กระตือรือร้นที่จะสร้างฐานะของตนให้สูงขึ้น

2.4 หน้าที่ปกป้องความปลอดภัย นับแต่ปฏิสนธิ บิดา มารดา จะคอยปกป้องบุตรจากอันตรายต่างๆ

2.5 หน้าที่ทางการศึกษา การศึกษาไม่ได้หมายความว่าถึงอ่านออกเขียนได้เท่านั้นแต่ยังหมายถึงการเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างปกติสุข และทำประโยชน์แก่ส่วนรวมได้

2.6 หน้าที่ด้านเศรษฐกิจ คือ การหาเงินมาใช้จ่ายเลี้ยงดู สนองความต้องการในด้านต่างๆของสมาชิก

2.7 หน้าที่ทางศาสนา การอยู่รอด ความผาสุก ความสงบสุขของสังคมปัจจุบันจะต้องขึ้นอยู่กับหน้าที่ครอบครัวตระหนักในหน้าที่นี้ และศาสนายังเป็นเครื่องผ่อนคลายความกดดันในชีวิตประจำวันอีกด้วย

3. ผู้สูงอายุในครอบครัว

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วเรื่องหน้าที่ของครอบครัวที่ได้สร้างความผูกพันที่อบอุ่น มั่นคง แน่นแฟ้นให้กับสมาชิกทุกคนในครอบครัวเป็นอย่างดี แต่จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบันได้นำพาครอบครัวไทยจากไปจากเดิม บรรลุ ศิริพานิช (2549:58) ได้แบ่งครอบครัวออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ครอบครัวขยาย (Extended family) กล่าวคือ พ่อ แม่ ลูกอยู่ด้วยกัน และเมื่อลูกมีครอบครัวอีกก็ขยายบ้านให้ใหญ่ขึ้น พ่อแม่ก็ช่วยเลี้ยงดูลูกหลานอีกต่อไป เมื่อพ่อแม่แก่ตัวลงลูกก็ช่วยเลี้ยงดูพ่อแม่เป็นการทดแทนบุญคุณ

2. ครอบครัวเดี่ยว (Single family) ซึ่งในครอบครัวมีพ่อ แม่ ลูก เมื่อลูกโตแล้วก็แยกตัวออกไปตั้งครอบครัวใหม่ไม่อยู่กับพ่อแม่ พ่อแม่ก็อยู่โดดเดี่ยวกันต่อไปจะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์หรือความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเริ่มเสื่อมคลายไปโดยอิทธิพลความเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวต่างต้องดิ้นรนทำงานเพื่อความอยู่รอด ทำให้ต้องห่างเหินกันไปโดยปริยาย ทำให้ผู้สูงอายุที่พ้นวัยทำงานจึงมักถูกทอดทิ้งหรือได้รับการเอาใจใส่ลดน้อยลง

จะเห็นได้ว่าในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้สูงอายุมากที่สุด และเป็นผู้ที่มีส่วนในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขตามสมควร และจะได้รับประโยชน์จากการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในเวลาเดียวกัน ครอบครัวจึงควรมีบทบาทดูแลผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เพนเดอร์ (Pender อ้างถึงใน ดวงเดือน มุลประดิษฐ์ 2541:55) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติ พี่น้องมีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด เพราะเป็นแหล่งถ่ายทอด ค่านิยม ความเชื่อถือแบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ด้านต่างๆในชีวิต ซึ่งมีความผูกพันกันตามธรรมชาติ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมในระดับลึก หรือระดับแคบ

(Micro level) โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) มาเป็นกรอบในการศึกษา ดังนี้

1. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ (Emotional support) ได้แก่ การให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ เอาใจใส่ให้ความเมตตา ยอมรับ สนับสนุนให้ทำงานทำตามความสามารถ และงานอดิเรกตามสมควร ดูแลให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่างๆ ตามควรแก่วัยเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นและมั่นใจ และส่งเสริมการปรับตัวในการดูแลสภาพตนเองที่ดีต่อไป

2. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านการประเมินของผู้สูงอายุ (Appraisal support) ซึ่งในวัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ กระทั่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถอย่างมาก เป็นภาระของครอบครัว ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นตลอดเวลา ทำงานไม่ไหวเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า สูญเสียความพึงพอใจในตนเอง มักจะคิดถึงตนเองในทางเสื่อมลง ความท้อแท้สิ้นหวังสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความเข้าใจ ต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการความ ซึ่งเมื่อสมาชิกครอบครัวให้การยอมรับ เข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกออกมาจะทำให้เกิดความมั่นใจว่ามีครอบครัวเข้าใจ และเห็นใจ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความหมายเป็นที่ต้องการของครอบครัวซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความหวัง และกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

3. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ (Informational support) ได้แก่จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เข้าสู่วัยแห่งความทรุดโทรมทำให้เกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไม่มากก็น้อย ซึ่งโดยปกติบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่างๆ บ่อยครั้งเข้าสู่ผู้สูงอายุอาจเบื่อบ่อยที่จะปฏิบัติตัวตาม อาจเนื่องจากอุปสรรคจากการได้ยินลดลงหรือความไม่รู้หรือเบื่อบ่อยที่ต้องรับข้อมูลซ้ำๆ ถ้าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดูแลให้ให้ผู้สูงอายุได้รับข่าวสาร กระตุ้นการรับข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ หรือแหล่งข้อมูลเพื่อขอความช่วยเหลือในผู้สูงอายุก็จะสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

4. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และเวลา (Instrumental support) ได้แก่ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุสมรรถภาพทางร่างกายลดลง ไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้เป็นหลักของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทที่มีต่อครอบครัวและหน้าที่การงานได้สมบูรณ์เหมือนเดิม เมื่อร่างกายเสื่อมโทรมลงทำให้มีความเจ็บไข้ได้ป่วยตามมาจึงจำเป็นต้องมีการใช้จ่ายมากขึ้น ในขณะที่รายได้ลดลงแล้วดังนั้นผู้สูงอายุต้องการ

ความช่วยเหลือด้านการเงิน ถ้าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ ตลอดจนช่วยควบคุมดูแลธุรกิจหรือผลประโยชน์แทนผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุคลายความเครียดและความวิตกกังวลลงได้

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นสิ่งที่มีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยเพราะ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว สามารถลดภาวะเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ เห็นคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง ขอมรับว่าต้องดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุให้มีความสุขต่อไปอย่างเต็มศักยภาพที่เหลืออยู่และสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของโลกได้อย่างเหมาะสม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตอนที่ 5

การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

5.1 การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุ

จิรภา หงส์ตระกูล (2535) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์และคณะ (Evers, et al.1985)และแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 ของแบรนด์และไวเนิร์ต (Brandt & Winert 1981) ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01 และ .001 ตามลำดับ ส่วนเพศและระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ .05 ระยะเวลาการศึกษา รายได้ของครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 26

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 79.1 มีวิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 70.2 มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตนเองอยู่ในระดับสูงร้อยละ 78.8 มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.2 มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับสูงร้อยละ 58.8 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ และเขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัยและการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพบว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ดีที่สุดเรียงตามลำดับ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น และการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจความบังเอิญ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนของวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ร้อยละ 38.2

พวงศกา ชื่นแสงเนตร (2538) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 374 ราย มาให้สัมภาษณ์ 345 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.7 และ 31.3 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.5 ปี สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 40.19 จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.52 จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน ด้านความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.62 จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, ความพอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, ภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, ภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับเมื่อ 5 ปีก่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, จำนวนโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, บทบาทในสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, องค์ประกอบของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, การปฏิบัติศาสนกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพอเพียงของรายได้ ภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกัน จำนวนสมาชิกในครอบครัวและอายุ โดยปัจจัยทั้ง 6 ชนิดนี้ สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ถูกต้องร้อยละ 45.5

ลักขมี บุญธรรม (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่อง อุดมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุระหว่าง 60-64 ปี แต่ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้สูงอายุโดยรวมเป็นเพศหญิงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 57.3

มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ และมีผลการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 11.2, มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 500บาท (ซึ่งรายได้ดังกล่าวต่ำกว่ารายได้ต่อหัวประชากร)คิดเป็นร้อยละ 70 กลุ่มที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุระหว่าง 60-64ปี, พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ด้านอัตรานิตินัยของผู้สูงอายุโดยรวมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน, ความสามารถในการทำนายของตัวทำนายทั้งหมด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อัตรานิตินัยไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้

นิรนาท วิทโยชกิติคุณ (2543) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์และคณะ (1985) ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความสามารถในการดูแลตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

กุสุมา ประชุมชนะ (2543) ทำการศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ที่เคยเป็น โสดและแต่งงานแล้วทั้งมีบุตรและไม่มีบุตร เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึกร่วมกับการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่าสตรีสูงอายุส่วนใหญ่เป็นหม้าย มีการศึกษาระดับต่ำคือประถมศึกษาปีที่ 1-4 มากกว่าครึ่ง อาชีพปัจจุบันไม่แน่นอน รายได้น้อย ผู้ที่ไม่มีอาชีพอยู่ได้ด้วยเงินเก็บออมหรือเงินจากบุตร ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ตามลำพัง 1-12 ปี, สตรีที่มีบุตรยังขาดความช่วยเหลือจากบุตรไม่ว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนมากหรือจำนวนน้อย, สุขภาพร่างกายแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มอายุ 60-69 ปีส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายปกติ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น วิงเวียน กลุ่มอายุ 70-79 ปีมีปัญหาสุขภาพร่างกายมากขึ้น ร่างกายอ่อนแอและมีอาการทางโรคชดเจนขึ้น กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีสุขภาพร่างกายอ่อนแอกว่าและมีปัญหาโรคประจำตัว การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจะมีวิธีการดูแลรักษาตนเองขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค เริ่มตั้งแต่ ซื้อมาจากร้านขายยา หรือวานให้ผู้อื่นไปซื้อมา ไปโรงพยาบาล พบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และรักษาด้วยยาสมุนไพร, การทำงานและเศรษฐกิจส่วนใหญ่มีอาชีพไม่มั่นคงมีรายได้เล็กน้อย การทำงานเป็นแหล่งที่มาสำคัญของรายได้ ส่วนใหญ่รายได้ไม่พอกับรายจ่ายในชีวิตประจำวันทำให้ต้องทำงานทุกวัน, ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านหรือที่พักที่มีห้องเดียว ขนาดเล็กมีลักษณะที่เป็นบ้านเช่าหรือเช่าที่ดินเป็นเพิงพักในที่บุกรุกของผู้อื่น ผู้สูงอายุแทบทั้งหมดขาดความสามารถในการ

ซ่อมแซมที่พัก ขาดความรู้ความเข้าใจในสุขภาพขณะที่คิภายในบ้าน หลายรายอยู่ในที่ไม่มี
 สาธารณูปโภค, ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ตามลำพังแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกอาศัยอยู่ลำพังประมาณ 1-5
 ปีมีสภาวะจิตใจและอารมณ์ค่อนข้างเป็นปกติ กลุ่มที่อาศัยอยู่ตามลำพังมากกว่า 5 ปีขึ้นไปสภาวะ
 ร่างกายจิตใจและอารมณ์ค่อนข้างมีปัญหา มีทั้งปัญหาสุขภาพกายและใจที่หดหู่ ท้อถอย น้อยใจ
 หวาดกลัว ระยะเวลาของการอยู่ลำพังไม่เกี่ยวข้องกับจำนวนบุตรที่มี, สาเหตุใหญ่ที่ต้องอยู่ตามลำพัง
 คือ สามีเสียชีวิต และบุตรย้ายไปทำงาน มีครอบครัวที่อื่น หรือสตรีสูงอายุมีการทำงานที่ทำให้
 ตนเองต้องย้ายมาจากครอบครัวเดิม แรงจูงใจที่ทำให้อยู่ลำพังได้คือ การติดต่อกับครอบครัวเดิม การ
 มีกิจกรรมเสริมบทบาทและจิตใจของตน เช่น การมีสัตว์เลี้ยง และความคุ้นเคยกับที่อยู่อาศัยเดิม,
 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 60-69ปีส่วนใหญ่มี
 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เกือบปกติทั่วไป กลุ่มอายุ 70-79ปีมีร่างกายอ่อนแอ
 มากขึ้น สมรรถภาพทางร่างกายลดลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง กลุ่มอายุ
 80ปีขึ้นไปมีปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากที่สุดบางรายมีความพิการจากอุบัติเหตุภายใน
 บ้าน, สตรีที่อยู่ตามลำพังมีวิธีการปรับตัวที่ประกอบด้วย การต้องเลือกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้อง
 เลือกสถานที่ที่จำเป็นต้องเป็นไป การมีกิจกรรมร่วมกับสังคม และการหาทางที่ทำให้จิตใจสงบ, การ
 ได้รับความช่วยเหลืออุปถัมภ์จากบุตรเป็นประจำมีน้อยราย การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน
 ในชุมชนเป็นลักษณะช่วยทำงานบางอย่าง ไม่ใช่การให้สิ่งของเงินทอง การช่วยเหลืออุปถัมภ์จากวัด
 พบการได้รับอาหารจากพระ แม่ชี การช่วยเหลืออุปถัมภ์จากรัฐมีในรูปแบบการให้บริการทาง
 สุขภาพ และการได้รับเงินสงเคราะห์พบได้ 1 รายจาก 15 ราย เครือข่ายทางสังคมของสตรีสูงอายุที่
 ใกล้ชิดมากที่สุดได้แก่ บุตรและญาติ รองลงมาเป็นองค์กรในชุมชนและบุคลากรของรัฐ การรวมกลุ่ม
 กันกับผู้สูงอายุในชุมชนมีน้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย จิตใจ ภาระในการหาเงินมาประทังชีวิต
 และความรู้ความสนใจในสตรีสูงอยู่ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง, ภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์แบ่งได้ 3 กลุ่ม
 คือ กลุ่มอายุ 60-69ปีส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตและอารมณ์ปกติ กลุ่มอายุ 70-79ปีมีปัญหาสุขภาพจิต
 ใจค่อนข้างมีปัญหา มีความรู้สึกน้อยใจ เบื่อ ผิดหวัง เหงา ว้าเหว่ และกลุ่มอายุ 80ปีขึ้นไปส่วนใหญ่มี
 ความวิตกกังวล ไม่สนใจสิ่งต่างๆรอบตัว ญาติมิตร เพื่อนฝูง บางรายมีความรู้สึกยอมรับกับสภาพที่
 เป็น, สภาวะเศรษฐกิจและสุขภาพร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นหลักต่อความพึงพอใจ โดยมีปัจจัย
 ร่วม คือ การได้รับความช่วยเหลือจากบุตร ซึ่งมีผลต่อการทำงาน ที่อยู่อาศัย อายุ และสภาวะความ
 เจ็บป่วย มการวางแผนในอนาคตไม่พบว่ามีกรวางแผนอย่างไรเลยไม่ว่าจะเป็นรูปแบบที่ชัดเจน
 หรือ พอมีแนวทางอยู่บ้างต่อการอาศัยอยู่ตามลำพัง, ความต้องการความช่วยเหลือ พบว่า ด้วย
 วิถีชีวิตที่เร่ร่อนแค้นยังคงมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุตรหลาน เพื่อนบ้าน ในชุมชน องค์กรรัฐ
 ในด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ด้านการเงิน ด้านชีวิตความเป็นอยู่

หวานใจ ชาวพัฒนวรรณ (2543) ทำการศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาการเป็น อสม. การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และ การได้รับข่าวสารการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

เดือนใจ ทองคำ (2549) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 366 คน ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่เป็นประชากรเพศหญิงจำนวน 204 คน มีสถานภาพเศรษฐกิจแบบเพียงพอใช้จ่ายจำนวน 162คนคิดเป็นร้อยละ 44.3 มีภาวะการมีพหุอาการกับคู่สมรส และบุตรหลาน ญาติจำนวน 203 คนคิดเป็นร้อยละ 55.5, พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง รายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย และด้านสังคมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจและด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง, การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง, การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง, ระดับโลกทัศน์ต่อชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง, การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน, ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว, ผู้สูงอายุมีกลุ่มอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มอายุ 70-74 ปีและสูงกว่ากลุ่มอายุ 75ปีขึ้นไปอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่.05, ผู้สูงอายุสถานภาพเศรษฐกิจแบบไม่เพียงพอใช้จ่ายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่ากลุ่มเพียงพอใช้จ่ายและกลุ่มเพียงพอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่.05

5.2 การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ฮับบาร์คและคณะ (Hubbard et al. 1984 : 266 – 269, อ้างถึงในชลธิชา วังวิเวก 2537:29) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีอายุ 55 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 70 ปี จำนวน 97 ราย กลุ่มที่ 2 อายุระหว่าง 25 -77 ปี อายุ 44 ปี จำนวน 153 ราย ใช้แบบสอบถามแผนการดำเนินชีวิต (The Life Questionnaire) ที่สร้างโดย บราวน์และคณะ โดยจัดกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การใช้ยา และการป้องกันโรค และใช้แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย แบรนต์และไวเนอร์ท ซึ่งอาศัยแนวความคิดของ ไวสส์ (Weise 1974, อ้างถึงในชลธิชา วังวิเวก 2537:26) วัดแรงสนับสนุนทางสังคมใน 5 ด้าน คือ

1. ความใกล้ชิดผูกพัน
2. การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และความช่วยเหลือในด้านวัตถุประสงค์ของต่างๆ
3. การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน เช่น การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดูบุคคลอื่น หรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น
4. การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
5. การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ

มุขเลนแคมป์ (Muhlenkamp, A.F.1986:334-338, อ้างถึงใน ดวงพร รัตนอมรชัย (2535:53) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี ของผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18-67 ปี ตัวอย่างจำนวน 98 คน โดยการอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Personal resource questionnaire, Coopersmith self-esteem inventory และ Personal lifestyle activities questionnaire วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความสัมพันธ์ (Correlation matrix) และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analytic technique) ผลการวิจัยพบว่า ทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ($r=0.26, 0.25; p<0.01$) เพศหญิงมีระดับคะแนนวิถีชีวิตสูงกว่าเพศชาย และมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ($p<0.01$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต ($p<0.05$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิต ($p<0.001$) พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญ ($p<0.05$)

ระหว่างคะแนนวิถีชีวิตของคน โสค และ หม้าย/หย่า โดยคนโสดมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนผู้ที่มีศาสนาและเชื้อชาติแตกต่างกันไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติในคะแนนวิถีชีวิต และพบว่าอายุ ระดับการศึกษา เพศและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตได้ร้อยละ 28 ($p < 0.0001$) แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีผลทางอ้อมต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี

การศึกษา ของปราโมทย์ วังสะอาด (2530:97) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การได้รับการดูแลสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนาย หรือมีความสำคัญสูงสุดกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ดูแลสนับสนุนดี ก็จะมีสุขภาพจิตดีไปด้วย

จากการศึกษาของ จงรักษ์ สุภกิจเจริญ (2527:109-110) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมเผชิญภาวะความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล พญาไท และวชิรพยาบาล จำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ก็จะสามารถเผชิญภาวะความเครียดได้ในระดับสูงเพราะสมาชิกในครอบครัวจะให้ความรัก ความช่วยเหลือเกื้อกูลด้านต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนปัจจัยที่จะส่งเสริมให้สามารถเผชิญภาวะความเครียดได้อย่างดียิ่งขึ้น

การศึกษาของ สุภาภรณ์ ค้างแพง (2531:61) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ แรงสนับสนุนจากกลุ่มสมรสกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวาย ที่ได้รับการรักษาโดยวิธีคัดของเสีย ออกทางเยื่อช่องท้องด้วยตัวเอง จำนวน 70 ราย วัตถุประสงค์ตนเองตามแนวความคิดของ โอเร็ม ได้แก่ การควบคุมอาหารและยา การใช้ยา การมาตรวจตามนัด และการปฏิบัติตนในกิจวัตรประจำวัน ในด้านความรู้ ได้วัดเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสมรส ได้วัดตามแนวความคิดของเฮาส์ใน 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์
2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน
3. การให้ข้อมูล
4. การให้การช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ การเงินและแรงงาน

ผลการวิจัย พบว่า แรงสนับสนุนจากกลุ่มสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532:28) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์และคณะ (Evers, et al.1985) และใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2

ของแบนด์และไวเนิร์ต (Brandt & Winert 1981) ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ ส่วนเพศและระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ร้อยละ 26 จากผลการวิจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น จะทำให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านทั่วไป และทางด้านสุขภาพ

เบญจมา เลหาพูนรัมย์ (2534:67) ที่ทำการศึกษาศึกษาการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุของข้าราชการพลเรือนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 130 คน เป็นเพศชาย 113 คน เพศหญิง 17 คน พบว่าผู้เกษียณอายุราชการที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะมีการปรับตัวที่ดีกว่าผู้เกษียณอายุราชการที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง และต่ำ

น้อมจิตต์ สกุลพันธ์ (2535) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคเบาหวานและห้องตรวจโรคทางอายุรศาสตร์ แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 200 ราย โดยใช้แบบบันทึก แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

รวมพร คงกำเนิด (2536) ได้ทำการศึกษาแบบแผนแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่ส่งผลกระทบต่ออาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการไปสัมภาษณ์ลึกกลุ่มตัวอย่างที่บ้านจำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัว มีผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด และใช้ยาของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว คล้อยตามการสนับสนุนของครอบครัว ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดีบางส่วนมีลักษณะห่างเหิน บางส่วนมีลักษณะขัดแย้ง ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร ไม่ดี และมีการใช้ยาและสมุนไพรอย่างแพร่หลาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความเครียดสูงอีกด้วย

ลัทธมี บุญธรรม (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่อง อัดมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า

1. การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเงินทองสิ่งของแรงงาน การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเงินทองสิ่งของแรงงาน เมื่อเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมและผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มใดๆ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value 0.04) อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมมีการสนับสนุนทางสังคมดีกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มสังคมใดๆ

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = 0.6404$) อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย

3. การศึกษาความสามารถในการทำงานของตัวทำนายทั้งหมด คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อ้อมโนทัศน์ผลการศึกษาพบว่ามี การสนับสนุนทางสังคมที่เข้าสมการและสามารถทำนาย ความแปรปรวนของพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้มากที่สุดร้อยละ 41.01 ($P < 0.001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม มาใช้ในหลายรูปแบบ ที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวมีความสำคัญต่อบุคคลและมีผลลดระดับความรุนแรงของผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นกับบุคคล สร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เหมาะสม และจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปตัวแปรที่มีความชัดเจนและสามารถอธิบายความพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ โดยผู้วิจัยมีความเชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรรั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ ภาวะ การพักอาศัย การมีโรคประจำตัว

2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งรายละเอียดของ ปัจจัยดังกล่าวมีดังนี้

1. ปัจจัยของตัวแปรต้น

1.1 เพศ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างระหว่างบุคคลและมีอิทธิพลใน การแสดงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ดังเช่น การศึกษาของ สุนทรา หิรัญวรรณ (2538:98-99) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและภาวะการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า เพศ อายุ การรับรู้ประโยชน์และ อุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และ เพศ อายุ การรับรู้ประโยชน์ในการดูแล ตนเองและอุปสรรคในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 11.8 และการศึกษาของบัญญัติ จันทร์สาและคณะ (2539:25-56) ทำการศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของอาสาสมัคร สาธารณสุข จังหวัดเลย จำนวน 410 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าเพศชาย (ร้อยละ 82.0และ66.9ตามลำดับ)แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของ น้อมจิตต์ สกุลพันธ์ (2535:ก-ข) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 200 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ รายได้ครอบครัวและระยะเวลาของการเจ็บป่วยมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และระดับการศึกษา สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 11.95และการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2535:ก-ข)ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย บางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิต สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศ และระยะเวลาเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

1.2 อายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุมีผลกระทบ โดยอ้อมกับ พฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยด้านการรับรู้ – ความรู้ (Pender1897:66) นอกจากนี้ยังพบอีกว่า อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บอกความแตกต่างของพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อายุมี

อิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะมีเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุด ในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem 1991 :238-241) ดังเช่นการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538:98-99) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า เพศ อายุ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และสอดคล้องกับ สุกวรินทร์ หันตันติกุล (2539:143)ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับ กนกวรรณ จันทร์แดง (2541:169)ที่พบว่าอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ตำแหน่งทางศาสนา และการเจ็บป่วย การมีอาการของโรคในปัจจุบัน ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามได้

1.3 สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของการมีแรงสนับสนุนทางสังคมจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่นจากการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชค กิตติคุณ (2534:ก-ข) ที่ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 รายใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเบเวอร์และคณะ (1985)และแบบวัดสุขภาพของเคนนิส (1980) ผลการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกวรินทร์ หันตันติกุล (2539:92) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540:189)ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชวลี ไชยิตทากวิวัฒน์ (2534:ก-ข) ทำการศึกษาปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้อหินชนิดเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการศึกษา ระยะเวลาเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

1.4 สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Orem 1991 :175) จากการทบทวนวรรณกรรมหลายแห่งพบว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีมีโอกาสดแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพเพื่ออำนวยความสะดวกให้บุคคลช่วยเหลือตนเองได้ในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ สามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆเพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ (Pender 1982 :138) ดังการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535:45) ได้ทำการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจิรภา หงษ์ตระกูล (2535:ก-ข) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ จีรวรรณ อินคุ้ม (2541:75) ผลการศึกษาพบว่า แม้รายได้จะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

1.5 ภาวะ การพักอาศัย การทบทวนวรรณกรรมมีหลายการศึกษาพบว่า ภาวะการพักอาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่นการศึกษาของ ภักพรไพเราะ (2540:113-115) ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ จำนวน 400 ราย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ อุบลวรรณ (2540:ง) ฉัตรทอง อินทร์นอก (2540:ง) ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540:ง) และวาสนา เกื้อนวงษ์ (2540:ง) ทำการศึกษาค้นคว้าพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในภาคต่างๆของประเทศไทย จำนวน 400 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

1.5 การมีโรคประจำตัวจากการทบทวนวรรณกรรมพบ การศึกษาของ พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538:108) ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งตะวันออก จังหวัดชลบุรี จำนวน 374 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัด สัมพันธภาพในครอบครัวและแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกันเมื่อ 5 ปีก่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ส่วนจำนวนโรคประจำตัวพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01และเดือนใจ ทองคำ (2549) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 366 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยยะ

สำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

1.6 ปัจจัยด้านตัวแปรตาม

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การศึกษาหลายสถาบันพบว่า การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องอาศัยการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยกลุ่มบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นพื้นฐานของการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่นๆ และการที่สมาชิกครอบครัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจหรือวัตถุสิ่งของ รวมทั้งการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และการให้การรับรองให้เกิดความมั่นใจซึ่งเป็นทิศทางที่สามารถนำไปแก้ปัญหาก็เผชิญอยู่เกิดเป็นแรงผลักดันที่เหมาะสมกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

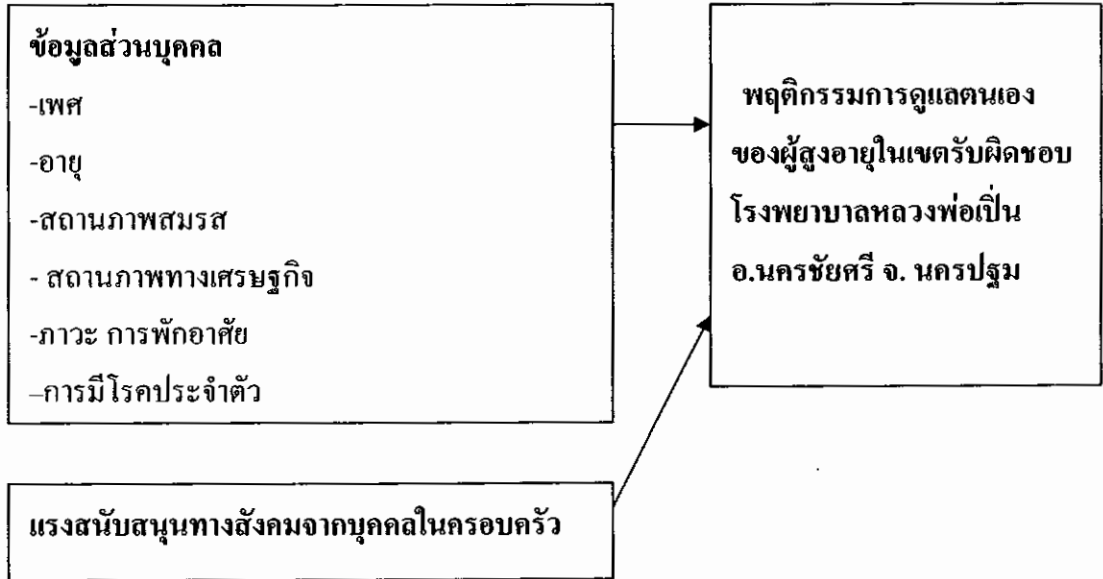
การที่บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความต้องการการดูแลตนเองที่แตกต่างกันนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคล แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมหรือเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และกระทำอย่างมีเป้าหมาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองตามความต้องการ บุคคลจะมีการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีและเกิดความผาสุกโอเรม (Orem 1991)

ผู้สูงอายุเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อกับเป็นมีองค์ประกอบของปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองผู้สูงอายุเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อกับมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองดี จะทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ

โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดที่แสดงในแผนภูมิที่ 4

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

รูปที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐมบนพื้นฐาน ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ในการดำเนินการวิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
2. ตัวแปรที่ศึกษา
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การสร้าง และพัฒนาเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. ประชากร และการเลือกตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,584 คน (ข้อมูลพื้นฐานของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลหลวงพ่เป็นอำเภอ นครชัยศรีจังหวัด นครปฐมปี2549)

1.2 ขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น อำเภอ นครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวน 346 คน มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane 1969: 886, อ้างถึงในประคอง กรรณสูตร 2542: 11) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และมีความคลาดเคลื่อนได้ ร้อยละ 5 ดังสูตรต่อไปนี้

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

เมื่อ	n	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ประชากร
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{2,584}{1 + [2,584(0.05)]^2}$$

$$n = 346$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 346 คน โดยกำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาในการให้ข้อมูล คือ ไม่มีปัญหาด้านการฟัง และการพูด
3. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่เป็นไม่น้อยกว่า 6 เดือน
4. ผู้สูงอายุที่ยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

1.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างเป็นแบบสัดส่วน โดยเลือกตัวอย่างที่สมาชิกในประชากรแต่ละคนมีโอกาสถูกเป็นหน่วยตัวอย่างได้เท่าๆกัน โดยกำหนดให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับจำนวนที่ต้องการ

= จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ - ประชากรทั้งหมด x จำนวนผู้สูงอายุแต่ละสถาน
บริการ

$$= 346 \div 2,584 \times n$$

ตารางที่ 6 การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่เป็นโดยใช้อัตราส่วน

หน่วยบริการ	ประชากร (N)	อัตราส่วน (คน)	กลุ่มตัวอย่าง	
			จากเวชระเบียน	จากการแนะนำ
โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น	249	36	18	18
สถานีอนามัยบางแก้วฟ้า	184	24	12	12
สถานีอนามัยบางพระ	321	42	20	22
สถานีอนามัยบางระกำ	608	80	40	40
สถานีอนามัยนราภิรมย์	400	54	26	28

ตารางที่ 6 (ต่อ)

หน่วยบริการ	ประชากร (N)	อัตราส่วน (คน)	กลุ่มตัวอย่าง	
			จากเวชระเบียน	จากการแนะนำ
สถานีนอนามัยคลองสว่างอารมณ์	225	30	16	14
สถานีนอนามัยลำพญา	302	40	20	20
สถานีนอนามัยบ้านเวฬุวนาราม	295	40	20	20
รวมทั้งหมด	2,584	346	172	174

หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างมาจากการเลือกโดยอัตราส่วนแล้วจะแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มแรกทำการค้นหาจากทะเบียนของผู้มารับบริการในแต่ละหน่วยบริการของสถานีนอนามัยเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อบึงในเดือนพฤษภาคม 2550 กลุ่มที่สองเป็นผู้สูงอายุที่น่าสนใจจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรกและขอให้กลุ่มตัวอย่างแรกหรือเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยแนะนำกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวนหนึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่บ้านไม่สามารถมาหน่วยบริการได้หรือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมาสถานพยาบาลไม่ไหว เป็นต้น การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็น ดังตารางต่อไปนี้

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1.1.1 เพศ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) เพศชาย
- 2) เพศหญิง

2.1.1.2 อายุให้ตอบเป็นอายุจริงตามปีปฏิทินนับถึงวันที่สัมภาษณ์

หลังจากนั้นจึงมาจัดแบ่งกลุ่มเพื่อความสะดวกในการคำนวณ ได้

ดังนี้

อายุ 60- 64 ปี

อายุมากกว่า 64 -69 ปี

อายุมากกว่า 70 -74 ปี

อายุมากกว่า 74 -79 ปี

อายุมากกว่า 79 ปี ขึ้นไป

2.1.1.3 สถานภาพสมรส แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) โสด
- 2) สมรส
- 3) หม้าย/หย่า/ แยกกันอยู่

2.1.1.4 สถานภาพทางเศรษฐกิจ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) อื่นๆ
- 2) ไม่เพียงพอใช้จ่าย
- 3) เพียงพอใช้จ่าย
- 4) เพียงพอใช้จ่าย และมีเหลือเก็บ

2.1.1.5 ภาวะ การพักอาศัย แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

- 1) พักอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว
- 2) พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส
- 3) พักอาศัยอยู่กับบุตร/หลาน/ญาติ
- 4) พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและ/หรือบุตรหลาน/ญาติ

2.1.1.6 การมีโรคประจำตัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) มีโรคประจำตัว
- 2) ไม่มีโรคประจำตัว

2.1.1.7 คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแล

ตนเองของ ผู้สูงอายุ

2.1.2 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ได้แก่

2.1.2.1 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านอารมณ์

2.1.2.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านการประเมิน

2.1.2.3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านข้อมูล

ข่าวสาร

2.1.2.4 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านเครื่องมือ/

สิ่งของ/แรงงาน

2.2 ตัวแปรตาม (dependent Variables) ได้แก่พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 2.2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย
- 2.2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ
- 2.2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสังคม
- 2.2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านเศรษฐกิจ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 โครงสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ชุด ที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ ภาวะ การพักอาศัย และ การมีโรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นแบบ อัตนัย มีข้อความรวมทั้งสิ้น จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาเอกสารทางวิชาการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีลักษณะคำถาม เป็นแบบกำหนดตัวเลือก (forced choice) มีคำถามรวมทั้งสิ้น จำนวน 25 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย	จำนวน	10 ข้อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ	จำนวน	5 ข้อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านสังคม	จำนวน	7 ข้อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ	จำนวน	3 ข้อ

แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นการวัด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติตัวตรงกับข้อความ นั้นมากที่สุด
ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติตัวตรงกับข้อความ นั้นมาก
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติตัวตรงกับข้อความ นั้นปานกลาง

ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติตัวตรงกับข้อคำถาม นั้นน้อย
ปฏิบัติน้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติตัวตรงกับข้อคำถาม นั้นน้อยที่สุด หรือไม่ปฏิบัติเลย

ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อความที่แสดงถึงการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จะได้คะแนนจาก 1 ถึง 5 คะแนน สำหรับคำตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยที่สุด ตามลำดับ

การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนตามเกณฑ์ของเบสส์ (Best 1981:179-184) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50- 5.00	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติตัวตรงกับ ข้อคำถามในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติตัวตรงกับ ข้อคำถามในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติตัวตรงกับ ข้อคำถามในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติตัวตรงกับ ข้อคำถามในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.49	หมายถึง	ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ปฏิบัติตัวตรงกับ ข้อคำถามในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ มีข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านอารมณ์ มีจำนวน 6 ข้อ
2. แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านการประเมิน มีจำนวน 4 ข้อ
3. แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ด้านข้อมูลข่าวสารมีจำนวน 5 ข้อ
4. แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ด้านวัตถุ/สิ่งของ /การเงิน มีจำนวน 4 ข้อ

แบบสัมภาษณ์การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นระดับมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นระดับมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นระดับปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นระดับระดับน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นระดับระดับน้อยที่สุด หรือ ไม่ตรงเลย

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม

ถ้าเลือก	มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
ถ้าเลือก	มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
ถ้าเลือก	ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
ถ้าเลือก	น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ถ้าเลือก	น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3.2 การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพัฒนาเครื่องมือโดยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว จากแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากหน่วยงาน องค์กร สถาบันทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์

2. กำหนดกรอบ และแนวคิดเพื่อสร้างแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

3. สร้างแบบสัมภาษณ์ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และผ่านการตรวจพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอู่ปลัมภ์) 1 ท่าน เพื่อพิจารณาหาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องของเนื้อหาของข้อคำถามกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยการหาค่าความสอดคล้องของข้อคำถามที่สร้างขึ้น ดัชนีที่ใช้แสดงค่าความสอดคล้องนี้ เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-objective Congruence Index:IOC) โดยให้คะแนนความคิดเห็น

ของผู้เชี่ยวชาญเป็น 3 ระดับ คือ 1=สอดคล้อง 0=ไม่แน่ใจ -1=ไม่สอดคล้อง ข้อความที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ต้องมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป จึงจะถือว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนั้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและเป็นที่ยอมรับในทางการวิจัยได้ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุง ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น และได้รับการปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค โดยใช้ (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม แต่ละด้านดังต่อไปนี้

4.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุมีข้อความทั้งสิ้น 26 ข้อ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นได้ 0.8456

4.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวโดยรวมของผู้สูงอายุมีข้อความทั้งสิ้น 20 ข้อ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นได้ 0.9389

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศิลปากร

2. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการพัฒนา และปรับปรุงจนมีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ ไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยได้ขอความช่วยเหลือจากนักวิชาการสาธารณสุขในแต่ละสถานีอนามัยให้ความช่วยเหลือในการพาไปพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ หรือ พาไปแนะนำตัวเพื่อขออนุญาตสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 346 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะให้ข้อมูล

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ พบว่าแบบสัมภาษณ์ที่เก็บรวบรวมมาได้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 346 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 พร้อมทั้งลงรหัสในแบบสัมภาษณ์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำมาลงรหัสด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์และการวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยกำหนดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย (S.E.)

2. วิเคราะห์ค่าระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีเพศ และการมีโรคประจำตัวแตกต่างกัน โดยการทดสอบค่า t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีช่วงอายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ และภาวะการพักอาศัยแตกต่างกัน โดยทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ Scheffe'

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุบนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้การทดสอบ ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe'

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเรื่อง “การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง บนพื้นฐานปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว” โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุ จำนวน 346 คน มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกออกเป็น 5 ตอน มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 โครงสร้างและสถิติพื้นฐานของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลจำแนกตามตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 2 การศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

ตอนที่ 3 การศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ บน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1

โครงสร้างและสถิติพื้นฐานของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลจำแนกตามตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังตารางที่ 7 ต่อไปนี้

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละและค่าสถิติพื้นฐานของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลด้านต่างๆ

ปัจจัยพื้นฐาน ส่วนบุคคล***	ค่าสถิติพื้นฐาน						
	N	%	mean	S.D.	S.E.	C.V.	95%CI for mean
1.เพศ							
หญิง	245	70.80	-	-	-	-	
ชาย	101	29.20	-	-	-	-	
2.ช่วงอายุ			68.13	5.98	0.32	0.08	(3.83 – 3.98)
60-64 ปี	121	35.0	-	-	-	-	
>64-69 ปี	99	28.6	-	-	-	-	
>69-74 ปี	57	16.5	-	-	-	-	
>74-79 ปี	54	15.6	-	-	-	-	
>79ปีขึ้นไป (ต่ำสุด=60 สูงสุด=92)	15	4.3	-	-	-	-	
3.สถานภาพสมรส			2.20	0.61	0.03	0.27	(3.83 – 3.98)
สมรส	202	58.4	-	-	-	-	
หม้าย/หย่า/แยก	106	30.6	-	-	-	-	
โสด	38	11.0	-	-	-	-	
4.สภาวะเศรษฐกิจ			2.90	0.75	0.04	0.26	(3.83 – 3.98)
พอเพียงใช้ง่าย	170	49.1	-	-	-	-	
ไม่พอเพียงใช้ง่าย	92	26.6	-	-	-	-	
พอเพียงใช้และมีเก็บ	76	22.0	-	-	-	-	
อื่นๆ	8	2.3	-	-	-	-	

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน***	ค่าสถิติพื้นฐาน						
	N	%	mean	S.D.	S.E.	C.V.	95%CI for mean
5.ภาวะ การพักอาศัย							
อยู่กับคู่สมรส/บุตร/หลาน	237	68.5	-	-	-	-	
อยู่กับบุตร/หลาน/คนอื่น	58	16.8	-	-	-	-	
คนเดียว	31	9.0	-	-	-	-	
อยู่กับคู่สมรส	20	5.8	-	-	-	-	
6.การมีโรคประจำตัว							
มีโรคประจำตัว	277	80.1	-	-	-	-	-
ไม่มีโรคประจำตัว	69	19.9	-	-	-	-	
รวม	346	100.0					

***เรียงปัจจัยส่วนบุคคลจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้สูงอายุที่ตอบแบบสัมภาษณ์ในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศ

หญิง จำนวน 245คน คิดเป็นร้อยละ 70.8 มีอายุ 60 –64 ปีจำนวน 121 คนคิดเป็นร้อยละ 35.0 สถานภาพสมรสจำนวน 203 คนคิดเป็นร้อยละ58.7 สถานภาพทางเศรษฐกิจแบบเพียงพอใช้จ่าย จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ49.1 ภาวะ การพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตร/หลาน จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5 และมีโรคประจำตัว จำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 80.1

ตอนที่ 2

การศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

การศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล จำแนกรายละเอียดได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 8 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายुरายด้าน

ระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายुरายด้าน								พฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเอง ในภาพรวม	
	ด้านร่างกาย		ด้านจิตใจ		ด้านสังคม		ด้านเศรษฐกิจ		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
ระดับสูงที่สุด	115	33.2	126	36.4	98	28.3	65	18.8	74	21.4
ระดับสูง	176	50.9	99	28.6	115	33.2	148	42.8	167	48.3
ระดับปานกลาง	51	14.7	105	30.3	92	26.6	51	14.7	104	30.1
ระดับต่ำ	4	1.2	13	3.8	38	11.0	76	22.0	1	0.3
ระดับต่ำที่สุด	-	-	3	0.9	3	0.9	6	1.7	-	-
รวมทั้งหมด	346	100	346	100	346	100	346	100	346	100

การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนตามเกณฑ์ของเบสส์ (Best, J.W. Research in Education.3rd ed.New Jersey: Prentice Hall, 1997) ดังต่อไปนี้

ระดับสูงที่สุด	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	4.50-5.00
ระดับสูง	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	3.50-4.49
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.50-3.49
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	1.50-2.49
ระดับต่ำที่สุด	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	1.00-1.49

จากตารางที่ 8 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (48.3%) เมื่อแยกรายด้านพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านจิตใจอยู่ในระดับสูงที่สุด (36.4%) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมอยู่ในระดับสูง (50.9%, 42.8% และ 33.2% ตามลำดับ)

ตารางที่ 9 ค่าสถิติพื้นฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป	ค่าสถิติพื้นฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง					แปลผล
	mean	S.D.	S.E.	CV	Rank	
ด้านร่างกาย	4.16	0.70	0.03	0.16	1	ระดับสูง
ด้านจิตใจ	3.95	0.94	0.05	0.23	2	ระดับสูง
ด้านสังคม	3.77 *	1.00	0.05	0.26	3	ระดับสูง
ด้านเศรษฐกิจ	3.54 *	1.08	0.05	0.30	4	ระดับสูง
โดยภาพรวม	3.90	0.72	0.03	0.18	-	ระดับสูง

* มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

จากตารางที่ 9 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยทั่วไปในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean=3.90) เมื่อแยกรายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าภาพรวม (mean=4.16, 3.95) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ ด้านสังคมอยู่ในระดับสูง (mean =3.95, 3.77) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจที่มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม (mean=3.77, 3.54)

ตารางที่ 10 ค่าสถิติพื้นฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านร่างกาย

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย	Mean	S.D.	C.V.	S.E.	Rank
1. เสื้อผ้าที่ใส่ได้ผ่านการซักทำความสะอาดแล้ว	4.80	0.52	0.10	0.02	1
2. ที่อยู่อาศัยมีการระบายถ่ายเทอากาศได้ดี	4.69	0.64	0.13	0.03	2
3. อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	4.74	0.72	0.15	0.03	3
4. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อทุกวัน	4.59	0.76	0.16	0.04	4

ตารางที่ 10 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย	Mean	S.D.	C.V.	S.E.	Rank
5. ทำความสะอาดปากฟันหลังอาหารทุกมื้อ	4.54	0.82	0.18	0.04	5
6. อาหารที่รับประทานมีคุณค่าทางโภชนาการครบ 5 หมู่	4.30	0.96	0.21	0.05	6
7. อาหารที่รับประทานมีส่วนประกอบของผักผลไม้	4.26	1.11	0.22	0.06	7
8. พื้นบ้านและห้องน้ำแห้ง ไม่ลื่นป้องกันอุบัติเหตุ	3.99*	1.35	0.33	0.07	8
9. นอนหลับ 6-8 ชั่วโมง/คืน	3.53*	1.51	0.42	0.08	9
10. ชอบรับประทานอาหารมัน แกงกะทิ	3.33*	1.79	0.53	0.09	10
11. ตรวจสอบสุขภาพปีละ 1 ครั้ง	2.56*	1.76	0.68	0.09	11
โดยภาพรวม	4.10	1.09	0.29	0.05	-

* มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ตารางที่ 11 ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตใจ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ	Mean	S.D.	C.V.	S.E.	Rank
1. มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นหลักธรรมคำสอนทางศาสนา	4.47	0.98	0.22	0.05	1
2. ได้รับสามารถช่วยเหลือจากเพื่อนสนิท	4.12	1.14	0.27	0.06	2
3. ใจเย็นขึ้นกว่าเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่	3.78*	1.32	0.34	0.07	4
4. พุดคุยปรึกษาปัญหาส่วนตัวกับคนใกล้ชิด	3.83*	1.38	0.36	0.07	3
5. สามารถแก้ปัญหาได้สำเร็จทุกครั้ง	3.49*	1.40	0.40	0.07	5
โดยภาพรวม	3.93	1.24	0.32	0.07	-

* มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

ตารางที่ 12 ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสังคม

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสังคม	Mean	S.D.	C.V.	S.E.	Rank
1. เป็นมิตร ไมตรีที่ดีกับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย	4.12	0.96	0.23	0.05	1
2. เมื่อมีคนมาปรึกษาปัญหา ท่านให้แนะนำที่ดีทุกครั้ง	3.72	1.23	0.33	0.06	2
3. ชุมชนมีกิจกรรม ไปร่วมกิจกรรมทุกครั้ง	3.81	1.36	0.35	0.07	3
4. การช่วยเหลือในกิจกรรมของชุมชน	3.80	1.38	0.36	0.07	4
5. มีข้อมูลของหน่วยงานที่การให้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ	3.60*	1.33	0.36	0.07	5
6. ไปงานพิธีที่ได้รับการเชิญ	3.71*	1.47	0.39	0.07	6
7. เมื่อเพื่อนบ้านป่วยได้ไปเยี่ยมเยียน	3.56*	1.44	0.40	0.07	7
โดยภาพรวม	3.76	1.312	0.35	0.06	-

ตารางที่ 13 ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านเศรษฐกิจ

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านเศรษฐกิจ	Mean	S.D.	CV	S.E.	Rank
1. ท่านใช้จ่ายเงินอย่างประหยัด	4.52	1.01	0.22	0.05	3
2. ท่านทำงานเพื่อให้มีรายได้	3.01*	1.77	0.58	0.09	2
3. ท่านมีเงินเก็บเพื่อนำมาใช้ยามจำเป็น	2.94*	1.78	0.60	0.09	1
โดยภาพรวม	3.49	1.138	0.46	0.07	-

* มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

ตอนที่ 3

การศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

ผลการศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวจำแนกตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลจำแนกรายละเอียดได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 14 ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุรายด้าน

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวรายด้าน								การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม	
	ด้านอารมณ์		ด้านการประเมิน		ด้านข้อมูลข่าวสาร		ด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
ระดับสูงสุด	132	38.2	98	28.3	116	33.5	159	46.0	123	35.5
ระดับสูง	116	33.5	104	30.1	82	23.7	97	28.0	94	27.2
ระดับปานกลาง	77	22.3	108	31.2	84	24.3	70	20.2	103	29.8
ระดับต่ำ	9	2.6	21	6.1	43	12.4	10	2.9	20	5.8
ระดับต่ำที่สุด	12	3.5	15	4.3	21	6.1	10	2.9	6	1.7

การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนตามเกณฑ์ของเบสต์ (BEST, J.W.Research in Education.^{3rd} ed.New Jersey:Prentice Hall, 1997) ดังต่อไปนี้

ระดับสูงสุด	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	4.50-5.00
ระดับสูง	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	3.50-4.49
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.50-3.49
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	1.50-2.49
ระดับต่ำที่สุด	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.50-1.49

จากตารางที่ 14 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูงที่สุด (35.5%) เมื่อแยกรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน ด้านอารมณ์ และ ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูงที่สุด (46.0%, 38.2%, 33.5%) และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุด้านการประเมินอยู่ระดับปานกลาง (31.2%)

ตารางที่ 15 ค่าสถิติพื้นฐานของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป	ค่าสถิติพื้นฐานของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ					แปลผล
	mean	S.D.	S.E.	C.V.	Rank	
ด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน	4.11	1.01	0.05	0.24	1	ระดับสูง
ด้านอารมณ์	4.00	1.01	0.05	0.25	2	ระดับสูง
ด้านการประเมิน	3.71 *	1.07	0.05	0.28	3	ระดับสูง
ด้านข่าวสาร	3.66 *	1.22	0.06	0.33	4	ระดับสูง
โดยภาพรวม	3.89	1.01	0.05	0.25	-	ระดับสูง

* มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

จากตารางที่ 15 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean=3.89) เมื่อแยกรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวทุกด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมดและสามารถเรียงตามลำดับได้ดังนี้ ด้านเครื่องมือ/เงินทอง/แรงงาน ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน และด้านข่าวสาร (mean =4.11, mean =4.00, mean = 3.71 และ mean = 3.66 ตามลำดับ) โดยมีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุด้านการประเมินและด้านข่าวสารมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

ตารางที่ 16 ค่าสถิติพื้นฐานของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านเครื่องมือ/
สิ่งของ/แรงงาน

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน	Mean	S.D.	C.V.	S.E.	Rank
1. ครอบครัวจัดเครื่องใช้ที่จำเป็นในชีวิตให้ท่านอย่างเพียงพอ	4.32	1.17	0.27	0.06	1
2. ครอบครัวได้เตรียมอุปกรณ์การดูแลสุขภาพให้ท่าน	4.06	1.20	0.29	0.06	2
3. เมื่อท่านทำงานหนักไม่ไหว ครอบครัวจะรีบมาทำแทนท่าน	3.92	1.32	0.33	0.07	3
4. เมื่อท่านเป็นผู้สูงอายุ ครอบครัวได้ดัดแปลงบ้านพักให้ท่าน	3.72	1.37	0.36	0.07	4
โดยภาพรวม	4.00	1.01	0.25	0.05	-

ตารางที่ 17 ค่าสถิติพื้นฐานของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านอารมณ์

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ด้านอารมณ์	Mean	S.D.	C.V.	S.E.	Rank
1. ครอบครัวดูแลและเอาใจใส่ความรู้สึกเป็นอย่างดี	4.15	1.07	0.25	0.05	1
2. เมื่อประสบปัญหาท่านขอความช่วยเหลือครอบครัวได้	3.98	1.07	0.26	0.05	2
3. ครอบครัวมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาของท่าน	4.09	1.17	0.28	0.06	3
4. ครอบครัวเข้าใจท่านเสมอ	3.99	1.20	0.30	0.06	4
5. เมื่อเหงาว่าแห้วท่านรู้สึกว่ามีครอบครัวอยู่เคียงข้างท่าน	3.93*	1.26	0.32	0.06	5
6. ท่านและสมาชิกครอบครัวทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน	3.50*	1.57	0.44	0.08	6
โดยภาพรวม	3.94	0.95	0.24	0.05	-

* มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

ตารางที่ 18 ค่าสถิติพื้นฐานของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านการประเมิน

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ด้านการประเมิน	Mean	S.D.	C.V.	S.E.	Rank
1. ท่านแก้ปัญหาโดยขอคำแนะนำจากสมาชิกครอบครัว	4.08	1.22	0.30	0.06	1
2. เมื่อท่านลืมปฏิบัติกิจวัตรครอบครัวจะคอยเตือนท่าน	3.98	1.28	0.32	0.06	2
3. ครอบครัวเข้าใจในตัวท่านเสมอ	3.85	1.38	0.35	0.07	3
4. เมื่อท่านแสดงความคิด ครอบครัวรับฟังท่านเสมอ	3.65*	1.34	0.36	0.07	4
5. ครอบครัวต้องการให้ท่านทำงานอดิเรก	2.97*	1.60	0.54	0.08	5
โดยภาพรวม	3.70	1.36	0.37	0.18	-

* มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

ตารางที่ 19 ค่าสถิติพื้นฐานของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ด้านข่าวสาร	Mean	S.D.	C.V.	S.E.	Rank
1. ท่านได้รับข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตนจากครอบครัว	3.81	1.38	0.36	0.07	1
2. ครอบครัวให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ	3.81	1.42	0.37	0.07	2
3. ครอบครัวหาแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องผู้สูงอายุให้ท่าน	3.65	1.44	0.39	0.07	3
4. ครอบครัวพาท่านไปตรวจสุขภาพประจำปี	3.64	1.60	0.43	0.08	4
5. ครอบครัวให้ข้อมูลเรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ	3.31*	1.71	0.51	0.09	5
โดยภาพรวม	3.64	1.51	0.41	0.07	-

* มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

ตอนที่ 4

การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 20 ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยด้านเพศและด้านการมีโรคประจำตัว โดยทำการทดสอบค่าที (Independent Sample t-test)

ปัจจัยด้าน	ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล โดยการทดสอบค่าที (t-test)						
	n	mean	S.D.	S.E.	C.V.	สถิติ ทดสอบ/t/F	p-value
1. ปัจจัยด้านเพศ						t = -2.62	0.183
เพศหญิง	245	3.97	0.72	0.04	0.18		
เพศชาย	101	3.75	0.69	0.06	0.18		
2. ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว						t = 0.06	0.85
ไม่มีโรคประจำตัว	69	4.01	0.65	0.07	0.16		
มีโรคประจำตัว	277	3.88	0.73	0.04	0.18		
จำนวนรวม	346	100.0					

* $p < .05$

จากตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์พบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 21 ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยด้านช่วงอายุ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ปัจจัยด้านช่วงอายุ	ค่าสถิติพื้นฐาน					
	n	mean	S.D.	S.E.	สถิติทดสอบ/t/F	p-value
1. ปัจจัยด้านช่วงอายุ ในภาพรวม***	346	3.90	0.72	0.03	F=5.94	.000
>74-79 ปี	54	4.14	0.83	0.11		
60-64 ปี	121	4.04	0.69	0.06		
>64-69 ปี	99	3.78**	0.65	0.06		
>79 ปี	15	3.66**	0.61	0.15		
>69-74 ปี	57	3.64**	0.66	0.08		

* $p < .05$

** มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม

***เรียงช่วงอายุจากค่าเฉลี่ยที่ได้จากมากไปหาน้อย

จากตารางที่ 21 พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (mean=3.90) โดยแบ่งได้เป็นช่วงอายุ >70-74 ปี ช่วงอายุ 60-64 ปี ช่วงอายุ > 75-79 ปี ช่วงอายุ >64-69 ปี ช่วงอายุ >79ปีขึ้นไป และอยู่ในระดับสูงทั้งหมด (mean= 4.14, 4.04, 3.78, 3.66และ3.64) ทั้งนี้พบว่า ช่วงอายุ > 64- 69 ปี, >79 ปีขึ้นไป และ >69-74ปีมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมและเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05จำนวน 2 คู่ ได้แก่ ช่วงอายุ 60-64 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า >69-74 ปีและช่วงอายุ>69-74 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า >74-79 ปี

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการของ Scheffe's

ตารางที่ 22 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยด้านช่วงอายุ

ปัจจัย ด้านช่วงอายุ	1. >74-79 ปี (mean=4.14)	2. 60-64 ปี (mean=4.04)	3. > 64-69ปี (mean=3.78)	> 79 ปีขึ้นไป (mean =3.66)	5.> 69-74 ปี (mean= 3.64)
1. >74-79 ปี (mean =4.14)	-	-	-	-	0.4990*
2. 60-64 ปี (mean =4.04)	-	-	-	-	0.4005*
3. > 64-69 ปี (mean =3.78)	-	-	-	-	-
4.> 79 ปีขึ้นไป (mean =3.66)	-	-	-	-	-
5. > 69-74 ปี (mean = 3.64)	-0.4990*	-0.4005*	-	-	-

*p< .05

จากตารางที่ 22 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างไปจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ>70-74 ปีและผู้สูงอายุที่มี อายุอยู่ในช่วง > 75-79 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างไปจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ>70-74ปีอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตาม
ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส	ค่าสถิติพื้นฐาน					
	n	mean	S.D.	S.E.	สถิติ ทดสอบ t/f	p-value
1. ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ในภาพรวม**	346	3.90	0.72	0.03	F=0.03	.964
สมรส	203	3.91	0.70	0.04		
หม้าย/หย่า/แยก	106	3.89*	0.72	0.07		
โสด	37	3.89*	0.80	0.13		

* มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

**เรียงสถานภาพสมรสจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย

มหาวิทยาลัยศิลปากร ส่วนวิทยุสิทธิ์
จากตารางที่ 23 พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตาม
ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean=3.90) สถานภาพสมรสมีพฤติกรรม
การดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม (mean=3.91) พิจารณาแยกรายด้านพบว่า
สถานภาพโสด สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก (mean= 3.89, 3.8 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ไม่แตกต่างกันและผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองสูงกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตาม ปัจจัยด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส	ค่าสถิติพื้นฐาน					
	n	mean	S.D.	S.E.	สถิติ ทดสอบ t/f	p-value
1. ปัจจัยรวมด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ***	346	3.90	0.72	0.03	F=15.2	.00*
เพียงพอใช้	170	4.10	0.65	0.05		
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	76	3.97	0.63	0.07		
ไม่เพียงพอใช้	92	3.54*	0.76	0.07		
อื่นๆ	8	3.37*	0.51	0.18		

* $p < .05$

**มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม

***เรียงสถานภาพสมรสจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย

จากตารางที่ 24 พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำแนกตาม สถานภาพทางเศรษฐกิจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean=3.90) เมื่อแยกรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่สถานภาพทางเศรษฐกิจเพียงพอใช้ เพียงพอใช้และมีเหลือ เก็บ อยู่ในระดับสูง (mean=4.10และ 3.97) ส่วนค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มี สถานภาพทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอใช้และสถานะทางแบบอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง (mean= 3.54, mean =3.37) และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แยกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วย วิธีของ Scheffe's ดังตารางที่ 19 หมายเหตุ: การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneity of variances) ของสถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทำ ANOVA

ตารางที่ 25 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพทางเศรษฐกิจด้วยวิธีการ Scheffe'

ปัจจัยด้าน	1. เพียงพอใช้ (mean=4.10)	2. พอใช้/มีเงินเก็บ (mean=3.97)	3. ไม่เพียงพอใช้ (mean=3.54)	4. อื่นๆ (mean=3.37)
1. เพียงพอใช้ (mean=4.10)	-	-	0.5565	0.7250
2. พอใช้/มีเงินเก็บ (mean=3.97)	-	-	0.4302	-
3. ไม่เพียงพอใช้ (mean=3.54)	-0.5565	-0.4302	-	-
4. อื่นๆ (mean=3.37)	-0.7250	-	-	-

*p < .05

จากตารางที่ 25 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจเพียงพอใช้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างไปจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจเพียงพอและมีเหลือเก็บ และสถานภาพทางเศรษฐกิจแบบไม่เพียงพอใช้ อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจแบบเพียงพอใช้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจเพียงพอใช้และมีเหลือเก็บ (mean=4.10, 3.97) และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจแบบอื่นๆมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจไม่เพียงพอใช้ (mean=3.54, 3.37)

ตารางที่ 26 ค่าสถิติพื้นฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยด้านภาวะการพักอาศัยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ปัจจัยด้านภาวะการพักอาศัย	ค่าสถิติพื้นฐาน					
	n	mean	S.D.	S.E.	สถิติทดสอบ t/f	p-value
1. ปัจจัยด้านภาวะการพักอาศัย***						
การพักอาศัย***	346	3.90	0.72	0.03	F=0.75	.522
อยู่คนเดียว	31	3.96	0.79	0.14		
อยู่กับบุตร/หลาน/ญาติหรือคนอื่น	58	3.96	0.70	0.14		
อยู่กับคู่สมรส บุตร/หลาน/ญาติ	237	3.90*	0.72	0.04		
อยู่กับคู่สมรส	20	3.70**	0.65	0.14		

* $p < .05$

** มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม

*** เรียงกลุ่มอายุที่ได้จากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย

จากตารางที่ 26 พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (mean=3.90) โดยแบ่งได้เป็นภาวะ การพักอาศัยแบบอยู่คนเดียว อยู่กับบุตร/หลาน/ญาติหรือคนอื่นอยู่กับคู่สมรส บุตร/หลาน/ญาติ อยู่กับคู่สมรสซึ่งอยู่ในระดับสูงทั้งหมด (mean= 3.96, 3.96, 3.90 และ 3.70 ตามลำดับ) โดยมีภาวะ การพักอาศัยแบบอยู่คนเดียว และภาวะ การพักอาศัยแบบอยู่กับบุตร/หลาน/ญาติหรือคนอื่นมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ย โดยภาพรวม ทั้งนี้ยังพบอีกว่า ภาวะ การพักอาศัยแบบอยู่กับคู่สมรส และภาวะ การพักอาศัยแบบอยู่กับคู่สมรส บุตร/หลาน/ญาติมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ย โดยภาพรวม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะการพักอาศัยต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 5

การวิเคราะห์เปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ
บนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกรายละเอียดได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 27 ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุรายด้าน

การสนับสนุน ทางสังคมจาก บุคคลใน ครอบครัว	การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวรายด้าน								การสนับสนุน ทางสังคม ในภาพรวม	
	ด้าน อารมณ์		ด้านการ ประเมิน		ด้านข้อมูล ข่าวสาร		ด้านเครื่องมือ /เงินทอง /แรงงาน			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ระดับสูงที่สุด	132	38.2	98	28.3	116	33.5	159	46.0	123	35.5
ระดับสูง	116	33.5	104	30.1	82	23.7	97	28.0	94	27.2
ระดับปานกลาง	77	22.3	108	31.2	84	24.3	70	20.2	103	29.8
ระดับต่ำ	9	2.6	21	6.1	43	12.4	10	2.9	20	5.8
ระดับต่ำที่สุด	12	3.5	15	4.3	21	6.1	10	2.9	6	1.7

การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนตามเกณฑ์ของเบสส์ (Best, J.W. Research in Education, 3rd ed. New Jersey : Prentice Hall, 1997) ดังนี้

ระดับสูงที่สุด	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	4.50-5.00
ระดับสูง	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	3.50-4.49
ระดับปานกลาง	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.50-3.49
ระดับต่ำ	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	1.50-2.49
ระดับต่ำที่สุด	มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	1.00-1.49

ตารางที่ 28 ข้อมูลทั่วไปของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคม โดยทั่วไป	ค่าสถิติพื้นฐานของการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ					แปลผล
	mean	S.D.	S.E.	C.V.	Rank	
ด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน	4.11	1.01	0.05	0.24	1	ระดับสูง
ด้านอารมณ์	4.00	1.01	0.05	0.25	2	ระดับสูง
ด้านการประเมิน	3.71 *	1.07	0.05	0.28	3	ระดับสูง
ด้านข้อมูล	3.66 *	1.22	0.06	0.33	4	ระดับสูง
โดยภาพรวม	3.89	1.01	0.05	0.25	-	ระดับสูง

* มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว
บนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล ในครอบครัวของผู้สูงอายุ	ค่าสถิติพื้นฐาน					
	n	mean	S.D.	S.E.	สถิติ ทดสอบ t/f	p-value
1. ระดับการสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวม**	346	3.90	0.72	0.03	F=65.4	.000
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด	123	4.34	0.57	0.05		
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	94	4.15	0.59	0.06		
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด	6	3.50*	0.54	0.22		
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	20	3.40*	0.50	0.11		
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	103	3.27*	0.46	0.04		

* มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม

**เรียงการสนับสนุนทางสังคมจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย

จากตารางที่ 29 พบว่าค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean=3.90) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับสูงสุดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม (mean=4.34) พิจารณาแยกรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (mean= 4.15, 3.50, 3.40, 3.27 ตามลำดับ)

สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาล หลวงพ่อเป็น บนพื้นฐานปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

มีวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาล หลวงพ่อเป็น
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาล หลวงพ่อเป็น
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาล หลวงพ่อเป็น
4. เพื่อเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวบนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาล หลวงพ่อเป็น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้ผู้วิจัยทำการเลือกโดยการหาอัตราส่วนของประชากร ผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัยในเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็นทั้งหมด 7 แห่ง และหมู่ 1, หมู่ 2 ค. บางแก้วฟ้าซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น และได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 346 คน เป็นผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบ สัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด มีจำนวนข้อคำถามอัตนัย จำนวน 6 ข้อ และแบบเลือกลำดับ อีก 26 ข้อ สถิติ ที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นค่าร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้ค่าที (Independent Sample t-test) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรมากกว่า 2 ตัวโดยทดสอบความแปรปรวนทาง เดียว (One-way ANOVA)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยสรุปได้เป็นประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อกเป็น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 70.80 มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 92 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 203 คนคิดเป็นร้อยละ 58.7 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจแบบเพียงพอใช้จ่าย จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 49.1 มีภาวะ การพักอาศัยเป็นอยู่กับ คู่สมรส/บุตร/หลาน/ญาติ จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 68.5และ การมีโรคประจำตัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวจำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 80.1

2. ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อกเป็น พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean=3.90) คิดเป็นร้อยละ 48.3 เมื่อแยกรายด้านพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทุกด้านอยู่ในระดับสูงดังต่อไปนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ (mean=4.16, 3.95, 3.77 และ 3.54 ตามลำดับ) คิดเป็นร้อยละ 50.9, 36.4, 33.2 และ 42.8 โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวม

3. ผลการศึกษากการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อกเป็น พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean=3.89) คิดเป็นร้อยละ 35.5 เมื่อแยกรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุทุกด้านอยู่ในระดับสูงดังต่อไปนี้ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุด้านเครื่องมือ/เงินทอง/แรงงาน ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล ข่าวสาร (mean=4.11, 4.00, 3.71 และ 3.66 ตามลำดับ) คิดเป็นร้อยละ 46.0, 38.2, 31.2 และ 33.5 ตามลำดับ โดยการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ด้านการประเมิน และด้านข้อมูล ข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในภาพรวม

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองบน ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อกเป็น มีผลการวิจัยดังนี้

4.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

4.2 ผู้สูงอายุ ที่มีช่วงอายุ ต่างกัน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

($\alpha=0.05$, P-value=0.002)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean=3.90) ทั้งนี้ช่วงอายุ > 64-69 ปี ช่วงอายุ > 79 ปี

ขึ้นไปและช่วงอายุ > 69-74 ปีมีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของระดับ พฤติกรรม การดูแลตนเองในภาพรวม (mean=3.78, 3.66, 3.64) เมื่อทำการเปรียบเทียบความ แตกต่างเป็นรายคู่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 2 คู่ได้แก่ ช่วงอายุ 60-64 ปี มีพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่า ช่วงอายุ > 69-74 ปี และช่วงอายุ > 74-79 ปี มีพฤติกรรม การดูแล ตนเองสูงกว่า ช่วงอายุ > 69-74 ปี

4.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

4.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลตนเองแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม การดูแล ตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean=3.90) ทั้งนี้สถานภาพทางเศรษฐกิจแบบไม่เพียงพอใช้มี ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (mean=3.54) และสถานภาพทาง เศรษฐกิจแบบอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยของสถานภาพทางเศรษฐกิจทั้งแบบ ไม่เพียงพอใช้และแบบอื่นๆ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของระดับ พฤติกรรม การดูแลตนเองในภาพรวม (mean=3.54, 3.37) เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างเป็น รายคู่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจำนวน 2 คู่ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจแบบ ีพอเพียงใช้มีพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจแบบ ไม่พอเพียงใช้และแบบ อื่นๆ ทั้งนี้ สถานภาพทางเศรษฐกิจแบบพอเพียงใช้และมีเหลือเก็บมีพฤติกรรม การดูแลตนเองสูง กว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจแบบไม่พอเพียงใช้

4.5 ผู้สูงอายุที่มีภาวะ การพักอาศัยต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่าง กัน

4.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

5. การวิเคราะห์เปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้ สูงอายุบนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น มี ผลการวิจัยดังนี้

5.1 ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ ในระดับสูง (mean=3.89) คิดเป็นร้อยละ 35.5 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทาง สังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุทุกด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด เรียงลำดับได้ดังนี้ การ สนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน, ด้าน อารมณ์, ด้านการประเมิน, ด้านข้อมูลข่าวสาร (mean=4.11, 4.00, 3.71, 3.66,)

5.2 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุด้านเครื่องมือ/ สิ่งของ/แรงงานและด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงกว่าค่าเฉลี่ยใน

ภาพรวม และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุด้านด้านการประเมิน และด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม

5.3 เมื่อทำการเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวบน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (mean=3.90) โดยมี การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับสูงสุด และการ สนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน ระดับที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม (mean=4.34, 4.15ตามลำดับ) และ การสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ และการสนับสนุน ทางสังคมระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (mean= 4.15, 3.50, 3.40, 3.27 ตามลำดับ)

การอภิปรายสรุปผล

จากการสรุปผลสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง เป็น ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงทั้งนี้เพราะว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมี นโยบายเมืองไทยแข็งแรงเพื่อต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และผู้สูงอายุก็ เป็นกลุ่มหนึ่งที่เป็นตัวชี้วัดในนโยบายเมืองไทยแข็งแรงและมีการจัดกิจกรรมต่างๆขึ้นมาเพื่อให้ ผู้สูงอายุได้มาเข้าร่วม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ล้วนเป็นกิจกรรมที่ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองทั้งสิ้น หากพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุดอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลหลวงพ่อบึงมีพระพุทธศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจโดยเฉพาะท่านเจ้าคุณ อุดมประชานารถ (หลวงพ่อบึง)ผู้มีคุณูปการอันใหญ่หลวงต่อชุมชนทั้งใกล้และไกลแม้ท่าน มรณภาพไปนานแล้วคำสั่งสอนและจริยวัตรอันดีงามยังฝังอยู่ในจิตใจประชาชนรวมทั้งผู้สูงอายุ เสมอเพราะผู้สูงอายุอาจหลงลืมได้ง่ายในประสบการณ์และความรู้ใหม่แต่สามารถจดจำและฝังใจ ในความรู้และประสบการณ์เก่าๆที่เคยได้รับตามสภาพวัฒนธรรม ประเพณีดั้งเดิมของตน เมื่อ พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละข้ออยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นผล มาจากกิจกรรมส่วนใหญ่ในชมรมผู้สูงอายุจะเป็นกิจกรรมส่งเสริมผสมผสานการดูแลตนเองด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เช่น การประชุมในชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ความรู้ซึ่งความรู้ที่ให้ ส่วนใหญ่ก็เป็นเรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ และการส่งเสริมสุขภาพและยังทำให้ส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสังคม เช่น การนัดพบปะสังสรรค์พูดคุยระหว่างผู้สูงอายุ การร่วมกันทำบุญ

ดักบาดรในวันสำคัญ การนัดกันไปเยี่ยมเยียนเพื่อนบ้านที่เจ็บป่วย อีกด้วย เมื่อพิจารณาพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านเศรษฐกิจที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวมเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การทำงานเพื่อให้มีรายได้ด้วยตัวผู้สูงอายุเองและท่านมีเงินเก็บไว้ใช้ยามจำเป็น (mean=3.01, 2.94) ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสัมภาษณ์จะมีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปีแต่เนื่องจาก ลักษณะของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ผู้ที่อยู่ในวัย ทำงานไปทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมกันเกือบทั้งหมด ผู้สูงอายุจึงมีหน้าที่ดูแลบ้านและเลี้ยงดู บุตร หลาน ไม่สามารถออกไปทำงานนอกบ้านได้อีกเหตุผลหนึ่งคือ การมีโรคประจำตัวของกลุ่ม ตัวอย่างมีจำนวน 277 คน ร้อยละ 80.1 โดยจากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่า เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด จึงทำให้ไม่สามารถทำงานเพื่อเลี้ยงชีพตนเองได้

2. ผลการวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึงเป็นในภาพรวมอยู่ในระดับสูงทั้งนี้เพราะว่า สังคมของเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึงเป็นทั้งหมดนับถือพระพุทธศาสนาและการแสดงความกตัญญู กตเวทิต่อผู้มีพระคุณอันมีบิดา มารดาเป็นสิ่งสำคัญที่สั่งสอนกันมาต่อเนื่องยาวนานและได้รับการ ยกย่องว่าเป็นการกระทำที่ประเสริฐที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการ ประเมินอยู่ในระดับปานกลางอาจมีสาเหตุมาจาก การที่บุตรหลานในครอบครัวให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเองกับผู้สูงอายุ หรือให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุนำไปใช้ประเมินตนเอง นั้น เกิดขึ้นได้น้อยในสังคมไทย เพราะอาจทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุได้

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปรากฏผลดังต่อไปนี้

3.1 ข้อค้นพบเกี่ยวกับความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึงเป็นจำแนกตามเพศ ผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน ว่าผู้สูงอายุ ที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้จึงไม่ยอมรับสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ตอบแบบ สัมภาษณ์เพศชายมีคะแนนค่าเฉลี่ยในการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.75 และเพศหญิงมีคะแนนค่าเฉลี่ยใน การดูแลตนเอง เท่ากับ 3.97 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการดูแลตนเองระหว่างเพศพบว่าไม่มีความ แตกต่าง (P-value=0.183) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงส์ตระกูล (2535) ได้ ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุผลการศึกษา พบว่าเพศและ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยยะสำคัญทาง

สถิติที่.05 และการศึกษาของเดือนใจ ทองคำ (2549) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 366 คน ผลการศึกษาพบว่าเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ และเขตที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน

3.2 ข้อค้นพบเกี่ยวกับความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อกเป็นจำแนกตามช่วงอายุ ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลการศึกษาครั้งนี้จึงยอมรับสมมุติฐานการวิจัย โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปีมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ > 69-74 ปีซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่มีอายุน้อยสุดคือกลุ่มอายุ 60-64 ปี ยังไม่พบความเสื่อมของระบบต่างๆมากนัก โดยที่ความเสื่อมเหล่านี้จะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและต้องพึ่งพาการดูแลจากสมาชิกครอบครัวเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับกุสุมา ประทุมชนะ (2543) ทำการศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ที่เป็นโสดและแต่งงานแล้วทั้งมีบุตรและไม่มียุตร เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึก ร่วมกับการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปีส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายปกติ มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น วิงเวียน กลุ่มอายุ 70-79 ปีมีปัญหาสุขภาพร่างกายมากขึ้น ร่างกายอ่อนแอและมีอาการทางโรคชดเจนขึ้น กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีสภาพร่างกายอ่อนแอกว่ามากขึ้นและมีปัญหาโรคประจำตัวและการศึกษาของ เดือนใจ ทองคำ (2549) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีกลุ่มอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มอายุ 70-74 ปีและสูงกว่ากลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่.05 และการศึกษาของสุนทรา หิรัญวรรณ (2538:98-99) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิด ไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า เพศ อายุ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภวรินทร์ หันตันติกุล (2539:143) ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับ กนกวรรณ จันทร์แดง (2541:169) ที่พบว่าอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ตำแหน่งทาง ศาสนา และการเจ็บป่วย การมีอาการของโรคในปัจจุบัน ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอิสลามได้

3.3 ข้อค้นพบเกี่ยวกับความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึงเป็นจำแนกตามสถานภาพสมรส ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ($F=0.65$, $P\text{-value}=0.52$) ผลการศึกษาครั้งนี้จึง ไม่ยอมรับสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีสถานภาพโสด จำนวน 37 คนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.89 ผู้สูงอายุมีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกจำนวน 106 คนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.89 ผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรส จำนวน 203 คนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.91 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแบบหม้าย/หย่า/แยกและผู้สูงอายุที่โสดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโดยภาพรวม อธิบายได้ว่า คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุเพราะมีความใกล้ชิดสนิทสนม ผูกพันรักใคร่กันยาวนานเป็นพื้นฐาน และเมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาจากการสอบถามผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหลวงพ่อบึงเป็นพบว่าบุคคลแรกที่ผู้สูงอายุจะขอความช่วยเหลือ คือ คู่สมรส ไฉนพร ชื่นใจเรือง (2536:51) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสและได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสนั้นสามารถลดภาวะเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในอารมณ์ เห็นคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับความจริง สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพที่มีอยู่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2543) ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย ใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์และคณะ (1985) ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01และการศึกษาของรวมพร คงกานันต์ (2536) ได้ทำการศึกษาแบบแผนแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยนอกที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการไปสัมภาษณ์

ลึกลงตัวอย่างที่บ้านจำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัว มีผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกวรินทร์ หันกิตติกุล (2539:92) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ และการศึกษาของมุขเลนแคมป์ (Muhlenkamp, A.F.1986:334-338)อ้างถึงใน ดวงพร รัตนอมรชัย (2535:53) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี ของผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18-67 ปี ตัวอย่างจำนวน 98 คน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนวิถีชีวิตของคนโสด และ หม้าย/หย่า โดยคนโสดมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด

3.4 ข้อค้นพบเกี่ยวกับความแตกต่างของระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็นจำแนกตามสถานภาพเศรษฐกิจ ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเศรษฐกิจแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเศรษฐกิจแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ($F=27.7$, $P\text{-value}=0.00$) ผลการศึกษานี้จึงไม่ยอมรับสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเศรษฐกิจแบบพอเพียงใช้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระดับสูงจำนวน 170 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 3.99 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเศรษฐกิจแบบพอเพียงใช้และมีเหลือเก็บมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระดับสูงจำนวน 76 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 3.82 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเศรษฐกิจแบบไม่พอใช้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลางจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 3.35 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเศรษฐกิจแบบอื่นมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลางจำนวน 8 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เท่ากับ 3.30 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจหรือรายได้ของผู้สูงอายุสามารถอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ กับผู้สูงอายุที่มีรายได้แบบเพียงพอใช้จ่ายสามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกสบายในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจแบบไม่เพียงพอใช้และผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจแบบอื่น ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวันได้และยังรวมถึงไม่สามารถมีพฤติกรรมที่ดูแลสุขภาพให้มีความรู้ที่ตีได้อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535:45) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมและรายด้านทุกด้านแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2535:ก-ข) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ

แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.5 ข้อค้นพบเกี่ยวกับความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อกเป็นจำแนกตามภาวะ การพักอาศัย ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะ การพักอาศัย ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะ การพักอาศัย ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ($F=0.75$, $P\text{-value}=0.52$) ผลการศึกษานี้จึงไม่ยอมรับสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีภาวะ การพักอาศัย อยู่กับคู่สมรส/บุตร/หลานหรือคนอื่น ๆ จำนวน 237 รายคิดเป็นร้อยละ 68.5 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.96 ผู้สูงอายุภาวะ การพักอาศัย แบบอยู่คนเดียว จำนวน 31 รายคิดเป็นร้อยละ 9.0 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.96 ผู้สูงอายุมีภาวะ การพักอาศัย อยู่กับคู่สมรส/บุตร/หลาน จำนวน 58 รายคิดเป็นร้อยละ 16.8 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.70 ผู้สูงอายุภาวะ การพักอาศัย แบบอยู่กัคู่สมรส จำนวน 20 รายคิดเป็นร้อยละ 5.8 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.70 ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะ การพักอาศัย ต่างกันต้อง ขวนขวายหาความรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเองเนื่องจากเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ บุตรธิดา มักจะมีครอบครัว และแยกย้ายออกไปมีครอบครัวต่างหากไม่สามารถกลับมาดูแลผู้สูงอายุได้และ ถึงแม้จะอยู่ในครอบครัวขยายที่มีจำนวนสมาชิกหลายคน การต้องออกไปทำงานนอกบ้านของสมาชิกครอบครัว เพื่อหาเลี้ยงชีพ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวต้องช่วยเหลือดูแลตนเองเพียงลำพัง จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันเพราะการได้รับการดูแลในเรื่องการสนองตอบความต้องการด้านต่างๆ ใกล้เคียงกันสอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤดี ศรีราม (2539: 51) ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาความไว้ห้าวและการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คนผลการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับ พรรณี ปานเทวัญ (2533:ก, 30, 56-57) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพอนามัย และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม สถานที่พักอาศัย และระบบการทำงาน กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงในอุตสาหกรรมสิ่งทอ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานหญิงในอุตสาหกรรมสิ่งทอ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 450 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม สถานที่พักอาศัย และระบบการทำงานแตกต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยส่วนรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3.6 ข้อค้นพบเกี่ยวกับความแตกต่างของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อกันเป็นจำแนกตามโรคประจำตัว ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษานี้จึงไม่ยอมรับสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จำนวน 277 คน มีคะแนนค่าเฉลี่ยในการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.76 และผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 69 คน มีคะแนนค่าเฉลี่ยในการดูแลตนเอง เท่ากับ 3.80 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการดูแลตนเองระหว่างกรณีโรคประจำตัว พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.56$, $P\text{-value}=0.11$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับกุสุมา ประชุมชนะ (2543) ทำการศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ที่เป็นโสดและแต่งงานแล้วทั้งมีบุตรและไม่มีบุตร เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ระดับลึก ร่วมกับการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจะมีวิธีการดูแลรักษาตนเองขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค, สภาพเศรษฐกิจและสุขภาพร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นหลักต่อความพึงพอใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ (2543) ทำการศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาการเป็น อสม. การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01แต่ไม่สอดคล้องกับ เตือนใจ ทองคำ (2549) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 366 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

4. ข้อค้นพบเกี่ยวกับความแตกต่างของระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ปรากฏผลดังต่อไปนี้

4.1 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\text{mean}=3.89$)และเมื่อแยกรายด้านพบว่า อยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยพบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงานและด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม ($\text{mean}=4.11$, 4.00ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใน

ครอบครัวด้านการประเมินและด้านข้อมูล ข่าวสารมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม (mean=3.71, 3.66ตามลำดับ)

4.2 การเปรียบเทียบระดับของการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุบนปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (mean=3.90)เมื่อแยกรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับสูงสุดจำนวน 123 คนการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับสูง จำนวน 94 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม (mean=4.34, 4.15ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับต่ำสุดจำนวน 6 คนการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับต่ำ จำนวน 20 คน การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวในระดับปานกลาง จำนวน 103 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม (mean=3.50, 3.40และ 3.27 ตามลำดับ)

4.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุบนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวต่างกันพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน (F=65.4, p-value=0.00)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาที่ผ่านมาเมื่อพิจารณาแนวโน้มของผู้สูงอายุแล้วพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนอีกทั้งการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในปัจจุบันทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยทุกภาคส่วน ในปัจจุบันนี้พบว่าขนาดของครอบครัวมีขนาดเล็กลง จำนวนสมาชิกในครอบครัวลดลง ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตนเองมากขึ้น จากผลการวิจัยพบว่า มีปัจจัยสำคัญ 2 ประการที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า ช่วงอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สามารถบ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม อายุเป็นตัวบ่งชี้ฐานะหรือความสามารถในการดูแลตนเอง อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงในวัยสูงอายุ (Orem 1991:238-241)ดังเช่นการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ช่วงอายุ 60-64 ปีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าช่วงอายุ มากกว่า 74-79 ปี ดังนั้นจึงมีการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุมากขึ้น โดยมีพื้นฐานการส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้ โดยเฉพาะโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็นและสถานีนอนามัยเครือข่าย

ควรมีการนำเสนอผลการวิจัยเรื่องนี้และร่วมมือกันให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้กับผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบผ่านทางช่องทางต่างๆ ที่เหมาะสม เช่น วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว จัดอบรมเป็นกลุ่มในชุมชนที่มีความพร้อมหรือให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัวเมื่อผู้สูงอายุมารับบริการที่สถานอนามัย/โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น เพื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองที่เหมาะสมในผู้สูงอายุไปสู่กลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึงโดยเน้นความสำคัญของการดูแลตนเองทุกด้านให้กับผู้สูงอายุมีความเข้าใจถึงความสำคัญในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น กลวิธีหลักที่จะแก้ปัญหานี้ คือ การส่งเสริมสุขภาพภายใต้ความหมาย “การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรค” ซึ่งเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาเชิงรุก เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหมายรวมถึงการเปลี่ยนวิถีชีวิตนั้นเป็นวิธีการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมต่อไปได้

2. ผู้สูงอายุที่มีสภาวะทางเศรษฐกิจต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันจากการศึกษาพบว่าสภาวะทางเศรษฐกิจโดยหมายถึง เงินนั้น เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต ทำให้ชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นเห็นได้ชัดจาก ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและการเงินจึงประสบกับปัญหาการดูแลตนเองที่ด้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายในระดับปัจเจกบุคคล เช่น

- การจัดบริการเคลื่อนที่ไปในชุมชนเพื่อให้ความรู้ด้านต่างๆเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องเป็นระยะ เนื่องจากผู้สูงอายุหลายรายไม่มีเงินค่าจ้างพาหนะที่จะมาโรงพยาบาล ไม่มีวิทยุฟังรายการเพื่อสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพจึงด้อยลงกว่ากลุ่มอื่น จึงควรมีหน่วยให้ความรู้เคลื่อนที่เข้าไปในชุมชนที่ห่างไกลบริการสุขภาพที่จำเป็นพื้นฐาน เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

- การจัดบริการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น แว่นตา ไม้เท้า ช่วยในการเดิน เป็นต้น

- การจัดบริการให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงเจตคติจากเดิมที่คิดว่าการเจ็บป่วยเกิดขึ้นตามธรรมชาติไม่มีทางหลีกเลี่ยงได้ มาเป็นเพียงผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองได้ดีจะสามารถทำหน้าที่ดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

- การจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปี ที่โดยปกติทางโรงพยาบาลจะให้บริการตรวจสุขภาพฟรีให้แก่ผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้งอยู่แล้ว แต่ควรอำนวยความสะดวกโดยการขยายช่วงเวลาให้เพิ่มขึ้นและเพิ่มช่องทางพิเศษเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ และที่สำคัญคือ การประชาสัมพันธ์โครงการตรวจสุขภาพที่ต้องไปให้ถึงกลุ่มเป้าหมายแม้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลให้ทราบโดยทั่วกัน

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังนั้นการแก้ไขปัญหาค่าการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จึงควรคำนึงถึงการส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ให้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย แนวทางการรักษาความเจ็บป่วยของบุคลากรทางการแพทย์และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึงและเครือข่ายควรมีแผนในการดำเนินการผลักดันให้ครอบครัวคำนึงถึงความสำคัญในบทบาทของครอบครัวที่จะสามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการดูแลตนเองทางด้านเศรษฐกิจในผู้สูงอายุเนื่องจากผลการวิจัยพบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมีผลทั้งกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพต่อไป

2. ควรมีการทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการศึกษาแบบเจาะลึกในปัจจัยทางด้านของการสนับสนุนทางสังคมแหล่งอื่น เช่น ชุมชน รัฐบาลหรือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เป็นต้น รวมถึงความถี่ของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและผลความแตกต่างของการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจความรู้และพฤติกรรมสุขภาพพ.ศ.2549. พิมพ์ครั้งที่1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2549.

กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช, 2541.

ชนิษฐา คุณสว่าง. “ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีนปฐมภูมิเมเปิดโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี.” ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.

ชนิษฐา นาคะ. “วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้”.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

เขมิกา ยามะรัต. “ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา:กรณีศึกษาข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์.”วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.

จันทนา มหามงคล. “การทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุอำเภอท่ามะกาจังหวัดกาญจนบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2527.

จำเรียง ฐรมะสุวรรณ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536.

จิรภา หงษ์ตระกูล. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

ฉัตรทอง อินทร์นอก. “พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย”. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

ชนานุช อภิกัทรำรง. “การจัดการศึกษาตามแนววิถีชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บางแค.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2540.

ชลธิชา วังวิเวก. “ความสัมพันธ์กับสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตราและคนอื่นๆ. สุขภาพคนไทย 2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม:อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง, 2550.

เดือนใจ ทองคำ. “พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2549.

ทิพวัลย์ ชาวสำอางค์. “แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรค ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารบดิ.” วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก จิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยSPSS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:บริษัท วี. อินเทอร์เน็ต, 2548.

นงลักษณ์ บุญไทย. “ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกอนามัย ครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

นพรัตน์ หนูย่านายาง. “พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ ทหารเรือ.” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.

นภาพร ชโยวรรณและคณะ. ปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารประชุมวิชาการประชากรศึกษา แห่งชาติ, 2530. โรงแรมอิมพีเรียล กรุงเทพฯ, 16 สิงหาคม 2536.

นริศรา ลีลามานิต. “ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ จังหวัด เชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.

นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ. “ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.”

วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

นิตา ชูโต. กษุณาไทย. กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

บรรลุ ศิริพานิช, บรรณาธิการ. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. (1-10) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2541.

_____. ผู้สูงอายุไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2543.

บุญทิพย์ สิริธรรงสี. “ประยุกต์การดูแลตนเองของ โอเร็มในผู้ป่วยเบาหวาน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล, 2527.

ประคอง วรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงแก้ไข). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทด้านสุทธาการพิมพ์ จำกัด, 2542.

ภาวิณี หงษ์เจริญ. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม.” วิทยานิพนธ์หลักสูตรการจัดการมหาบัณฑิต สาขาการจัดการบริการสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2548.

โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง. รายงานการประเมินตนเองเครือข่ายโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2549. 30 มิถุนายน 2549.

มัลลิกา มัติโก ในพิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (บรรณาธิการ). แนวคิดและการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองที่คณะทางสังคม วัฒนธรรม. นครปฐม: ศูนย์ศึกษา นโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

ละออง สุวิทยากรณ์. “ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท:กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ศิริมา ลีละวงศ์. “ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการสูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเอง.”

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2548.

สมจิต หนูเจริญกุล.การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล.กรุงเทพฯ:บริษัทวิญญูสิน
จำกัด,2534.

_____ .การดูแลตนเองและศิลปทางการแพทย์พยาบาล.พิมพ์ครั้งที่3.กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์วี เจ พรินติ้ง,2536.

สมศรี ความากิ และภานี ขวัญดี.พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับคนไทย.พิมพ์ครั้งที่1.นนทบุรี
:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,2549.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สมุดรายนงานสถิติจังหวัดฉบับพ.ศ.2547.นครปฐม:สำนักงานสถิติจังหวัด
นครปฐม, 2548.

_____ . สมุดรายนงานสถิติจังหวัดฉบับพ.ศ.2548.นครปฐม:สำนักงานสถิติจังหวัดนครปฐม,
2549.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย .กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง
จำกัด.2542, 15-16.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล,ชัยศ คุณานุสนธิ,วิพุธ พูลเจริญและพบลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล.ปัญหาสุขภาพ
ผู้สูงอายุไทย.กรุงเทพฯ:สถาบันวิจัยสาธารณสุข.มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. “ผู้สูงอายุในประเทศไทย”รายงานการทบทวนองค์ความรู้และ
สถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย.กรุงเทพฯ:สาขา
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์.คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ.กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534

สุลี ทองวิเชียรและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนของ
กรุงเทพมหานคร. ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล,2534.(อัคราณา)

หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ. “พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม”ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2543.

ภาษาอังกฤษ

Best,j.w.Research in Education.3rd ed.New Jersey:Prentice Hall,1977.

Denyes,M.J.Orem's Model Used for Health Promotions:Directions from research.Nursing Science 11(October 1989):13-21.

Orem,E.D. Nursing: Concepts of Practice. 2nd ed. New York :Mc Graw Hill,1985.

Orem,E.D. Nursing: Concepts of Practice. 4th ed. St.Louis :Mosby,1991.

Yamane,T.Statistics an Introductory Analysis. 3rd ed.New York:Harper and Row International,1973.

การค้นคว้าจาก Internet

นพวรรณ จงวัฒนาและคณะ. เนื้อหาโดยสรุปของฐานข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย[Online].

Accessed 15เมษายน2550.Available from http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai

ประสาธ โทศรวานนท์. สถานการณ์ สภาพปัญหาและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม

[Online].Accessed 5เมษายน2550.Available from

<http://www.agingthai.org/?p=content&id=377>

มยุรา นพพรพันธ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุในประเทศไทย[Online].

Accessed 29พฤษภาคม2550.Available from http://www.riclip.nrct.go.th/_info/thai

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, การคาดประมาณประชากรของ

ประเทศไทย 2543-2568. [Online]. Accessed 25 พฤษภาคม 2550. Available from

<http://www.agingthai.org/?p=content&id=377>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.พฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรไทย. [Online].Accessed

9 เมษายน2550.Available from http://servive.nso.go.th/nso/data/02/wor_article47html.

มหาวิทยาลัยศิลปากร ภาคผนวก สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือ

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. นายชูชาติ นามขาน | ผู้ปกครอง
สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี
(หลวงพ่อบึงอุบลรัตน์) |
| 2. นายมนตรี ปัทมฐานมนตรี | นักสังคมสงเคราะห์
สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี
(หลวงพ่อบึงอุบลรัตน์) |
| 3. นางคุณฉวี ทองเกลี้ยง | พยาบาลวิชาชีพ 7
โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม |
| 4. นางภาวิณี หงษ์เจริญ | พยาบาลวิชาชีพ 7
โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม |

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ข

คำดัชนีความสอดคล้องโครงสร้างแบบสลับภาพจากแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ

มหาวิทยาลัยศิลปากร ลงวันสี่สิบสี่

ค่าความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่น

1. ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content)

เป็นการพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามในเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยว่าข้อคำถามได้ตรงตามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยหรือไม่ ผู้พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา นิยมใช้ผู้เชี่ยวชาญ (Expert) จำนวนไม่น้อยกว่า 3 คน เป็นผู้หาความสอดคล้องของข้อคำถามกับตัวแปรในการวิจัย การหาค่าความสอดคล้องของข้อคำถามในการวิจัยคำนวณความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับข้อคำถามที่สร้างขึ้น ดัชนีที่ใช้แสดงค่าความสอดคล้องเรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-objective Congruence Index: IOC) โดยให้คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็น 3 ระดับ คือ 1=สอดคล้อง 0=ไม่แน่ใจ -1=ไม่สอดคล้อง และข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ต้องมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป จึงจะถือว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและเป็นที่ยอมรับในการวิจัยได้

คำนวณค่า IOC โดยใช้สูตร ดังนี้

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ $IOC = \Sigma R/n$

R = ผลคูณของคะแนนกับจำนวนกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญในแต่ละระดับ
ความสอดคล้อง

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

สรุปการวิเคราะห์ IOC ดังนี้ คือ

1) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านร่างกายทั่วไปมีข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ ได้ค่า IOC = 1 จำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามที่ 8, 13, 14, 18, 20, 28, 30 มีค่า IOC = 0.5 และข้อ 12 มีค่า IOC = 0.25 จึงพิจารณาตัดข้อคำถามที่ได้ค่า IOC น้อยกว่า 1 ออกทั้งหมด เหลือข้อคำถามที่สามารถนำไปทดลองใช้ได้ทั้งสิ้น 17 ข้อ หลังจากนั้นทำการปรับใช้โดยพิจารณาจากค่าความเชื่อมั่นที่ทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆและตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาจนกระทั่งเหลือข้อคำถามที่ใช้จริง 11 ข้อ

2) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านจิตใจ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ ได้ค่า IOC = 1 จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามที่ 1 มีค่า IOC = 0.25 ข้อคำถามที่ 4, 7, 11, 12 มีค่า IOC = 0.5 และข้อ 2, 3, 8 มีค่า IOC = 0.75 จึงพิจารณาตัดข้อคำถามที่ได้ค่า IOC น้อยกว่า 1 ออกทั้งหมด เหลือข้อคำถามที่สามารถนำไปทดลองใช้ได้ทั้งสิ้น 7 ข้อ หลังจากนั้นทำการปรับใช้โดยพิจารณาจากค่าความเชื่อมั่นที่ทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆและตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาจนกระทั่งเหลือข้อคำถามที่ใช้จริง 5 ข้อ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสังคม มีข้อคำถามทั้งสิ้น 16 ข้อ ได้ค่า IOC = 1 จำนวน 9 ข้อ ข้อ 1 มีค่า IOC = 0. ข้อคำถามที่ 2, 5, 12, 14 มีค่า IOC = 0.5 และข้อ 6, 9 มีค่า IOC = 0.75 จึงพิจารณาตัดข้อคำถามที่ได้ค่า IOC น้อยกว่า 1 ออกทั้งหมด เหลือข้อคำถามที่สามารถนำไปทดลองใช้ได้ทั้งสิ้น 9 ข้อ หลังจากนั้นทำการปรับใช้โดยพิจารณาจากค่าความเชื่อมั่นที่ทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆและตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาจนกระทั่งเหลือข้อคำถามที่ใช้จริง 7 ข้อ

3) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ มีข้อคำถามทั้งสิ้น 15 ข้อ ได้ค่า IOC = 1 จำนวน 3 ข้อ ข้อ 8, 9, 11, 13, 15 มีค่า IOC = 0.25 ข้อคำถามที่ 4, 6 มีค่า IOC = 0.5 และข้อ 2 มีค่า IOC = 0.75 จึงพิจารณาตัดข้อคำถามที่ได้ค่า IOC น้อยกว่า 1 ออกทั้งหมด เหลือข้อคำถามที่สามารถนำไปทดลองใช้ได้ทั้งสิ้น 3 ข้อ หลังจากนั้นทำการปรับใช้โดยพิจารณาจากค่าความเชื่อมั่นที่ทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆและตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาจนกระทั่งเหลือข้อคำถามที่ใช้จริง 3 ข้อ

4) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ ได้ค่า IOC = 0.75 จำนวน 2 ข้อ คือข้อคำถามที่ 3, 7 ข้อคำถามที่ 1, 2, 4, 5, 6, 8 มีค่า IOC = 0.5 และข้อ 9, 10 มีค่า IOC = 0 จึงพิจารณานำข้อคำถามที่ได้ค่า IOC = 0.75 และ = 0.5 ไปทดลองใช้ 9 ข้อ หลังจากนั้นทำการปรับใช้โดยพิจารณาจากค่าความเชื่อมั่นที่ทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆและตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาจนกระทั่งเหลือข้อคำถามที่ใช้จริง 6 ข้อ

5) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินมีข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ ได้ค่า IOC = 1 จำนวน 2 ข้อ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 7 มีค่า IOC = 0.5 และข้อ 8, 9, 10, มีค่า IOC = 0.75 จึงพิจารณาตัดข้อคำถามที่ได้ค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ออกทั้งหมด เหลือข้อคำถามที่สามารถนำไปทดลองใช้ได้ทั้งสิ้น 5 ข้อ หลังจากนั้นทำการปรับใช้โดยพิจารณาจากค่าความเชื่อมั่นที่ทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆและตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเหลือข้อคำถามที่ใช้จริง 5 ข้อ

6) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีข้อคำถามทั้งสิ้น 5 ข้อ ได้ค่า IOC = 1 จำนวน 3 ข้อ ข้อ 3, 4 มีค่า IOC = 0.75 จึงพิจารณานำข้อคำถามที่ได้ค่า IOC = 1 และ = 0.75 นำไปทดลองใช้ได้ทั้งสิ้น 5 ข้อ หลังจากนั้นปรับใช้โดยพิจารณาจากค่าความเชื่อมั่นที่ทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆและตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาเหลือข้อคำถามที่ใช้จริง 5 ข้อ

7) การสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ สิ่งของ และแรงงาน มีข้อคำถามทั้งสิ้น 7 ข้อ ได้ค่า IOC = 1 จำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามที่ 5 มีค่า IOC = 0 และข้อ 6, 7 มีค่า IOC = 0.75 จึงพิจารณาตัดข้อคำถามที่ได้ค่า IOC น้อยกว่า 1 ออกทั้งหมด เหลือข้อคำถามที่สามารถนำไปทดลองใช้ได้ทั้งสิ้น 4

ข้อ หลังจากนั้นปรับใช้โดยพิจารณาจากค่าความเชื่อมั่นที่ทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ และตามคำแนะนำอาจารย์ที่ปรึกษาจนเหลือข้อคำถามที่ใช้จริง 4 ข้อ

ตารางที่ 30 ค่าความสอดคล้องข้อคำถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายทั่วไป		ความสอดคล้อง			
		สอดคล้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	$\Sigma R/n$
		1	0	-1	
1	ท่านอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	4	0	0	1
2	เสื้อผ้าที่ท่านสวมใส่ผ่านการซักทำความสะอาด	4	0	0	1
3	ท่านจัดที่อยู่อาศัยให้มีการระบายอากาศได้ดี	4	0	0	1
4	ท่านทำความสะอาดปากและฟันทุกเช้าและก่อนนอน	4	0	0	1
5	ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ	4	0	0	1
6	ท่านจัดอาหารที่ท่านรับประทานให้ครบ 5 หมู่ ทุกมื้อ	4	0	0	1
7	ท่านรับประทานอาหารประเภท เนื้อสัตว์ติดมัน หนังกุ้ง แกงกะทิ ลูกชิ้นทอด กลัวยทอด ปาท่องโก๋	4	0	0	1
8	ท่านดื่มนมเป็นประจำเพื่อบำรุงร่างกาย	3	0	1	0.5
9	ท่านรับประทานผัก ผลไม้ เพื่อระบายท้องเป็นประจำ	4	0	0	1
10	เมื่อรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรงท่านชอบดื่มนกาแฟ	2	0	2	0
11	ท่านฝึกฝนให้มีการถ่ายอุจจาระได้ทุกวัน	4	0	0	1
12	ท่านไม่สามารถนั่งส้วม ได้เป็นเวลา ท่านจึงจะเข้า ห้องน้ำเมื่อมีอาการปวด	2	1	1	0.25
13	ท่านท้องผูกรับประทานยาระบายเป็นประจำ	3	0	1	0.5
14	ท่านกลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้	3	0	1	0.5
15	ท่านออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยทำครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	4	0	0	1
16	ท่านเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ เพื่อป้องกันการหกล้ม	4	0	0	1
17	ท่านดูแลพื้นบ้านพื้นห้องน้ำให้สะอาด แห้ง ไม่ลื่น	4	0	0	1

ตารางที่ 30 (ต่อ)

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายทั่วไป		ความสอดคล้อง			
		สอดคล้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	$\Sigma R/n$
		1	0	-1	
18	ท่านสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งเมื่อขับขีรถจักรยานยนต์	3	0	1	0.5
19	ท่านนอนหลับ 6-8 ชั่วโมงในตอนกลางคืน	4	0	0	1
20	ท่านนอนหลับได้น้อยในตอนกลางคืน	2	1	1	0.5
21	ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกวัน	1	2	1	0
22	ท่านต้องกินยาคลายเครียดก่อนนอนทุกวัน	1	2	1	0
23	ท่านสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน	1	2	1	0
24	ถ้าท่านไม่ดื่มกาแฟในตอนเช้าท่านจะไม่มีแรงทำงาน	1	2	1	0
25	ท่านเอกซเรย์ปอดทุกปี	4	0	0	1
26	ท่านตรวจวัดสายตาทุกปี	4	0	0	1
27	ท่านตรวจฟัน ปีละ 2 ครั้งทุกปี	4	0	0	1
28	(เพศหญิง)ท่านได้รับการตรวจภายในปีละ 1 ครั้งทุกปี (เพศชาย)ท่านได้รับการตรวจต่อมลูกหมากปีละ 1 ครั้งทุกปี	3	0	1	0.5
29	ท่านตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4	0	0	1
30	ท่านไม่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยก็ซื้อยากิน	3	0	1	0.5
พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านจิตใจ					
1	เมื่อท่านมีอาการมึนโง่ ท่านต้องแสดงออกอย่างชัดเจน	2	0	1	0.25
2	เมื่อท่านมีอาการมึนโง่ ท่านเก็บความโง่ไว้ใจ	3	0x1	0	0.75
3	เมื่อท่านมีเรื่องกั้มใจ วิตกกังวลท่านจะเก็บไว้ใจ	3	0x1	0	0.75
4	เมื่อมีปัญหาด้านจิตใจท่านจะกินยาคลายเครียดทุกครั้ง	3	0	1	0.5
5	ท่านสวดมนต์ก่อนนอนทุกคืน	4	0	0	1
6	เมื่อท่านทำกิจวัตรประจำวันเสร็จ ท่านพักผ่อนด้วยการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์	4	0	0	1

ตารางที่ 30 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายทั่วไป		ความสอดคล้อง			
		สอดคล้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	$\Sigma R/n$
		1	0	-1	
7	ท่านเคยคิดฆ่าตัวตาย	3	0	1	0.5
8	ท่านไปวัดฟังธรรมทุกวันสำคัญทางศาสนา	3	1	0	0.75
9	ท่านรู้สึกใจเย็นมากขึ้นกว่าเมื่อตอนที่ท่านอยู่ในวัยผู้ใหญ่	4	0	0	1
10	ท่านมีเพื่อนสนิทที่สามารถช่วยเหลือท่านได้	4	0	0	1
11	ท่านคุยกับเพื่อนเรื่องความตายเป็นประจำ	3	0	1	0.5
12	ท่านรู้จักตนเองเป็นอย่างดี	2	2	0	0.5
13	เมื่อท่านมีปัญหาท่านระบายให้คนใกล้ชิดฟัง	4	0	0	1
14	ท่านใช้คำสอนทางศาสนายึดเหนี่ยวจิตใจ	4	0	0	1
15	เมื่อท่านประสบกับปัญหาต่างๆ ท่านสามารถแก้ไขได้ทุกครั้ง	4	0	0	1
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านสังคม					
1	ที่พักอาศัยมีห้องส่วนตัวสำหรับอยู่ตามลำพัง	2	0	2	0
2	ท่านไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจกับครอบครัวสม่ำเสมอ	3	0	1	0.5
3	ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	4	0	0	1
4	ท่านสร้างสัมพันธ์ไมตรีกับคนวัยเดียวกันและต่างวัยเสมอ	4	0	0	1
5	ท่านมักจะเล่านิทานให้เด็กฟัง	3	0	1	0.5
6	ท่านยังติดต่อพูดคุยไปมาหาสู่กับเพื่อนเก่าเสมอ	3	1	0	0.75
7	ท่านศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนยามฉุกเฉิน	4	0	0	1
8	ท่านมีงานบ้านที่รับผิดชอบในครอบครัว	4	0	0	1
9	ท่านใช้หลักธรรม คำสอนทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ	3	0	1	0.75

ตารางที่ 30 (ต่อ)

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายทั่วไป		ความสอดคล้อง			
		สอดคล้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	$\Sigma R/n$
		1	0	-1	
10	เมื่อมีคนมาปรึกษาท่าน ท่านแนะนำไปตาม ประสบการณ์	4	0	0	1
11	ท่านให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมของชุมชน	4	0	0	1
12	ท่านมักจะไปเยี่ยมเยียนบุตร หลานที่อยู่ห่างไกลออกไป	3	0	1	0.5
13	เมื่อภายในชุมชนมีกิจกรรมใดๆท่านมักจะไปช่วยเสมอ	4	0	0	1
14	ท่านมักจะแสดงสีหน้ายิ้มแย้ม	3	0	1	0.5
15	ท่านไปร่วมงานพิธีต่างๆที่ท่านได้รับเชิญ	4	0	0	1
16	เมื่อทราบว่าเพื่อนบ้านไม่สบายท่านจะไปเยี่ยมเยียน	4	0	0	1
พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้าน เศรษฐกิจ					
1	ท่านมีรายได้ประจำทุกเดือนจากการทำงาน	4	0	0	1
2	ท่านมีรายได้ประจำทุกเดือนจาก บุตร/หลาน/ญาติ/	3	1	0	0.75
3	ท่านมีการทำงานเพื่อเสริมรายได้ ให้เพิ่มขึ้นอีก	4	0	0	1
4	ท่านมีการเตรียมตัวเรื่องเงินสำรองไว้เลี้ยงชีพ	3	0	1	0.5
5	ท่านไม่มีรายได้ประจำที่แน่นอน	1	2	1	0
6	ท่านวางแผนการใช้จ่ายเงินทุกเดือน	3	0	1	0.5
7	ท่านใช้จ่ายเงินอย่างประหยัด	4	0	0	1
8	ท่านใช้จ่ายเงินในการซื้อห่วย เล่นการพนัน	2	1	1	0.25
9	ท่านเป็นหนี้จำนวนมาก	2	1	1	0.25
10	ท่านมีเงินเก็บจำนวนมาก	1	1	2	0
11	ลูกหลานมักจะยืมเงินท่านไปใช้แล้วไม่นำมาคืนให้	2	1	1	0.25
12	หลายครั้งที่ท่านทำบุญมากเกินไปจนเงินไม่พอใช้	2	0	2	0
13	รายได้จากท่านเป็นรายได้หลักของครอบครัว	2	1	1	0.25

ตารางที่ 30 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายทั่วไป		ความสอดคล้อง			
		สอดคล้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	$\Sigma R/n$
		1	0	-1	
14	ท่านมีเงินเก็บไว้ในธนาคาร	3	0	1	0.5
15	ท่านเก็บเงินบางส่วนไว้ให้ลูกหลาน	2	1	1	0.25
แรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ (emotional support)					
1	ท่านพึงพอใจกับความรักความอบอุ่นในครอบครัว	3	0	1	0.5
2	ท่านและสมาชิกครอบครัวมีโอกาสปรึกษาหารือกัน	3	0	1	0.5
3	ท่านพึงพอใจต่อวิธีการตอบสนอง ต่ออารมณ์ของท่าน	3	1	0	0.75
4	ท่านมีความสุขที่ได้อยู่ร่วมกันในครอบครัว	3	0	1	0.5
5	ไม่ว่าท่านจะแสดงพฤติกรรมใดออกมาครอบครัวมีความเข้าใจในตัวท่านเสมอ	3	0	1	0.5
6	เมื่อท่านมีอาการโกรธเกิดขึ้นท่านจะหนีปัญหา	2	2	0	0.5
7	ท่านได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตนจากสมาชิกครอบครัว	3	0	1	0.75
8	เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัวท่านจะแสดงอาการไม่พอใจ	3	0	1	0.5
9	ยามว่างจากปฏิบัติการกิจต่างๆท่านดื่มสุรากับเพื่อนฝูง	2	0	2	0
10	ท่านหลีกเลี่ยงที่จะเข้ากลุ่มดื่มสุรา เพราะไม่เกิดประโยชน์	2	0	2	0
แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมทางการ ประเมิน (appraisal support)					
1	เมื่อสมาชิกครอบครัวมีความทุกข์ท่านจะทำเฉยๆ	2	0	2	0.5
2	เมื่อเพื่อนมีปัญหาอ่อนไม่หลับ ท่านจะแบ่งยานอนหลับให้เพื่อน	2	0	2	0.5

ตารางที่ 30 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายทั่วไป		ความสอดคล้อง			
		สอดคล้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	$\Sigma R/n$
		1	0	-1	
3	สมาชิกครอบครัวบอกท่านว่าท่านใจร้อนวู่วาม โมโหง่าย	2	1	0	0.5
4	เมื่อท่านพบญาติสนิทกำลังจะฆ่าตัวตายท่านพูด ปลอบใจ	0	0	4	0
5	หลายครั้งที่ท่านตัดสินใจแก้ปัญหาโดยขอคำแนะนำ จากสมาชิกครอบครัว	4	0	0	1
6	เมื่อท่านลืมปฏิบัติกิจวัตรประจำ สมาชิกครอบครัวจะ คอยเตือนท่าน	4	0	0	1
7	หลายครั้งที่ท่านพูดคุยกับคนอื่นแล้วเข้าใจไม่ตรงกัน สมาชิกครอบครัวจะคอยบอกท่าน	3	0	1	0.5
8	เมื่อท่านแสดงความคิดเห็นเรื่องต่างๆภายในครอบครัว สมาชิกครอบครัวจะรับฟังท่าน	3	0	1	0.75
9	สมาชิกครอบครัวบอกว่าเชื่อมั่นในตัวท่าน	3	1	0	0.75
10	เมื่อท่านมีอาการผิดปกติสมาชิกครอบครัวจะสังเกตเห็น มีอาการผิดปกตินั้น	3	1	0	0.75
แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมทางด้านข้อมูล ข่าวสาร (informational support)					
1	ท่านได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องการปฏิบัติตนจาก สมาชิกครอบครัว	4	0	0	1
2	สมาชิกครอบครัวให้ข้อมูลหน่วยราชการที่ท่านสามารถ ขอความช่วยเหลือได้	4	0	0	1
3	สมาชิกครอบครัวแจ้งการนัดหมายประชุมชมรม ผู้สูงอายุ	3	0	1	0.75

ตารางที่ 30 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายทั่วไป		ความสอดคล้อง			
		สอดคล้อง	ไม่ แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง	$\Sigma R/n$
		1	0	-1	
4	สมาชิกครอบครัวมีส่วนในการให้ข้อมูลการรักษาสุขภาพ	3	0	1	0.75
5	สมาชิกครอบครัวให้ข้อมูลการออกกำลังกายกับท่าน	4	0	0	1
แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมทางด้าน เครื่องมือ สิ่งของ และแรงงาน(instrumental support)					
1	เมื่อท่านเข้าสู่วัยสูงอายุครอบครัวได้ดัดแปลงบ้านพักให้ เหมาะกับการดำเนินชีวิตของท่าน	4	0	0	1
2	สมาชิกจัดเตรียมอาหารให้ท่านรับประทานครบ 3 มื้อ	4	0	0	1
3	สมาชิกครอบครัว จัดหาเตรียมอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมการ ดูแลตนเองให้แก่ท่าน	4	0	0	1
4	เมื่อทำงานหนักไม่ไหวสมาชิกครอบครัวจะรีบทำแทน ทันที	4	0	0	1
5	เมื่อท่านต้องการเดินทางสมาชิกครอบครัวพาท่านไป	2	0	2	0
6	ท่านได้รับค่าใช้จ่ายส่วนตัวเพิ่มจากสมาชิกครอบครัว	3	0	1	0.75
7	เมื่อถึงฤดูหนาวท่านได้รับผ้าห่มและเสื้อกันหนาวจาก สมาชิกครอบครัว	3	0	1	0.75

ภาคผนวก ค

เนื้อหาแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบสัมภาษณ์สำหรับการวิจัย

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลในครอบครัว

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำสารนิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบไปด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพทางเศรษฐกิจ สภาพการพักอาศัย สภาพการมีโรคประจำตัวและคำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีคำถามรวมทั้งสิ้นจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบกำหนดตัวเลือก (forced choice) จำนวน 5 ข้อ และแบบอัตนัยจำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีจุดประสงค์เพื่อประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายทั่วไป จำนวน 11 ข้อ
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านสังคม จำนวน 7 ข้อ
4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ จำนวน 3 ข้อ

ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์โดยการถามคำถามทีละข้อ โปรดฟังข้อคำถามในแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าความรู้สึกที่ได้เหมาะสมกับท่านมากที่สุด ซึ่งคำตอบทั้งหมดไม่มีถูกหรือผิด และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ การเลือกให้ถือเกณฑ์ดังนี้

คำตอบ

- | | | |
|-------------------------|---------|---|
| ปฏิบัติเป็นประจำ(5) | หมายถึง | ผู้ตอบปฏิบัติตัวตรงกับข้อคำถามนั้นมากที่สุด |
| ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย (4) | หมายถึง | ผู้ตอบปฏิบัติตัวตรงกับข้อคำถามนั้นมาก |
| ปฏิบัติปานกลาง (3) | หมายถึง | ผู้ตอบปฏิบัติตัวตรงกับข้อคำถามนั้นปานกลาง |
| ปฏิบัติบางครั้ง(2) | หมายถึง | ผู้ตอบปฏิบัติตัวตรงกับข้อคำถามนั้นน้อย |
| ปฏิบัติน้อยที่สุด(1) | หมายถึง | ผู้ตอบปฏิบัติตัวตรงกับข้อคำถามนั้นน้อยที่สุด
หรือไม่ปฏิบัติเลย |

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว นี้ต้องการทราบการได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิด ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์โดยการถามคำถามทีละข้อ โปรดฟังข้อคำถามในแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าความรู้สึกที่ได้เหมาะสมกับท่านมากที่สุด กรุณาเลือกคำตอบเพียงข้อเดียว ซึ่งคำตอบทั้งหมดไม่มีถูกหรือผิด และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ การเลือกให้ถือเกณฑ์ดังนี้

คำตอบ

- | | | |
|----------------------|---------|--|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง |
| เห็นด้วย | หมายถึง | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น |
| ไม่แน่ใจ | หมายถึง | ท่านไม่แน่ใจว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น |
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมาก |

ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำไปสู่การวางแผนและกำหนดนโยบายการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวต่อไป ซึ่ง ข้อมูลดังกล่าวจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ตอบและผู้สัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับโดยนำผลไปวิเคราะห์และเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้โปรดตอบแบบสอบถามฉบับนี้ให้ครบทุกข้อและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ผู้วิจัยขอกราบขอบขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

นางมารีสา ประทุมมา

นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิทยาการสังคมและ
การจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยศิลปากร

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง
อำเภอนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช บนพื้นฐานปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล
ในครอบครัว

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ตามความเป็นจริง

1. ผู้ตอบแบบสอบถามเป็น

1. เพศชาย

2. เพศหญิง

2. อายุของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์..... ปี

3. สถานภาพสมรสของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

1. โสด

2. สมรส

3. หม้าย/หย่า/แยก

4. อื่นๆ

4. สถานภาพทางเศรษฐกิจ

1. เพียงพอ

2. เพียงพอและมีเหลือเก็บ

3. ไม่เพียงพอใช้

4. อื่นๆ (ระบุ)

5. ภาวะ การพักอาศัย

1. พักอาศัยอยู่คนเดียว

2. พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส

3. พักอาศัยกับคู่สมรส/บุตร/หลาน/ญาติ

4. พักอาศัยอยู่กับบุตร/หลาน/ญาติ

6. การมีโรคประจำตัวของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

1. มี (ระบุ).....

2. ไม่มี

7. ท่านมีคำแนะนำหรือความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

● ด้านร่างกาย.....

● ด้านจิตใจ.....

● ด้านสังคม.....

● ด้านเศรษฐกิจ.....

● รัฐบาลควรจัดสวัสดิการผู้สูงอายุเพิ่มดังนี้.....

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คำอธิบาย ข้อความต่อไปนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงตามความเป็นจริง

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายทั่วไป (Y1)		ระดับของการปฏิบัติ				
		5	4	3	2	1
ya1	ท่านอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง					
ya2	เสื้อผ้าที่ท่านสวมใส่ผ่านการซักทำความสะอาดเพื่อป้องกันการหมักหมมของเชื้อโรค					
ya3	ท่านจัดที่อยู่อาศัยภายในบ้านให้มีการระบายถ่ายเทอากาศได้ดี					
ya4	ท่านมักจะทำความสะอาดปากและฟันทุกเช้าและก่อนนอนแม้ไม่มีฟันก็บ้วนปากหลังอาหารทุกมื้อ					
ya5	ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ					
ya6	ท่านจัดอาหารที่ท่านรับประทานให้ครบ 5 หมู่ ทุกมื้อ					
ya7	ท่านชอบรับประทานอาหารประเภท เนื้อสัตว์ติดมัน หนังกุ้งแห้งกะทิ ลูกชิ้นทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋					
ya8	ท่านรับประทานผัก ผลไม้ เพื่อระบายท้องเป็นประจำ					
ya9	ท่านดูแลพื้นบ้านและพื้นห้องน้ำให้สะอาด แห้งและไม่ลื่น					
ya10	ท่านนอนหลับ 6-8 ชั่วโมงในตอนกลางคืน					
ya11	ท่านตรวจสุขภาพร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านจิตใจ		ระดับของการปฏิบัติ				
		5	4	3	2	1
yb1	ท่านรู้สึกใจเย็นมากขึ้นกว่าเมื่อตอนที่ท่านอยู่ในวัยผู้ใหญ่					
yb2	ท่านมีเพื่อนสนิทอย่างน้อย 1 คนที่สามารถช่วยเหลือท่านได้					
yb3	เมื่อท่านมีปัญหาที่ไม่อาจแก้ไขได้ท่านจะระบายให้คนใกล้ชิดฟัง					
yb4	ท่านใช้หลักธรรม คำสอนทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ					
yb5	เมื่อท่านประสบกับปัญหาหลายครั้งท่านสามารถแก้ไขปัญหาได้					

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านสังคม		ระดับของการปฏิบัติ				
		5	4	3	2	1
yc1	ท่านมักจะสร้างสัมพันธไมตรีกับคนวัยเดียวกันและต่างวัยเสมอ					
yc2	ท่านศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอยู่ในสังคม					
yc3	เมื่อมีคนมาปรึกษาท่านเรื่องกลุ่มใจ ไม่สบายใจ ท่านมักจะแนะนำไปตามประสบการณ์ที่ท่านเคยประสบมา					
yc4	ท่านให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมของชุมชนทั้งร่างกายแรงใจและสติปัญญา					
yc5	เมื่อภายในชุมชนมีกิจกรรมใดๆท่านมักจะไปช่วยทุกครั้ง					
yc6	ท่านไปร่วมงานประเพณี หรืองานพิธีต่างๆที่ท่านได้รับเชิญ					
yc7	เมื่อท่านทราบว่าเพื่อนบ้าน ไม่สบายท่านมักจะไปเยี่ยมเยียน					

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านเศรษฐกิจ		ระดับของการปฏิบัติ				
		5	4	3	2	1
yd1	ท่านมีรายได้ประจำทุกเดือนจากการทำงานด้วยตัวท่านเอง					
yd2	ท่านมีรายได้ประจำทุกเดือนจากการออมเงินของท่านเอง					
yd3	ท่านใช้จ่ายเงินอย่างประหยัดโดยซื้อเฉพาะสิ่งของที่จำเป็น เช่น อาหาร ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ					

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ
 คำอธิบาย ข้อความต่อไปนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆจากครอบครัว
 ของท่าน โปรดตอบข้อคำถามให้ตรงตามความเป็นจริง

แรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ (emotional support)		ระดับของ ความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
xa1	สมาชิกครอบครัวได้ให้การดูแลและเอาใจใส่ความรู้สึกของท่านเป็นอย่างดี					
xa2	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสปรึกษาหารือกันและมีส่วนรับรู้ปัญหาของกันและกัน					
xa3	เมื่อท่านประสบกับปัญหาต่างๆ ท่านสามารถขอความช่วยเหลือหรือพึ่งพา สมาชิกครอบครัวได้					
xa4	เมื่อท่านรู้สึกเหงา ว้าเหว่ ท่านก็พบว่าท่านมีครอบครัวอยู่เคียงข้างท่านเสมอ					
xa5	สมาชิกในครอบครัวเข้าใจในตัวท่านเสมอไม่ว่าท่านจะปฏิบัติอย่างไร หรือทำสิ่งใด					
xa6	ท่านและสมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสอยู่ร่วมกันและทำกิจกรรมต่างๆพร้อมกันเสมอ					

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน (appraisal support)		ระดับของ ความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
xb1	ท่านตัดสินใจแก้ปัญหาโดยขอคำแนะนำจากครอบครัว					
xb2	เมื่อท่านลืมปฏิบัติกิจวัตรประจำวันครอบครัวจะคอยเตือนท่าน					
xb3	ครอบครัวบอกว่าท่านควรทำงานที่ท่านสนใจและอยากทำ เช่นปลูกต้นไม้ เพื่อให้ท่านรู้สึกมีความสุขและมีคุณค่าในตนเอง					
xb4	เมื่อท่านแสดงความคิดเห็นเรื่องต่างๆ ครอบครัวรับฟังท่านเสมอ					
xb5	ครอบครัวเข้าใจในตัวท่านไม่ว่าท่านจะปฏิบัติตนอย่างไรก็ตาม					

แรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support)		ระดับของ ความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
xc1	ท่านได้รับรู้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุจากครอบครัว					
xc2	ครอบครัวให้ความรู้กับท่านเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ เช่น ส่วนลดค่าโดยสาร เบี้ยยังชีพ/กองทุนผู้สูงอายุ ฯลฯ					
xc3	ครอบครัวให้ข้อมูลเรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุต้องทำต่อเนื่อง 20-30 นาทีต่อวันและปฏิบัติเช่นนี้ 2-3 วัน/สัปดาห์สม่ำเสมอจะทำให้ท่านมีร่างกายที่แข็งแรง					
xc4	ครอบครัวจัดหาแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้ท่าน เช่น แผ่นพับ ใบปลิว ป้ายประกาศ วิทยุ โทรทัศน์					
xc5	ครอบครัวให้ข้อมูลและพาท่านไปตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ					

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ/สิ่งของ/แรงงาน (instrumental support)		ระดับของ ความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
xd1	เมื่อท่านเข้าสู่วัยสูงอายุครอบครัวได้ดัดแปลงบ้านพักให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของท่าน เช่น ทำราวบันได ติดไฟทางเดินให้สว่างขึ้น เป็นต้น					
xd2	ครอบครัวเตรียมอุปกรณ์ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองให้แก่ท่าน เช่น วิทยุให้ท่านฟังข่าว โทรทัศน์เพื่อความบันเทิง ฯลฯ					
xd3	เมื่อท่านทำงานหนักไม่ไหวครอบครัวจะรีบมาทำแทนท่านทันที					
xd4	ครอบครัวจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรคให้ท่านอย่างเพียงพอเสมอ					

ภาคผนวก ง

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

ค่าความเชื่อมั่น แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวม

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha If Item Deleted
ya 1	95.1333	161.2920	.3807	.8407
ya 2	95.0667	163.7885	.3466	.8420
ya 3	95.3333	158.2989	.5376	.8365
ya 4	95.2667	158.8230	.5294	.8369
ya 5	95.1000	161.5414	.4694	.8392
ya 6	95.5333	153.7057	.6919	.8313
ya 7	96.3333	147.8851	.5530	.8332
ya 8	95.4667	155.9126	.5510	.8351
ya 12	95.9000	155.9552	.4570	.8377
ya 13	96.1667	164.6264	.1051	.8534
ya 14	96.6667	176.5747	.2009	.8667
yb 3	95.8333	156.3506	.4636	.8375
yb 4	95.4667	158.6713	.5254	.8369
yb 5	95.4667	158.6713	.4995	.8373
yb 6	95.2000	162.3724	.3992	.8406
yb 7	95.9000	148.3690	.6942	.8282
yc2	95.6000	160.8690	.4659	.8389
yc3	96.2333	163.9782	.2508	.8443
yc5	95.6667	160.5747	.4089	.8399
yc6	96.1000	161.0586	.2927	.8435
yc7	95.9000	154.4379	.5266	.8352
yc8	95.7333	152.3402	.7290	.8298
yc9	96.0333	156.1713	.5414	.8354
yd1	96.4333	158.4609	.2533	.8477
yd3	96.7333	166.7540	.0368	.8580
yd6	95.7333	153.6506	.4770	.8367

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 26

Alpha = .8456

ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ค่าความเชื่อมั่น แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

RELIABILITY ANALYSIS – SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha If Item Deleted
xa 1	70.0333	239.0678	.5285	.9377
xa 2	70.3333	230.4368	.6753	.9353
xa 3	70.1667	237.8678	.4960	.9381
xa 4	70.1333	233.0161	.6057	.9365
xa 5	70.0000	236.2759	.5279	.9377
xa 6	70.7000	234.6310	.4606	.9392
xb1	70.5333	228.2575	.7133	.9346
xb2	70.6667	228.7126	.6226	.9362
xb3	71.1333	221.3609	.7323	.9341
xb4	70.3333	222.8506	.8671	.9319
xb5	69.7333	232.2713	.6054	.9364
xc1	70.5333	224.6713	.8250	.9327
xc2	70.9000	232.0931	.5553	.9374
xc3	70.9333	224.7482	.6777	.9352
xc4	70.8000	226.7862	.6205	.9364
xc5	70.8000	231.2690	.4558	.9403
xd1	70.6667	237.4713	.4948	.9382
xd2	70.3000	225.5966	.7679	.9336
xd3	70.3333	223.9540	.8577	.9322
xd4	70.1333	225.9816	.7840	.9334

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 20

Alpha = .9389

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางมารีสา ประทุมมา
ที่อยู่	279/30 หมู่ 1 ตำบลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รหัสไปรษณีย์ 73120
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น 2 หมู่ 2 ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม รหัสไปรษณีย์ 73120
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2535	สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนชุมแสงชนูทิศ อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์
พ.ศ. 2537	สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรการพยาบาล และผดุงครรภ์ (ระดับต้น) จากวิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
พ.ศ. 2545	สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
พ.ศ. 2548	ศึกษาต่อระดับปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร จังหวัดนครปฐม
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2537-2544	พยาบาลเทคนิค 2-4 โรงพยาบาลชุมแสง ตำบลเกษไชย อำเภอุมแสง จังหวัดนครสวรรค์
พ.ศ. 2545-2549	พยาบาลเทคนิค 4-6 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม
พ.ศ. 2549-2550	พยาบาลวิชาชีพ 5 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม