



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาประยุกต์)

ปริญญา

สังคมวิทยาประยุกต์

สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

Factors Related to Self-Health Care Behavior of Elderly at Tambon Charoenmuang
Amphoe Phan Changwat Chiang Rai

นามผู้วิจัย นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์คุษฎี เจริญสุข, ป.ร.ค.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อาจารย์อรนัศดา ชินศรี, Ph.D.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรัชย์ วิริยารมภ์, Ph.D.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา วีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

สืบสินธุ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

Factors Related to Self-Health Care Behavior of Elderly
at Tambon Charoenmuang Amphoe Phan ChangWat Chiang Rai

โดย

นายสุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาประยุกต์)

พ.ศ. 2553

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล 2553: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน
สุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาประยุกต์) สาขาสังคมวิทยาประยุกต์
ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
อาจารย์คุษฎี เจริญสุข, ปร.ค. 154 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทาง
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) ความสัมพันธ์
ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 280 คน โดย
วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ทดสอบสมมติฐานด้วยค่า าคอสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน การวิเคราะห์
ถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ไม่ได้รับ
การศึกษา มีสถานภาพสมรสแล้ว พักอาศัยกับคนในครอบครัว ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ย
1,894 บาทต่อเดือน แหล่งรายได้หลักมาจากครอบครัว มีรายได้เพียงพอ ไม่มีโรคประจำตัว และ
มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ระดับ
การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การ
เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
ตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง และการตรวจสุขภาพ มี
ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง รายได้ การเข้าร่วม
กิจกรรมทางสังคม การตรวจสุขภาพ ความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง อาชีพ
ความพอเพียงของรายได้ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองด้าน
สุขภาพของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 64.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Suradech Duongthipsirikul 2010: Factors Related to Self- Health Care Behavior of Elderly at Tambon Charoenmuang Amphoe Phan Changwat Chiang Rai. Master of Arts (Applied Sociology), Major Field: Applied Sociology, Department of Sociology and Anthropology. Thesis Advisor: Mrs. Dusadee Charoensuk, Ph.D. 154 pages.

The purposes of this research were to study 1) personal factors, social factors, health status of elderly 2) self-health care behavior of elderly 3) The relationship between personal factors, social factors, health status of elderly and self-health care behavior of elderly. Questionnaire was instrument for collecting data with the stratified random sampling of 280 samples. Analysis statistics were percentage, mean, standard deviation, with Chi-square test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis used to investigate the hypothesis with the significant level at .05

The study found that most of the samples were female, 60-69 years old, married with no education and career, lived with family, average income 1,894 Baht per month, Main source of income came from family and was sufficient income, no underlying and provided good levels of self-health care behavior. For hypothesis testing, it indicated that educational level, marriage status, career, source of income, sufficient income had relationship with self- health care behavior of elderly significantly at .05 level. Participation in social activities, relationship with family members, knowledge on self-health care, accessing to health facilities, self-evaluation health, health check were at positive relationship to the self-health care behavior of elderly significantly at .01 level. The predictive factors on the self-health care behavior of elderly were accessing to health facilities, self-health evaluation, income, participation in social activities, annual health check up, knowledge on self-care health, career, sufficient income all of them were able to predict self- health care behavior of elderly all together 64.7 percent significantly at .05

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร.คุณฉวี เจริญสุข อาจารย์
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร .อรนัลดดา ชินศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์รอง และ
รองศาสตราจารย์ ดร. พิมลพรรณ อิศรภักดี ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ที่สละเวลาให้คำปรึกษา แนะนำ
และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆจนทำให้งานวิทยานิพนธ์สำเร็จเป็นรูปเล่มได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอ
กราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาทุกท่านที่ให้ความรู้
และประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเจริญเมือง ที่เสียสละในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม และผู้สูงอายุที่สละเวลาอันมีค่าของท่าน ให้ความร่วมมือในการตอบ
แบบสอบถาม

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้กำเนิด อบรมเลี้ยงดู ให้โอกาสและ
กำลังใจในการศึกษา รวมถึง รุ่นพี่ เพื่อนๆ ทุกคนที่ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือสนับสนุนผู้วิจัยตลอดมา
จนประสบความสำเร็จในที่สุด คุณประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์นี้ขอมอบแด่คุณบิดา มารดา
ครูอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล

พฤษภาคม 2553

สารบัญ

หน้า

สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(5)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตการวิจัย	4
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ	4
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร	8
สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย	8
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	12
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	20
แนวคิดทางสังคมวิทยาและวัฒนธรรมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	23
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	25
สังคมวิทยาชนบท	41
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
กรอบแนวคิดในการวิจัย	47
สมมติฐานในการวิจัย	48
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	49
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
การทดสอบเครื่องมือ	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	54
การวัดตัวแปรที่ศึกษา	55
บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	63
ผลการวิจัย	63
ข้อวิจารณ์	92
การทดสอบสมมติฐาน	103
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	113
สรุปผลการวิจัย	113
ข้อเสนอแนะ	119
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	123
ภาคผนวก	128
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	129
ภาคผนวก ข ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	141
ภาคผนวก ค ข้อมูลทั่วไปของ ตำบลเจริญเมือง	148
ภาคผนวก ง ภาพกิจกรรมของผู้สูงอายุใน ตำบลเจริญเมือง	152
ประวัติการศึกษา	154

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหมู่บ้าน	50
2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล	65
3	จำนวนและร้อยละของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	68
4	จำนวนและร้อยละของสัมพันธภาพภายในครอบครัว	68
5	จำนวนและร้อยละของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	70
6	จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	71
7	จำนวนและร้อยละของการประเมินสุขภาพตนเอง	72
8	จำนวนและร้อยละของการตรวจสุขภาพ	72
9	จำนวนและร้อยละกับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	75
10	ภาพรวมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 5 ด้าน	81
11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	84
12	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	87

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	88
14	ผลการวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	90
15	ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย	91
ตารางผนวกที่		
1	การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	142
2	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา สัมพันธภาพในครอบครัว	142
3	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	143
4	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	143
5	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา การประเมินสุขภาพตนเอง	143
6	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา การตรวจสุขภาพ	144
7	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพ	144

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	47
2	กรอบ Model พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลเจริญเมือง	117
ภาพผนวกที่		
1	กิจกรรมการออกกำลังกาย รำไม้กระบอง	153
2	กิจกรรมการร่วมมือการทำงานของผู้สูงอายุในวันสงกรานต์	153

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญและน่าสนใจในส่วนที่จะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรไทยโดยรวม เนื่องจาก แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นย่อมนำมาปัญหาของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น สุขภาพอนามัย เศรษฐกิจ สังคม สวัสดิการสังคม ให้เพิ่มมากขึ้นด้วย อีกทั้งผู้สูงอายุมีภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง หรือมีการละทิ้งบทบาททางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเคยปฏิบัติในวัยผู้ใหญ่ มายอมรับบทบาททางสังคมในรูปแบบสังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผู้สูงอายุจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพต่างๆ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังจัดว่าเป็นกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมไม่ว่าเป็นด้านการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และยังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551) รายงานว่าปี พ.ศ. 2550 ประชากรไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุประมาณ 7.14 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยคาดการณ์ในอีก 20 ปีข้างหน้า คือปี พ.ศ. 2570 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.6 หรือประมาณ 16.05 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2570 จะมีสัดส่วนประชากรวัยแรงงาน 2.8 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ผลสำรวจครั้งล่าสุดปี พ.ศ. 2550 พบผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 โดยเป็นเพศชายร้อยละ 44.6 และ เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.4 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 7.7 ในปีพ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2550 แสดงให้เห็นว่าขณะนี้สังคมไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว ภาวะเช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ กล่าวคือผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และในที่สุด

ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานและผู้สูงอายุจะอยู่ในสภาพอ่อนแอทั้งสองฝ่าย จะมีผู้สูงอายุที่ถูกละเลยหรือถูกทอดทิ้งเพิ่มมากขึ้น ปัญหาสำคัญที่พบมากในผู้สูงอายุคือ ปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งสาเหตุของปัญหาสุขภาพได้เปลี่ยนไปจากการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อกลายเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม หรือความเสี่ยงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่รุนแรงมากขึ้น มีผลทำให้พฤติกรรมอนามัยแย่ลง ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากครอบครัว แต่สถานการณ์ปัจจุบันครอบครัวมีความห่างเหินกันมากขึ้น บางครั้งผู้สูงอายุก็อยู่คนเดียวตามลำพัง ไม่มีคนคอยดูแล ซึ่งปัญหาเหล่านี้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้สูงอายุแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทำให้มีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น การรู้จักการดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆและลดภาระในการดูแลจากครอบครัว สามารถใช้ชีวิตได้แม้อยู่คนเดียวเพียงลำพัง การดูแลสุขภาพตนเองต้องอาศัยปัจจัยในด้านต่างๆในสังคมตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นต่อผู้สูงอายุอย่างยิ่ง นอกจากนี้การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมของบุคคลซึ่งเป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วตามกระบวนการทางธรรมชาติ และกระบวนการทางสังคมที่สามารถพัฒนาสุขภาพของบุคคลได้ สามารถเรียนรู้ได้ เปลี่ยนแปลงและส่งเสริมได้ โดยเชื่อว่าการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องนั้น เป็นการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในระยะยาวที่ยั่งยืน

แนวความคิดการดูแลตนเองนี้ยังเป็นแนวคิดใหม่สำหรับผู้สูงอายุและยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากไม่เข้าใจ ขาดการตระหนักและยอมรับความสำคัญในเรื่องนี้ ตลอดจนข้อมูลข่าวสารอาจถ่ายทอดไปยังผู้สูงอายุไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ ซึ่งจำเป็นต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงการรู้จักการดูแลตนเองด้านสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและลดอัตราพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

พื้นที่ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่ที่มีการส่งเสริมทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ชัดเจน โดยมีสถานอนามัยตำบลเจริญเมืองซึ่งเป็นสถานพยาบาลหลักประจำตำบลได้พยายามที่จะส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและเน้นให้ผู้สูงอายุให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่มากขึ้น เช่น ฝึกการออกกำลังกายแบบรำไม้มะโห่บอง มีกิจกรรมการร่วมนวดตามบ้านต่างๆ รวมถึงการอบรมแลกเปลี่ยนให้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ แต่ยังคงพบว่าผู้สูงอายุยังมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น โรคปวดข้อกระดูก โรคความดันโลหิต และโรคเบาหวาน ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุแล้ว ยังเป็นการสร้างภาระแก่บุตรหลานที่ต้องดูแลในการพามารักษาพยาบาล รวมถึงสถานอนามัยและโรงพยาบาลต้องรับ

ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นซึ่งทำให้การตรวจวินิจฉัยโรคหรือการรักษาล่าช้าลงเนื่องจากบุคลากรมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย

จากความเป็นมาและปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัย เกิดความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลเจริญเมืองอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหรือไม่อย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีแนวคิดว่าการศึกษาที่ผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการวางแผนและส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไปยังชุมชนอื่น อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุลดภาระในการพึ่งพิงบุคคลอื่น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ของ ผู้สูงอายุ ในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางภาวะสุขภาพ กับ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นข้อมูลในการสนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพิงตนเองได้และอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาวิจัยนี้มีขอบเขตศึกษาถึง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และ ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยจะศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลเจริญเมืองอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เป็นประชากรเป้าหมาย

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ใน ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

สุขภาพ หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว

เพศ หมายถึง ผู้สูงอายุที่เป็น ชาย หรือ หญิง ที่อาศัยอยู่ในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

อายุ หมายถึง จำนวนปีนับตั้งแต่เกิดจนกระทั่งถึงปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ ช่วง 60 – 69 ปี, ช่วง 70 – 79 ปี และ ช่วง 80 ปีขึ้นไป

ระดับการศึกษา หมายถึง ความสามารถในการพูด อ่าน เขียนภาษาไทย ของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรีหรือสูงกว่า และ อื่นๆ

สถานภาพสมรส หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา โดยแบ่งเป็น โสด สมรส หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

ลักษณะครอบครัว หมายถึง การพักอาศัยของผู้สูงอายุภายในบ้านเรือน โดยแบ่งเป็น อยู่คนเดียว อยู่กับคู่สมรส อยู่กับบุตร อยู่กับหลาน อยู่กับญาติพี่น้อง

อาชีพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรม การทำงาน การประกอบการที่ไม่เป็นโทษแก่สังคม และมีรายได้ตอบแทน โดยอาศัยแรงงาน ความรู้ ทักษะ อุปกรณ์ เครื่องมือ วิธีการ โดยแบ่งเป็น ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว รับจ้างทั่วไป และ อื่นๆ

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินสูงสุดที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน โดยแบ่งเป็น มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน 5,001- 10,000 บาทต่อเดือน และ มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

แหล่งที่มาของรายได้ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับเงินส่วนใหญ่อันจำนวนมากที่สุดในแต่ละเดือน โดยแบ่งเป็น จากบุตรหลาน/คนในครอบครัว จากตัวเองทั้งการประกอบอาชีพ บำเหน็จ/บำนาญ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

ความพอเพียงของรายได้ หมายถึง จำนวนเงินรายได้ที่ได้จากแหล่งต่างๆแล้วนำมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน โดยแบ่งเป็น มีรายได้มากพอและเหลือเก็บ มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย และ มีรายได้ขาดแคลน

โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นเป็นประจำกับผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันยังคงเป็นอยู่

ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมประเพณีในหมู่บ้าน และ กิจกรรมเพื่อสาธารณชนต่างๆรวมถึงการเข้าร่วมประชุม อบรมที่จัดขึ้นในชุมชน

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การมีสมาชิกในครอบครัวรักใคร่ ให้ความอบอุ่น ดูแลห่วงใย ให้คุณค่า ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง การตรวจสุขภาพ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการถ่ายทอดความรู้ทางด้านสุขภาพและนำไปปฏิบัติใช้ รวมถึงมีความเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกในการเข้าไปใช้บริการสถานพยาบาล

การตรวจสุขภาพ หมายถึง การไปรับบริการตรวจสุขภาพประจำปีหรือตามความต้องการที่หน่วยบริการสาธารณสุข

การประเมินสุขภาพตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสำรวจตรวจสอบสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติที่เกิดจากการกระทำและความรู้สึกรู้สียงของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับและพักผ่อนหย่อนใจ การละเว้นสิ่งที่ไม่ดีต่อร่างกาย การรักษาสุขภาพจิต โดยมีเป้าหมายที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพตนเองเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี

การรับประทานอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายตามหลักโภชนาการ

การออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติตามความสามารถของร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อในการออกแรงและมีการเคลื่อนไหวโดยปฏิบัติอย่างถูกวิธี

การนอนหลับและพักผ่อนหย่อนใจ หมายถึง การใช้เวลาโดยการปฏิบัติเพื่อเป็นการผ่อนคลายทางด้านร่างกายและจิตใจ

การละเว้นสิ่งที่ไม่ให้โทษต่อร่างกาย หมายถึง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นการบริโภคสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

การรักษาสุขภาพจิต หมายถึง การกระทำเพื่อลดปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นทำให้เกิดความเครียดเพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพ



บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
6. สังคมวิทยาชนบท
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) ได้ทำการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยการสำรวจครั้งล่าสุดคือปี พ.ศ. 2550 ซึ่งได้นำเสนอผลการสำรวจและสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยบางส่วน ดังนี้ ขนาดและแนวโน้มประชากรสูงอายุ ลักษณะการอยู่อาศัย รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ สุขภาพผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพจิต สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล และการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ขนาดและแนวโน้มประชากรสูงอายุระดับประเทศ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2550 ประชากรไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุประมาณ 7.14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.7 โดยเป็นเพศชายร้อยละ 44.6 และ เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.4 เมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัย เป็น กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 58.8 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 31.7 และ กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 9.5 เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของผู้สูงอายุตามเขตการปกครองหรือเขตที่อยู่อาศัยและภาค พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 28.6 และนอกเขตเทศบาลร้อยละ 71.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดประมาณร้อยละ 33.6 รองลงมาคือภาคกลาง ร้อยละ 23.6 ภาคเหนือร้อยละ 20.9 และภาคใต้ร้อยละ 12.7 สำหรับกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.2 ด้านโครงสร้างทางอายุของประชากรพบว่าการเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยในปี พ.ศ. 2503 มีจำนวนประชากรสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) 1.5 ล้านคน และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น 6.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2548 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตัวในปี พ.ศ. 2568 เป็น 14 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2551) กล่าวว่า ความเร็วของการเพิ่มประชากรสูงอายุอาจพิจารณาได้จากจำนวนปีที่ใช้ในการเพิ่มสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 10.3 ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45 ปี และสัดส่วนของประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็นเกือบ 2 เท่า คือร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2568 โดยใช้เวลาเพียง 20 ปี นับว่าอัตราการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุเร็วมาก แสดงว่าความเร็วของการเพิ่มประชากรสูงอายุเป็นเท่าตัวจะสั้นลง

ด้านลักษณะการอยู่อาศัย

สัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวร้อยละ 3.6 ปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 และปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.7 จากผลสำรวจในปี พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวร้อยละ 56.7 สามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่มีปัญหา ที่เหลือร้อยละ 43.3 มีปัญหาโดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ รู้สึกเหงา รองลงมาคือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ด้านรายได้

รายได้ที่สำคัญหรือแหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ บุตร รอลงมาคือจากการทำงานของผู้สูงอายุ จากกลุ่มสมรส จากเงินบำเหน็จ/บำนาญ จากดอกเบี้ยประเภทต่างๆ และ จากเงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ส่วนผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอส่วนใหญ่อะจะอยู่นอกเขตเทศบาลซึ่งจัดอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการดำรงชีวิตที่ยากลำบากสูงกว่าในเขตเทศบาล (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ด้านสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 60.1 เป็นผู้ที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 39.9 เป็นผู้ที่ไม่มียู่คู่สมรสอยู่ด้วยกัน เป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่ และเป็น โสด และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งประชากรผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมีภาวะเสี่ยงต่อความยากลำบากในชีวิตสูงคือจะต้องอยู่โดยปราศจากคู่ชีวิตที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลและปรนนิบัติกันในวันบั้นปลายชีวิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ด้านการศึกษา

การศึกษาของผู้สูงอายุวัยต้นมีโอกาสได้รับการศึกษาคือต่ำกว่าวัยกลางและวัยปลาย และเพศหญิงมีการศึกษาคือต่ำกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลคือต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลทั้งนี้เพราะนอกเขตเทศบาลส่วนใหญ่ทำการเกษตรจึงให้ความสำคัญของการศึกษาน้อยกว่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ด้านอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ

ด้านอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ เป็นดัชนีที่จะแสดงให้เห็นถึงจำนวนคนในวัยแรงงานที่มีศักยภาพที่จะดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุหนึ่งคน อัตราส่วนนี้ตรงข้ามกับอัตราการเป็นภาระผู้สูงอายุและใช้กันทั่วไปในฐานะเป็นตัวชี้วัดประชากรสูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2550 พบว่าคนที่อยู่ในวัยแรงงานจำนวน 6 คนจะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 1 คน ซึ่งต่างจากปี พ.ศ. 2537 ที่มีอัตราส่วน วัยแรงงาน 9.3 ต่อผู้สูงอายุ 1 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองว่ามีสุขภาพดี ร้อยละ 43.0 รองลงมามีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 28.9 ส่วนการประเมินว่าสุขภาพไม่ดีมากจนน้อยสุด ร้อยละ 2.8 เมื่อพิจารณาสัดส่วนของการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุระหว่างเพศ กลุ่มอายุ และเขตการปกครอง พบว่าผู้สูงอายุชายประเมินสุขภาพตนเองว่าดีสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 47.8 และ 39.2 ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ประเมินสุขภาพตนเองว่าดีสูงสุดร้อยละ 50.2 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 34.8 ส่วนผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปประเมินสุขภาพตนเองว่าดีน้อยที่สุดร้อยละ 26.5 และผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลประเมินสุขภาพตนเองว่าดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 44.3 และ 42.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ด้านโรคเรื้อรังที่มักพบในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาสุขภาพคือ การมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อ จากการสำรวจพบว่า โรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ด้านปัญหาสุขภาพจิต

จากรายงานผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต 17 แห่ง ปี พ.ศ. 2547-2550 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตใน พ.ศ. 2549 สูงสุด จำนวน 130,063 ราย รองลงมาคือ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2548 จำนวน 108,797 และ 104,541 ราย ส่วน พ.ศ. 2550 น้อยที่สุด จำนวน 91,267 ราย โดยผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุชาย จำนวน 57,996 ราย และ 33,271 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด จำนวน 49,040 ราย ผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตลดลงเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ 60-69 ปี และผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไป มีปัญหาสุขภาพจิตลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ 70-79 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2551)

ด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจัดเป็นการคุ้มครองด้านสุขภาพสำหรับประชาชนที่ได้รับจากหน่วยงานรัฐหรือเอกชน โดยประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 96.3 โดยผู้สูงอายุมีสวัสดิการสูงสุด ร้อยละ 97.6 ซึ่งผู้สูงอายุชายมีสวัสดิการสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลมีสวัสดิการสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาล โดยประเภทของสวัสดิการส่วนใหญ่คือ บัตรประกันสุขภาพ รองลงมาเป็นสวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ และน้อยที่สุดคือสวัสดิการจากนายจ้าง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ด้านการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุเข้าพักในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยในร้อยละ 12.2 ซึ่งสูงกว่าประชากรทุกกลุ่มอายุ เมื่อพิจารณาสัดส่วนการเข้าพักในสถานพยาบาลตามกลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค พบว่าผู้สูงอายุเข้าพักในสถานพยาบาลสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 9.6, 70-79 ปี ร้อยละ 15.2 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.5) ผู้สูงอายุชายเข้าพักในสถานพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงทุกกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลเข้าพักในสถานพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลทุกกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุภาคเหนือเข้าพักสูงกว่าทุกภาค ร้อยละ 14.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลผู้มีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป (สมนึก กุลสถิตพร, 2549: 2)

บรรลุ ศิริพานิช (2542: 24) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุในปีปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากล

สุรกุล เจนอบรม (2534: 2) ให้ความหมายของความสูงอายุ (Aging) ว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้น ความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ

นพวรรณ จงวัฒนา, เกื้อ วงศ์บุญสิน, และ รุ่งรัตน์ โกวรรณนะกุล (2551) วิเคราะห์ว่าภาวะผู้สูงอายุแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เป็นการยากมากที่จะกำหนดเป็นสากลว่าเมื่อใดที่บุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้เพราะภาวะสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ทางจิต ทางสังคม พอๆกับทางชีววิทยา เนื่องจากความยากในการกำหนดการเริ่มต้นของ “ภาวะสูงอายุ” ดังกล่าว จึงนับได้เอาปีปฏิทินเป็นเกณฑ์ โดยทั่วไปกำหนดนับหมายกันว่าอายุประมาณ 60-65 ปี เป็นช่วงเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ

จากความหมายของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และหน้าที่ทางสังคมไปในทางเสื่อมถอย มีประสิทธิภาพการทำกิจกรรมต่างๆลดลง แต่จะลดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพื้นฐานการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล อีกทั้งวัยสูงอายุต้องพบกับปัญหาด้านการปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายและสังคมด้วย

ช่วงวัยสูงอายุ

ศรีเรือน แก้วกังวาน (2540: 541) กล่าวว่านักชราวิทยาแบ่งช่วงสูงอายุออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิตสังคมชีววิทยา ดังนี้

1. ช่วงไม่ค่อนแก่ (The Young-Old) ช่วงนี้อายุประมาณ 60-69 ปี โดยทั่วไปช่วงนี้ยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจมีการพึ่งพิงผู้อื่นอยู่บ้าง อย่างไรก็ตามช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่จะมีสมรรถภาพด้านต่างๆใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก ยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

2. ช่วงแก่ปานกลาง (The Middle-Aged Old) ช่วงนี้อายุประมาณ 70-79 ปี เป็นช่วงที่บุคคลเริ่มเจ็บป่วย เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง

3. ช่วงแก่จริง (The Old-Old) ช่วงนี้อายุประมาณ 80-90 ปี เป็นระยะที่ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา

4. ช่วงแก่จริงๆ (The Very Old-Old) ช่วงนี้อายุ 90-99 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย ความรู้ต่างๆด้านชีววิทยาสังคมและจิตใจของคนวัยนี้ยังไม่มีการศึกษามากนัก แต่อาจกล่าวได้ว่าเป็นระยะที่มักมีปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ไม่ต้องการบีบบังคับเรื่องเวลาที่ต้องทำให้สำเร็จ ควรทำกิจกรรมที่พอใจและอยากทำในชีวิต เป็นวัยที่ได้พบผ่านวิกฤตต่างของชีวิตมาแล้วมากมาย

ศิริพันธ์ สาสัดย์ (2549: 3-4) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงอายุ ดังนี้

1. ช่วงอายุ 65 – 74 ปี คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (Early Old Age)
2. ช่วงอายุ 75 – 84 ปี คือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle Old Age)
3. ช่วงอายุ 85 ปีขึ้นไป คือ ผู้สูงอายุวัยปลาย (Late Old Age)

กล่าวโดยสรุปการกำหนดความสูงอายุของบุคคล เป็นการกำหนดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเอง โดยมีการเชื่อมโยงกับบรรทัดฐานทางสังคม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละชุมชนเข้ามาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาด้วย ดังนั้น การเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุของบุคคลนั้น สามารถพิจารณาได้จากหลายประเด็นหรือหลากหลายเกณฑ์

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากวัยเด็กจนเป็นผู้ใหญ่ และเข้าสู่ความเป็นผู้สูงอายุในที่สุด วัยผู้สูงอายุเป็นวัยของชีวิตที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยแห่งการเสื่อมที่เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็น 3 ด้าน คือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physical Change) ร่างกายของคนเรามีการทำงานของอวัยวะต่างๆที่เพิ่มมากขึ้นในอัตราที่สูงจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ระยะเวลาที่อวัยวะต่างๆทำหน้าที่ได้มากและสูงสุดนั้นอยู่ในช่วง 20-30 ปี หลังอายุ 30 ปีแล้วหน้าที่ต่างๆทางสรีรวิทยาเริ่มลดน้อยลง ยิ่งอายุมากขึ้น หน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆก็ยิ่งน้อยลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุจะส่งผลมาถึงการทำงานของอวัยวะต่างๆภายในร่างกายของผู้สูงอายุหลายๆด้าน เช่น พละกำลัง

ที่ลดลง การนอนหลับ การเคลื่อนไหว การเหยียดของผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงของสีผิว เป็นต้น เฟรด คลาวจ์ (Fred Clough) ได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุไว้ว่า โดยธรรมชาติแห่งกระบวนการภาวะสมดุลในร่างกายของมนุษย์แล้วร่างกายจะควบคุมระดับอุณหภูมิและชีวะเคมีโดยตัวของมันเอง เมื่อคนอายุมากขึ้นความเจริญของร่างกายจะลดลง การปรับตัวให้เข้ากับกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไปจะยากขึ้น ทั้งนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเป็นไปในทุกระบบของร่างกาย เช่น ระบบโครงกระดูก ระบบประสาท ส่วนกลาง ระบบประสาทรับรู้อาหาร ระบบการมองเห็น ระบบการได้ยิน ระบบผิวหนัง ระบบการควบคุมอุณหภูมิ ระบบการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนของโลหิต ระบบการทำงานของระบบหายใจ ระบบการขับถ่ายของเสีย ระบบทางเดินอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ ระดับสติปัญญา เป็นต้น ซึ่งการทำงานของระบบต่างๆที่กล่าวมาจะมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง ทำให้เกิดความเสื่อมไปสู่อวัยวะต่างๆซึ่งสามารถสังเกตเห็นได้จากภายนอกได้ ซึ่งที่แสดงออกมาจะทำให้สามารถแยกออกได้ว่าเป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุ (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 11-19)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและพฤติกรรม (Psychological and Behavior Change) จิตใจและพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์เป็นผลจากการที่ร่างกายมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ถ้ากายภาพหรือสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ จะทำให้เกิดความเครียดขึ้น เพราะร่างกายจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับกายภาพของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นใหม่

ความจริงมนุษย์ต้องปรับตัวในชีวิตประจำวันอยู่ตลอดเวลาซึ่งเป็นธรรมดา เพราะมีการเปลี่ยนแปลงในกายภาพและสิ่งแวดล้อมอยู่เสมอ แต่การเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างช้าๆทำให้ไม่รู้สึกรู้สิด แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงในกายภาพและสิ่งแวดล้อมมากและรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆของร่างกายไปในทางเสื่อมลง รวมทั้งผลของการที่ต้องออกจากงาน ทำให้สูญเสียตำแหน่งทางสังคม ทำให้รายได้ลดน้อยลง การลดความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงและชุมชนลดลง การสูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งทีตนรักใคร่เมื่ออายุมากขึ้น และครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 85)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social Change) ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ และการสื่อสาร สมาชิกภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้นตามลำดับ การยอมรับของสังคมต่อความมีอายุมักเป็นไปในทางลบ เพราะสังคมมักประเมินความสามารถในแง่การปฏิบัติ ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคน ได้แสดงให้เห็นว่าความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการ

ดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ สามารถทำงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงชีวิตของคนทุกคนจะมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเข้าสู่สังคม เป็นช่วงวัยแรกเกิดจนถึงอายุ 30 ปี 2) ระยะสร้างสังคม เริ่มตั้งแต่อายุมากกว่า 30 ปี หรือวัยกลางคนขึ้นไป จนถึงอายุ 60 ปี 3) ระยะออกจากสังคม เป็นระยะของวัยสูงอายุ นับจากอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ซึ่งการออกจากสังคมมีทั้งเป็นข้อกำหนดของสังคมให้ต้องออกจากบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบ ด้วยการปลดเกษียณ จากหน้าที่การงานเมื่อครบกำหนด ตามอายุปฏิทิน หรือออกจากสังคมด้วยการยอมรับต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงตามวัย โดยการละจากบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัว มาเป็นสมาชิก เป็นที่ปรึกษาของครอบครัว เป็นผู้อยู่อาศัย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทดังกล่าวนี้เป็นความพึงพอใจและยอมรับสภาพตามวัยของผู้สูงอายุเอง ระยะออกจากสังคมนี้ ผู้สูงอายุอาจสร้างสังคมใหม่ แต่เป็นสังคมย่อย ซึ่งไม่มีอิทธิพลกับสังคมใหญ่มากนัก (เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528: 8-10)

เมื่อชีวิตของบุคคลใดก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ย่อมมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงในวัยนี้ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย โดยการทำงานของระบบภายในร่างกายจะเสื่อมลงส่งผลต่อลักษณะภายนอกที่ปรากฏออกมา เช่น มีผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ ผมหงอก วิงเวียนเป็นลมง่าย การเคลื่อนไหวของร่างกายช้าลง ด้านสภาพจิตใจและอารมณ์ก็มักจะมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกับผู้ที่อ่อนวัยกว่า หงุดหงิดง่าย ด้านสังคมผู้สูงอายุจะขาดความมั่นใจ หรือรู้สึกตนเองมีคุณค่าลดลง พยายามหลีกเลี่ยงจากสังคม คนที่วัยเยาว์กว่าก็ขาดความเข้าใจในตัวผู้สูงอายุทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสังคมภายนอกลดน้อยลง ดังนั้นการทราบลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจะทำให้เราเข้าใจถึงผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเองและบุคคลที่อ่อนวัยกว่า ในทางที่จะปฏิบัติตนให้ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อจะทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้น ได้มีการตั้งทฤษฎีไว้เป็นจำนวนมาก แต่งานวิจัยนี้จะนำเสนอแนวคิดทฤษฎีเพียง 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา ตามลำดับดังนี้

1. ทฤษฎีทางด้านชีวภาพ (Biological Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการสูงอายุขึ้นพื้นฐานของสิ่งมีชีวิต และตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดกระบวนการสูงอายุ ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ประกอบ

ตัวของkörperประกอบใหญ่ๆ 3 อย่าง คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเอง และองค์ประกอบอื่นๆที่ไม่ใช่เซลล์

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ (2550: 6-9) ได้กล่าวถึงทฤษฎีย่อยของทฤษฎีทางด้านชีวภาพ ได้แก่ ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน และ ทฤษฎีอนุมูลอิสระ ดังนี้

1.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Auto-Immune Theory) ทฤษฎีนี้กล่าว การที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อต้านตนเองเกิดขึ้นเนื่องมาจากร่างกายสูญเสียความสามารถในการแยกแยะระหว่างเนื้อเยื่อของร่างกายซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพวกโปรตีนและสิ่งแปลกปลอม ดังนั้นระบบภูมิคุ้มกันจึงโจมตีและทำลายเนื้อเยื่อของตนเอง และจะเพิ่มความถี่มากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อมีความผิดปกติของภูมิคุ้มกันตนเอง (Auto-Immune Disorder) เพิ่มขึ้น ประกอบกับการเสื่อมถอยลงของการตอบสนองของภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ ทำให้การผลิต T-Cells ลดลง และ B-Lymphocyte (สร้าง Antibodies) มีประสิทธิภาพต่ำลงในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม หากสามารถปรับเปลี่ยนระบบภูมิคุ้มกันได้ ก็อาจจะสามารถชะลอกระบวนการสูงอายุลงได้เช่นกัน

1.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free-Radical Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า อนุมูลอิสระเป็นโมเลกุล ที่ไม่มีคู่เมื่อไปจับกับโมเลกุลอื่นทำให้เกิดกระบวนการ ออกซิเดชัน ส่งผลเสียต่อโครงสร้างดั้งเดิมและหน้าที่ของเซลล์ และการสะสมผลเสียจากกระบวนการนี้จะไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ทำให้เกิดการสูงอายุขึ้น

จากทฤษฎีดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า ทฤษฎีความสูงอายุในแง่ชีววิทยามีความคล้ายคลึงกันคือพยายามอธิบายว่าสาเหตุแห่งความชราเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายใน และไม่สามารถอธิบายเพียงทฤษฎีเดียวได้ต้องอาศัยหลายทฤษฎีจึงจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ซับซ้อนเกี่ยวกับความชราภาพของมนุษย์ได้

2. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญาความนึกคิด ความจำ และการรับรู้ แรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล จะผลักดันให้บุคลิกภาพแตกต่างกันไป และมนุษย์จะมีช่วงการเปลี่ยนแปลง คือ ช่วงต่อของชีวิต ซึ่งล้วนแต่เป็นภาวะวิกฤต การที่บุคคลสามารถผ่านช่วงวิกฤติในชีวิตแต่ละระยะได้ดีเพียงใดก็จะส่งผลถึงการพัฒนาบุคลิกภาพในอนาคต คือการเป็นผู้สูงอายุดีด้วย (Ebersole, Hess, and Luggen, 2004: 45)

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550: 9-10) ได้แบ่งทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาในผู้สูงอายุออกเป็น 2 ทฤษฎีหลัก ได้แก่

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์และพัฒนาการ (Psychoanalytic and Developmental Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การพัฒนาการด้านบุคลิกลักษณะของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับ กระบวนการทางจิตวิทยา ในช่วงวัยเด็ก ซึ่งจะมีการนำเอาประสบการณ์สิ่งที่เรียนรู้ในอดีตมาใช้ในการปรับตัว การยอมรับความจริงเพื่อให้การดำรงชีวิตเป็นไปอย่างราบรื่น (Ego Integrity)

2.2 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้จะเน้นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการคงที่ในผู้สูงอายุแต่ละคน จะมองถึงนิสัย การแสดงออก และชีวิตความเป็นอยู่ที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ และการประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุนั้นจะขึ้นกับองค์ประกอบเหล่านั้นได้รับการฝึกฝนมากน้อยแค่ไหน และสามารถผสมผสานให้เข้ากับเหตุการณ์ในปัจจุบันของแต่ละบุคคลได้อย่างไร

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociology Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่าสังคมมีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุอย่างไร และผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อสังคมอย่างไร โดยเน้นที่การปรับตัวของผู้สูงอายุ เมื่อต้องสูญเสียบทบาทในสังคม

บุษยมาศ สินธุประมา (2539: 20-24) ได้กล่าวถึงทฤษฎีย่อยของทฤษฎีทางสังคมวิทยา ได้แก่ ทฤษฎีการไม่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีบทบาท ทฤษฎีความต่อเนื่อง ดังนี้

3.1 ทฤษฎีการไม่เกี่ยวข้อง (Disengagement Theory) ทฤษฎีการไม่เกี่ยวข้องนี้ เป็นแนวคิดที่มองเรื่องวัยชรา ในลักษณะโครงสร้างหน้าที่ (Functionalist) โดยความสูงอายุนั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยการแยกตัวออกทั้ง 2 ฝ่ายคือผู้สูงอายุแยกตนเองออกมาจากสังคมและผู้สูงอายุถูกแยกออกมาโดยสังคม กระบวนการนี้เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมของตนเองและลดบทบาททางสังคม เมื่อตนเองเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุพยายามจะหลีกเลี่ยงจากความกดดันและความตึงเครียดโดยการถอนตัวออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการที่รู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถลดลง และ เป็นการเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่ได้แสดงความสามารถต่อไป ดังที่ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550: 10) กล่าวว่า

...การศึกษาวิจัยงานชิ้นหนึ่งได้ยืนยันว่า คนแต่ละคนอาจจะหยุดบทบาทของตัวเองบางอย่าง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความต้องการของตนเองหรือแรงกดดันจากสังคมได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงหนีไม่พ้นที่จะถอนตัวออกจากสังคม โดยที่จะไม่เกี่ยวกับระบบทางสังคมที่อยู่ แต่อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากความต้องการการสืบต่อ การถ่ายทอด หรือความต่อเนื่อง (Continuity) โดยที่ผู้สูงอายุควรจะพ้นจากหน้าที่เพื่อเปิดโอกาสให้คนรุ่นหลังต่อไป...

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางสังคมและความพึงพอใจในชีวิต แนวคิดดังกล่าวเชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และบุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้ จะเป็นผู้ที่มีความพอใจในชีวิตสูง และมีภาพลักษณ์เกี่ยวกับตัวเองดี

สุรกุล เจนอบรม (2528: 34) กล่าวว่า ทฤษฎีกิจกรรมเป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีชีวิตเป็นสุขได้นั้น ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น การมีงานอดิเรกทำหรือการเป็นสมาชิกกลุ่ม กิจกรรม สมาคม ชมรม เป็นต้น

3.3 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีบทบาทได้ถูกนำมาอธิบายเรื่อง การปรับตัวของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ กล่าวคือเมื่อคนเข้าสู่วัยสูงอายุ เขาจะต้องปรับตัวกับสภาพชีวิตหลายสิ่งหลายอย่าง ซึ่งไม่เหมือนบทบาทเดิมของเขาที่เคยมีมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเคยปฏิบัติในวัยผู้ใหญ่ มายอมรับบทบาททางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นตัวแทนของพฤติกรรม ที่สังคมคาดหวังว่าจะพบในผู้สูงอายุทั่วไป การนำทฤษฎีบทบาทมาใช้กับผู้สูงอายุ จะเน้นว่าผู้สูงอายุแต่ละคนปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมจากวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างไร เนื้อหาของทฤษฎีนี้จะสรุปว่าเมื่อคนๆหนึ่งแก่ตัวลง คนๆนั้นก็จะมีบทบาททางสังคมใหม่ ซึ่งไปด้วยกันกับวงจรชีวิตใหม่ ที่คนๆนั้นก้าวเข้าไปเมื่อคนๆหนึ่งก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทความเป็นผู้ใหญ่ก็หายไป แล้วก็จะสวมบทบาทของผู้สูงอายุ

3.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ตามแนวทฤษฎีนี้มองว่า ผู้สูงอายุนั้นจะต้องมีบทบาทต่อเนื่อง ซึ่งสร้างสมมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่และวัยกลางคน ที่ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวทัศนคติและค่านิยมต่างๆให้เข้ากับบรรทัดฐานของสังคม ผู้สูงอายุที่มีความตระหนักหรือเตรียมตัวก่อนการเกษียณจะแตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีความตระหนัก หรือเตรียมตัวที่จะเกษียณ โดยสรุป

แล้วการปรับตัวในวัยสูงอายุนั้นจะประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา และบุคลิกภาพความพึงพอใจในชีวิตของตนเองที่ผ่านมาแต่หนหลัง และบุคคลทั่วไปมักจะเตรียมแนวทางที่ตนเองคิดว่า ประสบความพึงพอใจในชีวิตของการเป็นผู้สูงอายุมากกว่าที่จะพยายามปรับตนเองให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์ของสังคม

จากแนวคิดทฤษฎีผู้สูงอายุที่กล่าวมา สรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีพัฒนาการไปในทางเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประเด็นประกอบกันทั้งตัวบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุแต่ละคน ความมีอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตเป็นสิ่งที่สลับซับซ้อน การเปลี่ยนแปลงจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การทราบถึงทฤษฎีผู้สูงอายุเป็นประโยชน์ทำให้เข้าใจถึงที่มาของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ว่าเพราะสาเหตุใดผู้สูงอายุจึงมีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าคนวัยหนุ่มสาว มีความเข้าใจถึงสภาพจิตใจบุคลิกภาพและความต้องการการแสดงออกของผู้สูงอายุนอกจากนี้ทฤษฎีทางสังคมวิทยายังสามารถอธิบายถึงสภาพสังคมต่างๆว่ามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไร อะไรที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต อะไรบ้างที่ผู้สูงอายุควรจะทำ สังคมควรทำอะไรแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นพื้นฐานความรู้ที่จะนำไปสู่ความเข้าใจและอธิบายถึงลักษณะพฤติกรรมและการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

เขาลักขณ์ ฤทธิสรไกร (2550: 55-56) สรุปว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่างๆ คือ ด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

แนวคิดด้านสังคมศาสตร์มีความเชื่อว่าพฤติกรรมและการกระทำของคนแต่ละคนทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแตกต่างกัน และยังมีผลต่อการกระจายของโรคในกลุ่มคนที่มีลักษณะแตกต่างกันอีกด้วย เบญจวรรณ กำธรวัชร (2537) กล่าวว่า การที่คนมีพฤติกรรมแตกต่างกันย่อมเกิดจากความแตกต่างด้านสังคมวัฒนธรรม ที่มีส่วนกำหนดพื้นฐานความคิด ความเชื่อและการกระทำของสมาชิกในสังคมโดยกระบวนการอบรมให้รู้ระเบียบสังคม (Socialization) หรือได้รับการถ่ายทอดวัฒนธรรมจากสังคม นักสังคมศาสตร์เชื่อว่าการกระทำของมนุษย์ยังอยู่ภายใต้อิทธิพลของการจัดระเบียบสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรมด้วย ทำให้มนุษย์มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

พฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันทำให้มีสภาวะสุขภาพ การกระจายของโรคและการพัฒนาสาธารณสุขแตกต่างกันด้วย

สมนึก กุลสถิตพร (2549: 11) ได้กล่าวถึงสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุว่าสุขภาพที่ดีอย่างแท้จริงนั้นควรมีลักษณะของการมีสภาวะที่สมบูรณ์ ซึ่งการมีสภาวะที่สมบูรณ์ คือ การมีสภาวะที่ดีทั้ง 4 มิติ โดยมีทั้ง 4 ประกอบด้วย

1. สภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ
2. สภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา และลดความเห็นแก่ตัว
3. สภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี ครอบครัวยุติธรรม ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม ความเสมอภาค ทรานสปาร์นต์ สันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และเป็นกิจการทางสังคม
4. สภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า เป็นต้น สภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นยอดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีก 3 มิติ ถ้าขาดสภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์จะไม่พบความสุขที่แท้จริง และขาดความสมบูรณ์ในตัวเอง

ทฤษฎีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ

ทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม โดยมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ทฤษฎีแบบจำลองชนวน 5 อย่าง

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2552: 144) ได้อธิบายทฤษฎีแบบจำลองชนวน 5 อย่างซึ่งเป็นแนวคิดของ Zola โดยเสนอกรอบแนวความคิด 5 Trigger Model กล่าวคือ

1.1 วิฤตการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับบุคคลจะเป็นแรงกระตุ้นหรือผลักดันให้บุคคลนั้นๆ สนใจในอาการความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นหรือความเจ็บป่วยต่างๆ ทำให้เกิดความหมกมุ่นกับอาการต่างๆเหล่านั้นและต้องหาวิธีการในการกำจัดให้ออกไป

1.2 วิฤตการณ์ของอาการผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นจะรบกวนต่อกิจกรรมทางสังคมที่บุคคลดำเนินอยู่ จนทำให้ต้องจัดการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งก็เกิดจากการแทรกแซงทางสังคม

1.3 ปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจะกระทบต่อสวัสดิภาพส่วนรวม ผู้มีอำนาจจะเข้ามาจัดการให้บุคคลต้องดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่ออาการที่เกิดขึ้น

1.4 บุคคลมองเห็นภาวะคุกคามของอาการนั้นในระดับตนเอง ครอบครัว และชุมชนที่จะต้องจัดการกับโรคร้ายไข้เจ็บนั้น

1.5 ความรุนแรงและลักษณะของโรคที่เกิดขึ้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลต้องตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการกำจัดหรือลดความรุนแรงของโรค

2. ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2552: 145) อธิบายว่าทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล เป็นแนวคิดของ Ajzen and Fishbein โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นบุคคลที่มีเหตุผลมีการจัดข้อมูลอย่างเป็นระบบ หากบุคคลถูกเสนอให้ทำอะไรบางอย่าง จะมีการพิจารณาไตร่ตรองก่อนตัดสินใจกระทำลงไป และต้องการความตั้งใจร่วมด้วยซึ่งจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ หากต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ต้องเปลี่ยนความเชื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ

แนวคิดทางสังคมวิทยาและวัฒนธรรมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

แนวคิดทางสังคมวิทยาต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย

นักสังคมวิทยาส่วนหนึ่งมีความสนใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเห็นว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของปรากฏการณ์ทางสังคม นักสังคมวิทยามองปัญหาสุขภาพในลักษณะที่เป็น Dynamic Interaction Process และพยายามพิจารณาถึงองค์ประกอบต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย

นักสังคมวิทยากลุ่มหนึ่งมองกระแสสุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบันว่าเป็น “คุณค่า” หรือ “ค่านิยม” ในสังคม นอกจากนั้นมีคนเรียกกระแสสุขภาพแบบนี้ว่าเป็น “ร่างกายนิยม” (Bodyism) และมีการวิเคราะห์ว่า แม้ว่าการสร้างกระแสค่านิยมสุขภาพ จะมุ่งเน้นเพื่อให้มีการปรับปรุงหรือพัฒนาร่างกาย แต่ก็เป็นแนวโน้มที่ทำให้ปัจเจกชนเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และเป็นการปลุกฝังให้เกิดความมีระเบียบวินัยกับตัวเองอีกด้วย นอกจากนี้นักสังคมวิทยายังเสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็น เหตุการณ์ทางสังคมโดยมาจากการที่มีลัทธิด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดการควบคุมและการต่อต้าน ซึ่งก็คือการควบคุมหรือการครอบงำมีผลในด้านการสร้างให้เกิดกระแสต่อต้าน เป็นกระแสตรงข้ามกัน นโยบายและแผนปฏิบัติการของรัฐบาลเกี่ยวกับบริโภคนิยมด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดอำนาจครอบงำลงมาบนตัวเราอย่างละมุนละม่อมโดยเราไม่รู้สึกรู้สียงอะไรก็ตามการครอบงำจากกระแสการสร้างค่านิยมดังกล่าว ก็มีผลด้านการสร้างให้เกิดการต่อต้านเช่นกัน เช่น การนิยมกินเจ กินอาหารมังสวิรัติ ทำให้เกิดการต่อต้านการบริโภคอาหารจานด่วนหรือการบริโภคเนื้อสัตว์ แต่กระแสต่อต้านดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเฉพาะในคนบางกลุ่มเท่านั้น (เชาวลัทธิ ฤทธิสรไกร, 2550: 77)

แนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมกับการดูแลสุขภาพ

เชาวลัทธิ ฤทธิสรไกร (2550: 55-57) กล่าวว่า ในด้านความเจ็บป่วยถือเป็นปรากฏการณ์ที่อยู่คู่กับมนุษย์ เมื่อใดที่มนุษย์ประสบความทุกข์จากความเจ็บป่วย จำเป็นต้องพยายามหาทางออกเพื่อให้ตนหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วยนั้นไปได้ ทั้งนี้อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยบางครั้งก็เป็นสัญลักษณ์และหนทางไปสู่ความตาย นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานของตนเอง ของคนในครอบครัว เครือญาติและสังคมรอบข้าง วิธีการในการจัดการสุขภาพกับความเจ็บป่วยที่คนในสังคมรับรู้และยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันนั้น นักมานุษยวิทยาถือว่าเป็นวัฒนธรรมประเภทหนึ่งซึ่งเป็น

ผลรวมของแนวคิด ความเชื่อ และวิธีการที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อบำบัดความต้องการพื้นฐาน (Basic Need) ที่ตอบสนองโดยตรงต่อความต้องการทางร่างกายเพื่อความอยู่รอดของชีวิตมนุษย์ วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของคนในสังคม ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระหรือเป็นประเด็นของปัจเจกบุคคลตามสัญชาตญาณ เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น วิธีการรักษาตลอดจนการดูแลบำบัดเพื่อให้กลับคืนสู่สภาวะปกติล้วนเป็นสิ่งที่ถูกหล่อหลอมด้วยวัฒนธรรมทั้งสิ้น การดูแลสุขภาพยังถูกกำหนดด้วยบริบทหรือปัจจัยอื่นๆอีกมาก เช่น สภาพครอบครัว เศรษฐกิจ การศึกษา หลักศาสนา สิ่งแวดล้อม นโยบายรัฐบาล เป็นต้น การป้องกันรักษาความเจ็บป่วยจึงไม่ได้เกี่ยวข้องอยู่แต่ผู้ป่วยในระดับบุคคลแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องถึงครอบครัวและสถาบันทางสังคมอื่นๆอีกด้วย

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพมักถูกกำหนดขึ้นตามเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมทางสังคม ด้วยปัจจัยดังกล่าวจึงส่งผลให้คนในแต่ละสังคมมีวิธีการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ในขณะเดียวกัน วัฒนธรรมก็เป็นตัวกำหนดและเป็นปัจจัยที่นำไปสู่สภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีของสมาชิกในแต่ละสังคม

ความสำคัญของสุขภาพต่อวิธีการดำรงชีวิต

สุขภาพ เป็นสิ่งที่อยู่ควบคู่กับมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต บุคคลที่มีสุขภาพที่ดีก็จะสามารถใช้ชีวิตประจำวัน ได้อย่างปกติ ส่วนบุคคลที่มีสุขภาพไม่ดี ก็จะมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิต สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2552: 98-99) ได้อธิบายความสำคัญของสุขภาพต่อวิธีการดำรงชีวิต ดังนี้

1. สุขภาพเป็นวิถีแห่งการดำรงชีวิต กล่าวคือ สุขภาพเปรียบเสมือนวิถีทางที่จะนำมนุษย์ไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆหากมนุษย์เข้าใจในสถานภาพและบทบาทของตน ก็จะตระหนักถึงการปฏิบัติตามสถานภาพของตน โดยเน้นในเรื่องของสุขภาพว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตในสังคม หากสุขภาพเป็นปัญหาบุคคลก็จะไม่สามารถดำรงอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข
2. สุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติมนุษย์ กล่าวคือ มนุษย์มีการเกิดแก่เจ็บตาย ภาวะการเจ็บป่วยและความตายเป็นสังขรณ์ของมนุษย์ที่เกิดขึ้น การรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงจึงถือได้ว่าสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติมนุษย์

3. สุขภาพเป็นภาวะที่ไม่มีชนชั้นทางสังคม กล่าวคือ สุขภาพมีอยู่ในมนุษย์ทุกคน ไม่ว่าจะอยู่ในฐานะใดหรือชนชั้นใดในสังคม ชีวิตมนุษย์ทุกคนย่อมมีความต้องการให้ตนเองมีสุขภาพที่สมบูรณ์สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ เมื่อมีสุขภาพไม่ดีก็จะพยายามหาทางรักษาความเจ็บป่วยซึ่งสามารถพบได้ในบุคคลทุกชนชั้นในสังคม

4. สุขภาพเป็นบูรณาการรวมหน่วยของคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในสังคมใดก็ตามย่อมต้องคำนึงทั้งในส่วนของ การศึกษา เศรษฐกิจ และสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็ต้องพัฒนาด้านการศึกษา เศรษฐกิจ และสุขภาพ จึงจะทำให้บุคคลสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

5. สุขภาพเป็นเครื่องมือของวาทกรรมของการพัฒนา กล่าวคือ ประเทศที่กำลังพัฒนาจะพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขจากต่างประเทศโดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งในส่วนของเครื่องมือทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ต่างๆ การที่ประเทศพัฒนาแล้วพยายามส่งเสริมให้กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาละเลิกการแพทย์พื้นบ้าน และหันมารับวัฒนธรรมการแพทย์แผนปัจจุบันให้มากที่สุด ทำให้เห็นได้ว่าสุขภาพเป็นวาทกรรมหนึ่งของการพัฒนา

6. สุขภาพเป็นภาวะการเรียนรู้ตลอดชีวิต กล่าวคือ มนุษย์ในสังคมก็มีประสบการณ์และการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การบำบัดรักษาโรคแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม และในแต่ละบุคคลก็มีวิธีการที่ต่างกันไปตั้งแต่เด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ทั้งนี้เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์จึงกล่าวได้ว่ามนุษย์สามารถเรียนรู้ภาวะสุขภาพได้ตลอดชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

ปัจจุบันแนวคิดการดูแลตนเอง ได้รับความสนใจมาจากสาขาวิชาชีพด้านการบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตและมีปัจจัยหลายอย่างผลักดันให้ประชาชนต้องหันมาดูแลตนเองมากขึ้น เช่น ค่านิยมด้านสุขภาพเปลี่ยนไปสู่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการสุขภาพที่สูงขึ้น เป็นต้น สำหรับการดูแลตนเองนั้นเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่บุคคลได้เกิดความรู้สึกลงผลให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งการดูแลตนเองด้านสุขภาพก็เป็นพฤติกรรมอีกอย่างหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ

การดูแลตนเอง

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2530: 51) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเองไว้ว่าเป็นแนวทางการสร้างบริการสาธารณสุขแนวใหม่ เพื่อมุ่งเสริมบทบาทของสามัญชนหรือผู้ที่มีได้เป็นนักวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรม เพื่อการนี้โดยตรงในด้านการบริการสุขภาพตามหลักการช่วยเหลือตนเองในทางสุขภาพ

Orem (1991: 117) ได้เสนอความหมายของการดูแลตนเอง ว่าเป็นพฤติกรรมที่คนริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

Pender (2006: 150) ให้ความหมายของการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำตามแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนเองไว้ การดูแลตนเองของบุคคลต้องมีแบบแผน มีเป้าหมาย มีขั้นตอนตลอดความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น

มัลลิกา มัติโก (2530: 21) ได้กล่าวถึง แนวคิดของการดูแลสุขภาพตนเองว่า เนื่องจากประชาชน เริ่มเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมูลเหตุผลผลักดันมาจากความไม่พอใจต่อการรักษาของแพทย์ที่เห็นคนไข้เป็นเพียงวัตถุหรือ “ชิ้นส่วน” ในการรักษาเท่านั้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง อีกทั้งตระหนักว่าตนเองมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคและเจ็บไข้ได้ป่วย และได้อธิบายถึงความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเอง และรับผิดชอบกันเองด้านสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ มัลลิกา ได้เสนอลักษณะสำคัญของแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชน ที่มีขอบเขตจำกัดภายในตัวของมันเองเป็นสิ่งสากลที่มีอยู่ทั่วไป โดยไม่ต้องมีการจัดองค์กรที่เป็นพฤติกรรมที่สลับซับซ้อนผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาทางสังคม กระบวนการการหล่อหลอมและการถ่ายทอดความรู้ของสังคม

2. การดูแลสุขภาพตนเองเป็นปรากฏการณ์พื้นฐานซึ่งอยู่นอกเหนือกระบวนการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรทางวิชาชีพ หากแต่การดูแลสุขภาพตนเองจะอยู่ภายใต้อิทธิพลตามธรรมชาติของสถาบันทางสังคมตามบริบทของโครงสร้างทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองนั้นๆ

3. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นความต่อเนื่องของพฤติกรรมดั้งเดิม ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีและวิถีการดำรงชีวิต ที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคด้วยตนเองและการรักษาตนเอง

4. กระบวนการประเมินผลด้านสุขภาพอนามัย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันอยู่ตามธรรมชาติและขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล ที่อาจจะปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดทางวิชาชีพได้

5. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งรวมถึงตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษาและการประเมินผลของการรักษาด้วยตนเอง

พร้อมจิต ห่อนบุญheim (2540: 5-6) กล่าวว่า การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ในระยะนี้เป็นระยะที่บุคคลจะมีการหาข้อมูลที่เป็นความรู้ต่างๆมาพิจารณาและตัดสินใจในการกระทำดูแลตนเอง โดยบุคคลจะพิจารณาจากความรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นบุคคลต้องมีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกตนเองจึงจะสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตลอดจนใคร่ครวญว่าสิ่งใดสามารถปรับเปลี่ยนและเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ได้ เพื่อการตัดสินใจเลือกกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ ระยะนี้เป็นระยะที่บุคคลดำเนินการกระทำ การดูแลตนเองโดยมีการตั้งเป้าหมายของกระทำก่อน เพื่อที่จะสามารถกำหนดกิจกรรมที่จะกระทำได้เพื่อไปสู่เป้าหมาย ภายหลังจากการลงมือกระทำแล้วบุคคลจะมีการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

ประเภทของการดูแลตนเอง

Orem (1991: 125-134) ได้กำหนดการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งวัตถุประสงค์ของความ ต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้คือ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care)

การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ เป็นการคงไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และความผาสุก ทั่วๆ ไป มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งด้านคุณภาพ (ชนิด) หรือปริมาณ ตามความแตกต่าง ของอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ ประกอบด้วย

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ โดยคำนึงถึงการทำหน้าที่ตามปกติของ โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย คอยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามปัจจัย ภายในและภายนอกที่ส่งผลต่อความต้องการมีการรักษาไว้ซึ่งความคงทนของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับ การได้รับอาหาร น้ำ และ อากาศ นอกจากนี้ยังต้องหาความเพลิดเพลินกับการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่กระทบต่อสุขภาพหรือไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ โดยการจัดการกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม มีการจัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย การรักษาโครงสร้างหน้าที่ เพื่อให้ มีการขับถ่ายตามปกติ มีการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ตลอดจนสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน โดยการเลือกกิจกรรมที่ เหมาะสมเพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การรับรู้ และสนใจถึงความต้องการการ ออกกำลังกายของตนเอง มีการตอบสนองทางอารมณ์ สติปัญญา การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อย่างเหมาะสมรับรู้และสนใจความต้องการการพักผ่อนของตนเอง มีการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการทำกิจกรรมของตนเอง โดยใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และบรรทัดฐานตาม ขนบธรรมเนียมประเพณีของสิ่งแวดล้อมตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวของบุคคล บุคคลต้องการคงไว้ซึ่งการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลต้องการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นเพื่อการทำหน้าที่ของตนให้มีประสิทธิภาพ รู้จักการติดต่อขอความช่วยเหลือ มีการสร้างมิตรให้ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน รวมทั้งการปฏิบัติตนเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ โดยการสนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จัดการป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย มีการหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆควบคุม หรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาและคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง และรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล มีการค้นหาและสนใจในความคิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากสภาพปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Development Self-Care)

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์ และ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิตเป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการดูแลตนเองแต่แยกตามพัฒนาการ เพื่อเน้นให้เห็นความสำคัญ และ ความเฉพาะเจาะจงประกอบด้วย

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการ ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะตามระยะพัฒนาการ เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด วัยทารก วัยเด็กเล็ก วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน วัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อลดอารมณ์ความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียญาติ ทรัพย์สินสมบัติ ความมั่นคงในอาชีพ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต การย้ายที่อยู่อาศัยไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ความเจ็บป่วย และความพิการ การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และการตาย เหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตของ

บุคคลจะเกิดขึ้น และแปรเปลี่ยนตามระยะพัฒนาการ ซึ่งแต่ละคนจะเผชิญในสิ่งที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคล

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นนี้ สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรม และความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบจากความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษาทางการแพทย์ เมื่อภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง จะต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด หรือ เกือบทั้งหมดบุคคลจะเปลี่ยนจากการเป็นผู้ดูแลตนเองเป็นผู้รับการดูแล ความต้องการนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ได้แก่

3.1 มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น จากทีมสุขภาพ

3.2 รับรู้และสนใจและดูแลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ เมื่อเจ็บป่วย หรือมีปัญหาสุขภาพบุคคลต้องมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ภายในตนเอง และสนใจเอาใจใส่ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพทั้งหลายรวมทั้งผลกระทบใดๆที่มีผลต่อพัฒนาการของตน

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อมีปัญหาสุขภาพจากสาเหตุต่างๆเมื่อบุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมการช่วยเหลือต่างๆต้องการความร่วมมือของบุคคลที่เป็นผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

3.4 รับรู้และสนใจ ในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงจากการรักษา หรือจากโรค ซึ่งผลข้างเคียงต่างๆเป็นสิ่งที่เฉพาะในผู้ป่วยแต่ละคน

3.5 คัดแปลงมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง ผลจากภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ อาจทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอก ความรุนแรงขึ้นกับการรับรู้ของบุคคล อย่างไรก็ตาม บุคคลมีความต้องการการคงไว้ซึ่งมโนทัศน์ต่อตนเองในทางบวก และยอมรับสภาพของตนเองตลอดจนยอมรับว่าตนเองต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพเฉพาะเจาะจงตามภาวะสุขภาพ

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ ภาวะสุขภาพ และผลจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2530: 56) แบ่งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเองไว้ 4 ประเภท ดังนี้

1. การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี (Health Maintenance) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ชีวิตยืนยาว มีสุขภาพที่ดี หรือเสริมสร้างสุขภาพชีวิต ที่มีโชเฉพาะเรื่องสุขภาพ หรือการเกิดโรค เพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงแบบแผนการดำเนินชีวิต และการดูแลสุขภาพทุกๆ ไป
2. การป้องกันโรค (Disease Prevention) ประกอบด้วยกิจกรรมเฉพาะบุคคลที่จะปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการลุกลามของโรค
3. การวินิจฉัยโรค การใช้ยา และรักษาตนเองได้ (Self-Diagnosis, Self-Medication and Self-Treatment) โดยเมื่อบุคคลมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่รุนแรงควรวินิจฉัยโรคและรักษาด้วยตนเอง
4. การขอรับบริการสุขภาพ (Participation in Professional Services) การดูแลตนเองอาจควบคู่ไปกับการขอรับบริการด้านสุขภาพ เพียงแต่เน้นถึงการพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถในการแสวงหา และขอรับบริการได้เหมาะสมกับเวลาและสถานการณ์

แนวคิดการดูแลตนเองที่ได้กล่าวมา หากบุคคลมีการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพก็จะส่งผลต่อการปรับระดับประคองกระบวนการชีวิต ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายได้ปกติ ป้องกันและควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่มีความต้องการที่จะดูแลตนเองเพื่อปรับระดับประคองการเสื่อมถอยความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้การจะกระทำการดังกล่าวผู้กระทำต้องมีความสมัครใจตามความสามารถที่มีอยู่ ด้วยการแสวงหาความรู้ การปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ทั้งนี้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกันไปตามความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

พร้อมจิต ห่อนบุญเหิม (2540: 12-16) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถของบุคคลเพื่อการกระทำอย่างจริงจัง ความสามารถในการดูแลตนเอง จะมีการพัฒนาตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเองในขณะนั้น โดยมีความสามารถในการคาดคะเนซึ่งจะทำให้รู้เกี่ยวกับความหมายและความจำเป็นของการกระทำ โดยสามารถรู้ปัจจัยภายในและภายนอกที่สำคัญต่อการดูแลตนเอง รู้ความหมายของเงื่อนไขและปัจจัย และการควบคุมเงื่อนไขและปัจจัยเหล่านั้น ความสามารถในการปรับเปลี่ยน เป็นการสะท้อนถึงความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ควรปฏิบัติ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น และสุดท้ายคือความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นการเตรียมเพื่อการดูแลตนเอง โดยการเตรียมตัวเอง วัตถุประสงค์ของ หรือสิ่งแวดล้อม และการลงมือปฏิบัติดูแลตนเองตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลา ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวก็คือ ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง กล่าวคือ บุคคลต้องการพลังความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพลังความสามารถแบ่งออกเป็น 10 ประการประกอบด้วย

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเองเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เป้าหมายของการดูแลตนเองสอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายโดยทั่วไป กล่าวคือ เป็นการกระทำที่ไม่เฉพาะเจาะจง ในเรื่องสุขภาพเท่านั้น ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ กับความสามารถที่จะกระทำ และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญรู้จักจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

Orem (1991: 136) ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานว่าเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย 10 ปัจจัย คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2552: 159-160) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการดูแลตนเองนั้นมีดังต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วยเหมือนเครื่องจักร

การรักษาผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีลักษณะรักษาผู้ป่วยเหมือนเครื่องจักร บุคลากรในการรักษามีความชำนาญเฉพาะทาง แบ่งการรักษาเป็นส่วนๆ คล้ายชิ้นส่วนของเครื่องจักร แพทย์ไม่สามารถแสดงบทบาทที่สังคมคาดหวังได้ แต่กลับมีทัศนคติที่แพทย์ประกอบอาชีพมีคลินิกในเชิงพาณิชย์ จึงทำให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

2. การรักษาที่มีราคาแพง

การรักษาที่มีราคาแพงตามวิธีการทางการแพทย์ปัจจุบัน ซึ่งต่างใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่มีความสมัยใหม่ ทำให้ค่ารักษาแพงขึ้นตามไปด้วย ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีฐานะด้านการเงินต่ำไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ประชาชนนิยมการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

3. ความคลุมเครือของบทบาทผู้ป่วย

ความคลุมเครือของบทบาทผู้ป่วยเกิดขึ้นเมื่อการแพทย์สมัยใหม่กับความพยายามค้นคว้าหาสาเหตุของการเจ็บป่วย บางครั้งต้องใช้เวลามากมายจึงจะทราบผล ทำให้บทบาทของผู้ป่วยไม่แน่ชัด เกิดความคลุมเครือ ผู้ป่วยจึงต้องดูแลสุขภาพของตนเอง

4. แบบแผนของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป

แบบแผนของโรคบางโรคที่ต้องอาศัยผู้ป่วยในการป้องกันโรคสมัยใหม่เหล่านั้น เช่น โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน เป็นต้น จึงเป็นหน้าที่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถที่จะดูแลได้ด้วยตนเอง และไม่มีคามจำเป็นที่จะให้บุคลากรทางการแพทย์รักษาตลอดเวลา ผู้ป่วยสามารถรักษาดูแลตนเองที่บ้าน เมื่อยาหมดก็ให้แพทย์เขียนใบสั่งยา ซึ่งสามารถรักษาตนเองที่บ้านได้

5. ประชาชนมีความรู้ทางการแพทย์มากขึ้น

ประชาชนมีความรู้ทางการแพทย์มากขึ้นจากสื่อต่างๆทำให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และตระหนักถึงบทบาทของประชาชนในการป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้น ประชาชนสามารถนำความรู้ไปเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของตนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชาชนรู้จัก และนำไปปฏิบัติเป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมซึ่งบุคคลกระทำเพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และ สวัสดิภาพของตนเอง

เกษม ต้นติผลาชีวะ และ กุลยา ต้นติผลาชีวะ (2528) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพนั้นควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และควรให้ความสนใจมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น เพื่อความเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี และได้แนะนำเสนอหลักในการดูแลรักษาสุขภาพไว้ 4 ประการ คือ 1) การรับประทานอาหารอย่างถูกต้องรวมถึงการละเว้นสิ่งที่ไม่ดีต่อร่างกายต่างๆ 2) การพักผ่อนนอนหลับ 3) การออกกำลังกาย 4) การมีสุขภาพจิตที่ดี

การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

อาหารนับว่าเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอย่างถูกหลักโภชนาการก็คือ การรับประทานอาหารที่ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการ สามารถรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย จำกัดแคลอรีจากอาหารให้น้อยลง เพราะผู้สูงอายุจะใช้พลังงานในการทำงานน้อยกว่าวัยอื่นๆ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพควรมีเป้าหมายและถูกต้องตามหลักโภชนาการคือ

1. รับประทานอาหารโปรตีน ซึ่งเป็นอาหารที่จำเป็นต่อการคงสภาพของเนื้อเยื่อร่างกาย โดยเฉพาะวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่เนื้อเยื่อต่างๆ มีการสลายตัวมาก ร่างกายต้องการ โปรตีนที่มีคุณภาพ แต่ปริมาณจะลดลงอาหาร โปรตีนที่เหมาะสมคือ โปรตีนที่อุดมด้วยกรดอะมิโนครบองค์ประกอบ ได้แก่ เนื้อ ปลา ไข่ นม ดับ การรับประทานอาหารโปรตีนจากพืชจะต้องคำนึงถึงสารอาหารด้วย เพราะโปรตีนจากพืชไม่สามารถให้องค์ประกอบของกรดอะมิโนได้ครบถ้วนเหมือนโปรตีนจากสัตว์

2. รับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตให้ถูกหลักโภชนาการ การรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมีประโยชน์คือ ป้องกันการทำลายของเนื้อเยื่อโปรตีน รักษาสมดุลของระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับประสาทส่วนกลาง เพิ่มแคลอรีให้แก่ร่างกายและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย อาหารคาร์โบไฮเดรตที่ร่างกายได้รับควรเป็นครึ่งหนึ่งของอาหารไขมัน และโปรตีนเพราะยังคงความจำเป็นต่อร่างกายแม้ว่าอายุจะมากขึ้นก็ตาม เพราะถ้าหากร่างกายได้รับสารอาหารคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอจะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะได้ แต่การรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรต เช่น พวกแป้ง น้ำตาล เป็นสิ่งที่ควรระมัดระวังสำหรับผู้สูงอายุเช่นเดียวกับไขมัน เพราะวัยสูงอายุทำให้ความสามารถในการเผาผลาญอาหารลดลง การรับประทานมากๆ อาจส่งผลให้เกิดน้ำตาลและคอเรสเตอรอลในเลือดสูง

3. หลีกเลียงอาหารประเภทไขมัน ถึงแม้ไขมันเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย และยังช่วยในการดูดซึมวิตามินเอ ดี อี และ เค แต่ผู้สูงอายุต้องการแคลอรีจากอาหารโดยประมาณวันละ 2,100 แคลอรี ซึ่งขึ้นกับงานและกิจกรรมที่ทำ นอกจากนี้อาหารประเภทอื่นสามารถให้แคลอรีทดแทนได้เช่นกัน ดังนั้นความจำเป็นของพลังงานต่อร่างกายจึงไม่ได้มาจากไขมันเพียงอย่างเดียว การกินอาหารไขมันมากจะเป็นผลเสียต่อร่างกายหลายประการ คือจะทำให้อ้วน เส้นโลหิตแข็ง ท้องอืดท้องเฟ้อ และท้องเสียได้ง่าย

4. รับประทานผักและผลไม้เพื่อช่วยเพิ่มวิตามินและแร่ธาตุ ผักและผลไม้เป็นอาหารที่ผู้สูงอายุสามารถรับประทานได้ค่อนข้างมาก แม้จะเป็นผลไม้ที่มีรสหวานบ้างก็ตาม เพราะน้ำตาลในผลไม้จะมีประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าน้ำตาลในรูปแบบอื่น ผักผลไม้เป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ ผักที่รับประทานควรเป็นทั้งชนิดดิบและสุก ใบเขียวและใบเหลือง โดยเฉพาะผักที่ให้วิตามินเอและซีผู้สูงอายุควรรับประทานมากขึ้น

5. ดื่มน้ำสะอาดเป็นประจำ โดยปกติน้ำเป็นส่วนประกอบของร่างกายกว่าร้อยละ 66 หรือประมาณ 2 ใน 3 ของน้ำหนักตัว โดยน้ำทำหน้าที่ควบคุมสภาพปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และเป็นตัวจักรสำคัญในการขับถ่าย คนที่ขาดน้ำจะเสียชีวิตเร็วกว่าคนที่ขาดอาหาร ดังนั้นควรดื่มน้ำประมาณวันละ 6-8 แก้ว นอกจากนี้ภาวะการขาดน้ำของผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นในเวลากลางคืน ดังนั้นผู้สูงอายุควรดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มก่อนนอน เพื่อลดความรู้สึกระหายน้ำและการตื่นขึ้นมาดื่มน้ำในช่วงดึกที่ทำให้ขัดจังหวะการนอน

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้เพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นการดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ ปอด และระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายเป็นการสร้างภาวะร่างกายให้สมบูรณ์ ทำให้ร่างกายสามารถใช้ออกซิเจนได้อย่างเต็มที่ มีความสมดุลของน้ำหนักกับส่วนสูงตามระดับอายุ สำหรับผู้สูงอายุกิจกรรมการออกกำลังกายแตกต่างกันตามความเหมาะสม และความสามารถของแต่ละบุคคล ความเข้มข้นและชนิดหรือวิธีของการออกกำลังกายจะต้องอยู่ในขอบข่ายความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคนที่จะทนได้ วิธีการออกกำลังกายมีหลากหลาย ผู้สูงอายุควรเลือกชนิดที่จะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อร่างกายและจิตใจ หรืออย่างน้อยต้องเลือกชนิดที่ทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงขึ้นในตัวผู้สูงอายุ

การนอนหลับของผู้สูงอายุ

การนอนหลับเป็นการพักผ่อนร่างกายที่ดีที่สุด คนทุกคนต้องการนอนหลับ เพื่อเป็นการพักผ่อนและเตรียมความพร้อมของร่างกาย การหลับมีผลต่อสุขภาพโดยทั่วไปของคนทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรมและความสามารถในการแสดงออก ขณะที่หลับการทำงานของร่างกายจะลดระดับลงเข้าสู่ระยะพัก ช่วยลดความเมื่อยล้า และความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ

แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปคือ มีระยะชั่วโมงการนอนที่สั้น มักตื่นง่าย หลับยาก และชอบตื่นตอนกลางวัน ซึ่งการงีบหลับจะให้ประโยชน์ต่อร่างกาย เพราะร่างกายได้พักผ่อนและคลายความเครียด เป็นการชดเชยที่นอนไม่หลับในเวลากลางคืนด้วย ตามปกติแล้วผู้สูงอายุไม่ต้องการนอนมากนัก ส่วนใหญ่ต้องการนอนเพียงวันละ 6-7 ชั่วโมง เพราะใช้กำลังน้อย อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมักมีการหลับที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งสาเหตุหนึ่งของการหลับไม่สมบูรณ์ หรือหลับไม่เต็มที่ของผู้สูงอายุมักเกิดจากความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการนอนหลับที่สมบูรณ์เพื่อให้หลับสบายและหลับได้ดีมากขึ้น โดยทำได้ดังนี้

1. อาบน้ำอุ่นก่อนเข้านอน
2. ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆก่อนเข้านอน แต่ควรงดเว้นกาแฟ เครื่องดื่มน้ำอัดลม เพราะจะทำให้หลับยาก
3. ฝึกออกกำลังกายที่ผ่อนคลายความเครียด
4. ไม่ควรกินยานอนหลับหรือยาระงับประสาทโดยไม่จำเป็น
5. รับประทานอาหารที่ให้แคลอรีเพียงพอกับร่างกาย จะช่วยให้หลับได้นาน เช่นอาหารประเภทโปรตีน เช่น นม เนื้อสัตว์ มีส่วนช่วยให้หลับสบาย
6. ทำจิตใจให้สบายก่อนเข้านอนด้วยการสวดมนต์ หรือทำสมาธิ จิตใจที่สงบปราศจากความกังวล จะทำให้หลับสบาย ไม่ฝันร้ายและนอนได้เต็มที่

การละเว้นสิ่งที่ให้โทษต่อร่างกาย

ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงสารที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ได้แก่ บุหรี่ ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ตลอดจนการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคที่เป็นอันตราย เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง รวมทั้งการดื่มสุรา เนื่องจากสุรามีผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลางมาก ทำให้ควบคุมสติและการแสดงออกไม่ได้ นอกจากนี้การดื่มสุราติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรังและสติปัญญาเสื่อม ดังนั้น หากมีการลด หรือเลิกการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา รวมทั้งสิ่งที่ให้โทษต่อร่างกายอื่นๆก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีอายุยืนยาว

การรักษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผู้ที่มีสุขภาพดี จะต้องเป็นผู้ที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การมีจิตใจที่ดี เป็นความสามารถในการปรับตัว และยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแก่ตนเองโดยตรงหรือเกี่ยวข้องทางอ้อมได้ ผู้มีสุขภาพจิตดีมักไม่มีความเครียดของจิตใจ มีอารมณ์แจ่มใส ควบคุมอารมณ์ได้ และมีสติอยู่เสมอ

สำหรับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเกิดได้จากหลายสาเหตุ บางสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของร่างกายตนเอง โดยเฉพาะการที่สมองเสื่อมตามวัย อย่างไรก็ตามบางสาเหตุอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมที่สร้างความเคร่งเครียดให้กับจิตใจ เช่น ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวไม่ดี เกิดการขัดแย้งไม่ลงรอยกัน มีความบีบคั้นทางเศรษฐกิจ ดังนั้นการปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลด้านจิตใจเป็นวิธีการหนึ่งที่มีผลต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยควรมีการพัฒนาด้านจิตใจ ซึ่งเป็นการรับรู้ต่อปรากฏการณ์ของสังคม การมองปัญหาและปรากฏการณ์ต่างๆอย่างเข้าใจและยอมรับว่าวิกฤติการณ์ต่างๆ เป็นเรื่องปกติของชีวิตมนุษย์ทุกคนที่ไม่มีทางหลีกเลี่ยงได้ ยิ่งอายุมากเท่าใดชีวิตก็จะต้องผ่านเหตุการณ์และกระบวนการต่างๆของชีวิตมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งสภาวะการณ์เหล่านี้ อาจเป็นการสะสมความเครียดให้เกิดขึ้นในตัวบุคคลแต่คนก็จะมีวิธีการแก้ความเครียดต่างๆที่เกิดขึ้นเหล่านั้นด้วยวิธีการที่ต่างกัน เพื่อปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลมากที่สุด เพราะความเครียดเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่รื่นรมย์ หรือความท้อแท้ในจิตใจ ไม่สบายใจและทอดถอนใจต่อชีวิต ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพจิตหรือกำลังจิตเป็นการผ่อนคลายความเครียดของร่างกายและจิตใจ เป็นการปรับสภาพสมดุลของจิตใจให้มีความพร้อม คล้ายกับการฝึกความสมบูรณ์ของร่างกายเช่นกัน การพัฒนากำลังจิต มี 2 ลักษณะคือ

1. การเตรียมความพร้อมของจิตใจโดยใช้วิธีการปฏิบัติแบบง่ายผ่านการใช้สมาธิ และการนวด

2. การลดความเครียดทางจิตใจ โดยใช้วิธีการควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายผ่านทางวิธีการผ่อนคลายความเครียดและวิธีการดึงตัว ซึ่งเป็นเทคนิคการทำให้กล้ามเนื้อได้เคลื่อนไหวและดึงตัวเต็มที่ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสดชื่นและมีความสุขกับชีวิต

จากแนวคิดพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองนั้นสรุปได้ว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้กระทำตามแนวทางของตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนเองไว้ เป็นการกระทำที่ตั้งใจ มีแบบแผน มีเป้าหมาย เมื่อทำอย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น การดูแลตนเอง แบ่งออกเป็นการดูแลตนเองในภาวะปกติ และการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย หรือแบ่งออกเป็น การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเป็ียงเบนทางด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Orem (1991: 125-134) สำหรับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองนั้น เป็นกิจกรรมซึ่งบุคคลกระทำเพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และ สวัสดิภาพของตนเอง โดยมีแนวทางในการปฏิบัติในชีวิตประจำวันซึ่งประกอบไปด้วยการปฏิบัติด้านต่างๆ คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การละเว้นสิ่งที่ไม่ดีต่อร่างกาย การรักษาสุขภาพจิต ซึ่งการที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างไร นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กัน ซึ่ง Orem ได้เสนอว่าปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้บุคคลสามารถหรือไม่สามารถกระทำ การดูแลตนเองให้บรรลุความต้องการดูแลสุขภาพตนเองได้ เรียกว่าปัจจัยพื้นฐาน โดยปัจจัยเหล่านี้ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ภาวะพัฒนาการ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม ธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบการบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตเป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินใจพฤติกรรม และแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับสิ่งเร้าภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบในแต่ละสถานการณ์ หรือกล่าวได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างเดียวหนึ่งหรือสองอย่าง จะส่งผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพ

สังคมวิทยาชนบท

สังคมชนบท (Rural Society) มีลักษณะเด่นคือในส่วนของบุคคลนั้นจะมีความสัมพันธ์กันแบบคุ้นเคยเห็นหน้ากันละกันเป็นประจำ มีที่ตั้งอยู่นอกเขตเทศบาลหรือเขตที่ห่างไกลความเจริญ มักตั้งบ้านเรือนตามแนวธรรมชาติที่อำนวยประโยชน์ในการดำรงชีวิต แต่ในปัจจุบันมักจะตั้งบ้านเรือนตามแนวเส้นทางคมนาคม มีลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านที่นำวัสดุก่อสร้างมาจากธรรมชาติ บริเวณบ้านกว้างขวาง ตั้งบ้านเรือนอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ชุมชนหรือหมู่บ้านจะมีขนาดเล็ก ความหนาแน่นของประชากรน้อย มีความผูกพันต่อกันในลักษณะครอบครัวและเครือญาติ บรรยากาศของความสัมพันธ์เต็มไปด้วยความเป็นกันเอง ร่วมมือกันทำกิจกรรมที่สนองความต้องการในการดำเนินชีวิตทางสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม โดยประกอบอาชีพตามสภาพท้องถิ่น รายได้สำคัญมาจากเกษตรกรรมและงานหัตถกรรมพื้นบ้าน รายจ่ายส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายเพื่อการครองชีพ ด้านวัฒนธรรมนั้น สังคมชนบทผู้อาวุโสจะเป็นผู้อบรมสั่งสอนและถ่ายทอดความรู้แก่คนรุ่นหลัง ทำให้มีมาตรฐานของพฤติกรรมทั่วไปและวัฒนธรรมเป็นแบบเดียวกัน เพราะการผสมผสานความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ขนบธรรมเนียมประเพณีในท้องถิ่นจะผูกพันกับสังคมชนบทให้มีความรู้สึกนึกคิด ความสนใจ พฤติกรรม ความเชื่อ และค่านิยมหรือความศรัทธาในแบบเดียวกัน นอกจากนี้ชาวชนบทส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาอย่างกว้างขวาง โดยมีวัดเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมต่างๆ ชีวิตชาวชนบทจะมีความเกี่ยวข้องกับวัดมาก วัดเป็นที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและตั้งกระจายทั่วไป กิจกรรมพื้นบ้านเกือบทั้งหมดของชาวชนบทโดยเฉพาะงานประเพณีและพิธีการต่างๆ ที่รับการถ่ายทอดกันมาตามกลุ่ม โดยปราศจากความเคลือบแคลงและมีเหตุผลจากความเลื่อมใสทางศาสนาที่สืบต่อกันมาเป็นเวลานานตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน (ทัศนีย์ ทองสว่าง, 2549: 8-11)

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และภาวะทางสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง และ การตรวจสุขภาพ โดยม้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆดังกล่าว ดังนี้

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทาง สรีระของบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจและความสามารถตาม ธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ (Orem, 1991: 136-138) โดยจากการตรวจเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พนิตา คุณาธรรม (2538: 104) พบว่าผู้สูงอายุชายและหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2547: 32) พบว่า เพศชายมีการดูแลตนเองมากกว่าเพศหญิง

อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินใจ (Orem, 1991: 136-138) แต่จากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ อรรช ไวทวิ (2548) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ต่างกัน

ระดับการศึกษา เป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ การมีทักษะ ทักษะที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถเรียนรู้ถึงความต้องการในการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เพราะสามารถแสวงหาข้อมูลมาคิดพิจารณาตัดสินใจกระทำได้มากกว่า (Orem, 1991: 136-138) โดยจากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พนิตา คุณาธรรม (2538: 104) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยพนิตารายงานว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไปมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และ บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2547: 33) รายงานว่า ระดับการศึกษาจำแนกเป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ระดับมัธยมศึกษาที่มีการดูแลตนเองมากกว่าระดับไม่ได้เรียน กลุ่มที่ 2 ระดับประถมศึกษาที่มีการดูแลตนเองมากกว่าระดับไม่ได้เรียน กลุ่มที่ 3 ระดับมัธยมศึกษาที่มีการดูแลตนเองมากกว่าระดับประถมศึกษา กลุ่มที่ 4 ระดับปริญญาตรีมีการดูแลตนเองมากกว่าระดับไม่ได้เรียน และกลุ่มที่ 5 ระดับปริญญาตรี มีการดูแลตนเองมากกว่าระดับประถมศึกษา โดยอธิบายว่าการศึกษามีส่วนสำคัญต่อพัฒนาความรู้ มีทักษะ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง เพราะคู่สมรสจะเป็นผู้ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ เป็นเพื่อน และกระตุ้นให้บุคคลมีความ

พยายาม ในการดูแลตนเองมากขึ้น (Orem, 1991: 136-138) โดยจากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พนิตา คุณาธรรม (2538: 106) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน โดยอธิบายว่า ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาคือผู้ที่มีการช่วยเหลือตนเองสูง ภาระทางบ้านไม่หนัก และสังคมในชนบทเป็นระบบเครือญาติ มีการพบปะพูดคุยกันตลอด จึงมีการแลกเปลี่ยนปฏิบัติต่อกัน แต่ รายงานการวิจัยของไพรัช ต้นอูด (2549: 145) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวจากการเสียชีวิตของคู่สมรสหรือเป็นโสด เนื่องจากคู่สมรสจะให้การดูแลพูดคุยปรึกษาให้ความร่วมมือในสิ่งที่ดีและคัดค้านในสิ่งที่เห็นว่าไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

ลักษณะครอบครัว จากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พนิตา คุณาธรรม (2538: 107) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ต่างกัน มีทัศนคติและการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน พนิตา กล่าวว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวชายจะรับการดูแลเอาใจใส่ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ดังนั้น โอกาสเจ็บป่วยจึงน้อยกว่า และ บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2547: 35) กล่าวว่าผู้สูงอายุอยู่กับบุตรหลาน อยู่กับคู่สมรส อยู่อาศัยกับบุตรหลานและคู่สมรส มีการดูแลตนเองทั่วไปมากกว่าอาศัยอยู่คนเดียว และผู้ที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส มีการดูแลตนเองทั่วไปมากกว่าอาศัยอยู่กับญาติ

อาชีพ จากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2550: 34) พบว่าอาชีพที่ต่างกันมีการดูแลตนเองทั่วไปแตกต่างกัน โดยอาชีพเกษตรกรมีการดูแลตนเองทั่วไปมากกว่าอาชีพค้าขาย และอาชีพรับจ้าง ส่วนอาชีพอื่นๆเช่นข้าราชการ ธุรกิจส่วนตัว งานบ้าน มีการดูแลตนเองทั่วไปมากกว่าอาชีพค้าขาย อาชีพรับจ้างมีการดูแลตนเองทั่วไปมากกว่าอาชีพอื่นๆ และ งานวิจัยของไพรัช ต้นอูด (2549: 146) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพอยู่จะมีรายได้หมุนเวียน มีกำลังซื้อบริการและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเฉยๆ ที่มักมีรายได้จากการที่ลูกหลานส่งเงินมาให้ใช้เป็นค่าอาหารและสิ่งของจำเป็นบางอย่าง ทำให้ต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด ส่วนผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่องของการรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดตนเอง การจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมในทางที่ดี เนื่องจากมีกำลังในการซื้อและจ้างแรงงานในการซ่อมแซมที่อยู่อาศัย ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพได้ดีกว่า ส่วนผู้สูงอายุที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ค่อยดี จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้อยลงมาเนื่องจากต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด และตัดสิ่งที่เป็นต่อร่างกายบางอย่างออกไป

รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางด้านสาธารณสุขและสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ตลอดจนตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีความเพียงพอของรายรับและรายจ่ายจะดูแลตนเองได้ดี และ ฐานะเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดูแลตนเอง โดยจากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พนิตา คุณาธรรม (2538: 111) และ บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2550: 34) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับรายได้น้อยมักจะเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาการรักษาสุขภาพ บุญทิพย์ กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 8,001 บาทต่อเดือน จะมีการดูแลตนเองทั่วไปมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 8,000 บาทต่อเดือน โดยอธิบายว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางด้านสาธารณสุขและสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีความเพียงพอของรายรับและรายจ่ายจะดูแลตนเองได้ดี

แหล่งที่มาของรายได้ เกิดจากความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและแหล่งที่มาของการเลี้ยงชีพของผู้สูงอายุ น่าจะต้องมาจากตนเองหรือครอบครัวเป็นสำคัญ โดยการสะสมเงินทองมาตั้งแต่วัยหนุ่มสาวหรือการทำงานต่อมาจนถึงยามชราหรือการต้องพึ่งพาบุตรหลาน ญาติพี่น้อง รัฐเป็นแหล่งสุดท้ายที่จะทำให้สวัสดิการด้านนี้แก่ผู้สูงอายุ (นภาพร ชโยวรรณ, 2532: 15) จากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ อรชร โวทวี (2548) และ พนิตา คุณาธรรม (2538: 114) พบว่าผู้สูงอายุที่มีแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้จากตัวเองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว และคิดว่าผู้สูงอายุที่ได้รับรายได้จากบุคคลอื่น ทั้งนี้เนื่องจากว่าแหล่งรายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ช่วยยกระดับคุณค่าของชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเองเรื่องการมีอำนาจในการใช้จ่ายเพื่อสนองความต้องการและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

โรคประจำตัว เป็นข้อมูลบอกถึงภาวะหรือปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ที่กำลังประสบอยู่ บ่งบอกถึงประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาของแพทย์ หรือการแก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสามารถในการเผชิญปัญหา หรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและบอกถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ในระดับใด (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2533: 65) โดยจากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ดวงจิตต์ นະนักรัตน์ (2550: 44) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยกล่าวว่าภาวะโรคประจำตัวเป็นข้อมูลบอกถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่กำลังประสบอยู่ และบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาและความสามารถของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งนี้เพราะเป็นเหมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยสร้างแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง อีกทั้งยังช่วยให้ผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือและแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง (อรชร ไหวทวิ, 2548) โดยจากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พนิดา คุณาธรรม (2538: 116) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยอธิบายว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมปฏิบัติอยู่เสมอๆ มีบุคลิกที่กระฉับกระเฉงและมีภารกิจอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทภารกิจหน้าที่ใดๆ

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นการบ่งบอกถึงลักษณะการอยู่อาศัยกับคนในครอบครัว การที่คนในครอบครัวให้ความรักความอบอุ่นเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันจะทำให้ครอบครัวเกิดสัมพันธภาพที่ดี ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะนำไปสู่การมีกำลังใจในการใช้ชีวิต รวมถึงส่งผลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ โดยจากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ดวงจิตต์ นนันทวัฒน์ (2550: 45) พบว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัวเอาใจใส่มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวเอาใจใส่

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลนำความรู้ด้านสุขภาพที่ได้จากแหล่งต่างๆ มาประกอบใช้ในการคิด ตัดสินใจ แล้วแสดงออกมาผ่านพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ โดยจากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ สุภามิตร นามวิษา (2549) พบว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรม ปิยะพรรณ ลิ้มละมัย (2550) พบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่ำกับศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง

การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เป็นการที่บุคคลสามารถเข้ารับการตรวจหรือรักษาอาการเจ็บป่วยได้สะดวก ซึ่งการได้พบปะกับเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์จะทำให้ได้รับการแนะนำหรือคำปรึกษาที่ดีในด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่จากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ดวงจิตต์ นนันทวัฒน์ (2550: 45) พบว่า การรับบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การประเมินสุขภาพตนเอง เป็นการแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเองต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลก็มี

ความแตกต่างกัน กล่าวคือ บางคนจะรับรู้ความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต แต่บางคนจะรู้สึกเกิดความกลัว ท้อแท้ ทุกครั้งที่เจ็บป่วยหรือร่างกายเริ่มมีอาการผิดปกติ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลแตกต่างกันรวมถึงการมีพฤติกรรมด้านสุขภาพ การที่บุคคลประเมินว่าตนเองสุขภาพดีไม่ได้หมายความว่าไม่มีโรคหรือไม่มีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เพราะขณะที่บุคคลเจ็บป่วยก็อาจประเมินว่าสุขภาพของเขาอยู่ในเกณฑ์ดี หากว่ายังสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ

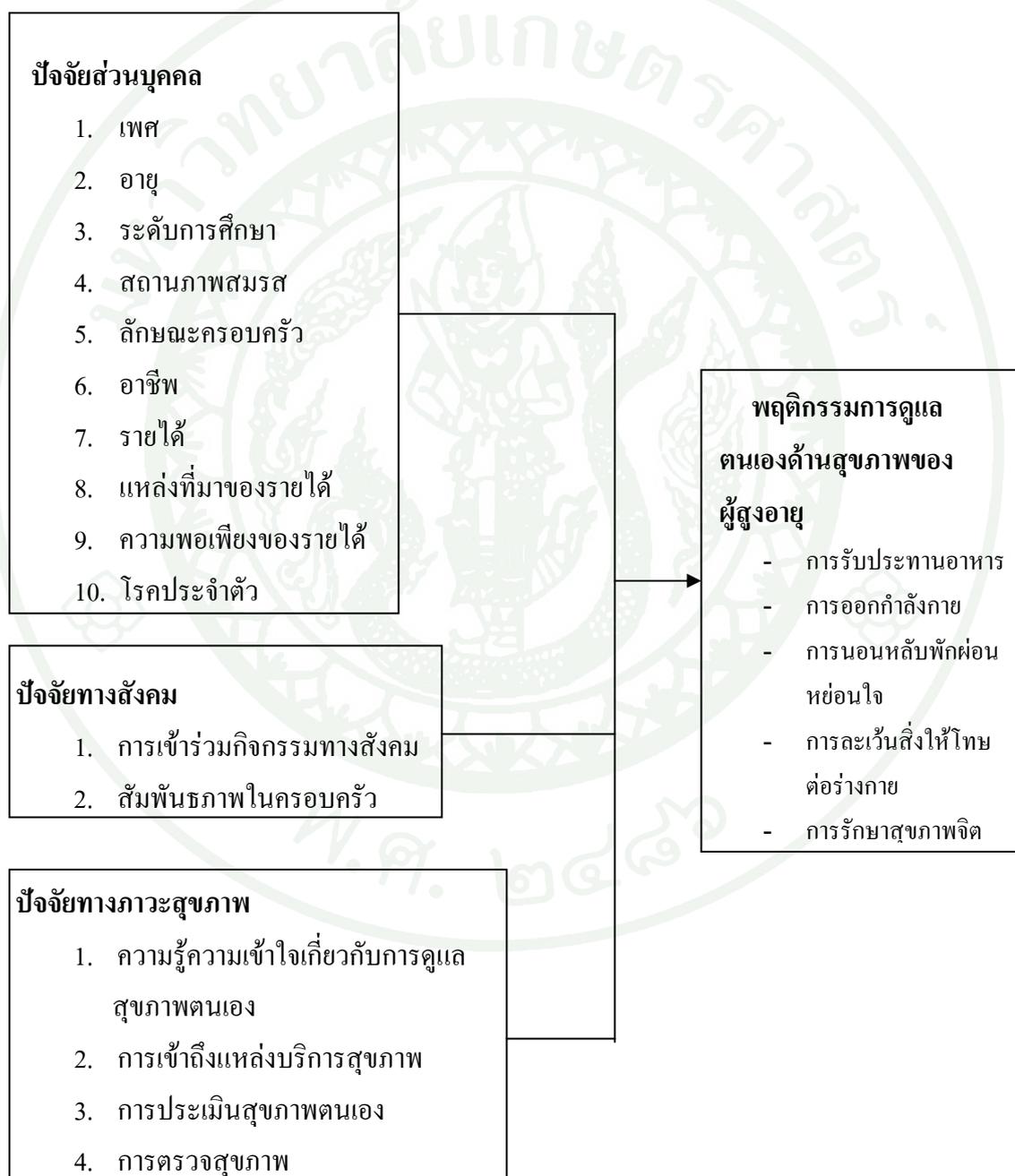
การตรวจสุขภาพ เป็นการเข้ารับการตรวจร่างกายจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติต่างๆเบื้องต้นที่เกิดขึ้นในร่างกาย หากพบว่าเริ่มมีการแสดงออกของโรคจะทำให้ผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติต่างๆเพื่อเป็นการยับยั้งหรือป้องกันไม่ให้อาการของโรคที่พบมีความรุนแรงขึ้นหรือหากว่าตรวจพบว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีก็จะทำให้บุคคลมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปและจะพยายามดูแลสุขภาพตนเองให้ดีที่สุด โดยจากการตรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ พนิกา คุณาธรรม (2538: 119) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไปตรวจสุขภาพต่างกันมีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองค่อนข้างแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยตรวจสุขภาพจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางสังคมและภาวะสุขภาพ รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1991) มาประยุกต์ใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้ (ภาพที่ 1)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. กลุ่มตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเอง และหาความสัมพันธ์ตามตัวแปรของปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และภาวะสุขภาพกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลเจริญเมือง อำเภอ พาน จังหวัดเชียงราย โดยมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งเพศชายและหญิงเป็นจำนวนทั้งสิ้น 1,031 คน (องค์การบริหารส่วนตำบลเจริญเมือง, 2552)

กลุ่มตัวอย่างประชากร

กลุ่มตัวอย่างประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในตำบลเจริญเมือง อำเภอ พาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 280 คน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 หาขนาดของตัวอย่างประชากรโดยใช้สูตรของ Parel *et al.* (อ้างใน สุรพันธ์ เพชรภา, 2552)

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2p(1-p)}{Nd^2+Z^2p(1-p)}$$

$$Nd^2+Z^2p(1-p)$$

เมื่อ N = จำนวนประชากรเป้าหมาย

n = จำนวนตัวอย่างจากการคำนวณ

Z = ค่า Z ภายใต้โค้งปกติตามระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด (ระดับนัยสำคัญ 0.05 $Z=1.96$)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ (0.05)

p = ค่าสัดส่วนของเรื่องที่ทำการศึกษาในที่นี้เท่ากับร้อยละ 50 (0.5)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1031)(1.96^2)(0.5)(1-0.5)}{(1031)(0.05^2) + (1.96^2)(0.5)(1-0.5)}$$

$$n = 279.87$$

ดังนั้น ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ 280 คน

ขั้นที่ 2 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นโดยใช้สูตร ดังนี้
(องอาจ นัยวัฒน์, 2551: 105)

$$n_i = \frac{n(N_i)}{N}$$

โดย n_i แทน ขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้น

n แทน จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

N_i แทน ประชากรย่อยในแต่ละชั้น

N แทน จำนวนประชากรทั้งหมด

ตารางที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนประชากรผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง
1. บ้านสันทราย	52	14
2. บ้านป่าก่อ	68	19
3. บ้านกล้วย	72	20
4. บ้านป่าเปา	60	16
5. บ้านป่าดิ่ง	38	10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หมู่บ้าน	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ทั้งหมด	จำนวนประชากรผู้สูงอายุกลุ่ม ตัวอย่าง
6. บ้านจำปูลู	42	11
7. บ้านดงหลวง	48	13
8. บ้านป่ายาง	44	12
9. บ้านป่าบง	79	22
10. บ้านดงตะเคียน	63	17
11. บ้านห้วยป่าซาง	34	9
12. บ้านป่าปี่	38	10
13. บ้านคอยเจริญ	27	7
14. บ้านเจริญเมือง	79	22
15. บ้านใหม่เจริญมิตร	20	5
16. บ้านห้วยแสนสุข	30	8
17. บ้านทรายทอง	33	9
18. บ้านใหม่เจริญ	25	7
19. บ้านศรีทรายทอง	71	19
20. บ้านห้วยดอกกูน	32	9
21. บ้านฐานตะเคียนทอง	32	9
22. บ้านป่าก่อพัฒนา	44	12
รวมทั้งสิ้น	1,031	280

ที่มา: องค์การบริหารส่วนตำบลเจริญเมือง

ขั้นที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจกแบบสอบถามโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบตามเส้นทาง
คมนาคนของหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนที่ได้ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นไว้โดยให้มีเพศชายและ
หญิงมีจำนวนเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้และ โรคประจำตัว ลักษณะคำถามเป็นคำถามเลือกตอบ (Check List)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ สัมพันธภาพในครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามที่เกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง และการตรวจสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนหย่อนใจ การละเว้นสิ่งที่ไม่ดีต่อร่างกาย และการรักษาสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อคิดเห็นหรือความรู้สึกเกี่ยวกับความสุข ความทุกข์ในปัจจุบัน สิ่งที่ต้องการจากครอบครัวและหน่วยงานภาครัฐ และการใช้ชีวิต ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

การทดสอบเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ที่ได้สร้างขึ้นจากทฤษฎี บทความที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิด จากนั้นจะทำการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรง (Validity) และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดและให้ครอบคลุมขอบเขตของการวิจัย จากนั้นนำแบบสอบถามไปปรึกษาประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขให้แบบสอบถามมีความเที่ยงตรงในเนื้อหาสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงก่อนการเก็บข้อมูลจริง กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มที่จะศึกษาวิจัย แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างการศึกษาไปทดสอบ (Pre-test) ได้แก่ ผู้สูงอายุในตำบลทรายขาว อำเภอกพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน

จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ ครอนบราด (บุญเรียง ขจรศิลป์, 2543) และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 11.5 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น ดังนี้

2.1 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .7532
2.2 สัมพันธภาพในครอบครัว	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .9574
2.3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .7821
2.4 การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .7551
2.5 การประเมินสุขภาพตนเอง	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .8481
2.6 การตรวจสุขภาพ	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .8464
2.7 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ	ได้ค่าความเชื่อมั่น = .8936

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามพร้อมกับการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 280 คน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านร่วมดำเนินการด้วย เมื่อผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ด้วยตนเองเรียบร้อยแล้ว จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำผลข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ให้คะแนนตามที่เกณฑ์ที่กำหนดพร้อมลงรหัสตัวเลข แล้วนำไปประมวลผล โดยเครื่องคอมพิวเตอร์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 11.5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

1.1 แบบสอบถามตอนที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุนำมาแจกแจงเป็นค่าร้อยละ (Percentage)

1.2 แบบสอบถามตอนที่ 2, 3, 4 ซึ่งเป็นข้อมูลปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ 5 ด้าน นำมาแจกแจงเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐาน

2.1 สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ใช้อธิบายความสัมพันธ์ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ใช้อธิบายความสัมพันธ์ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง และการตรวจสุขภาพ กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

การจะพิจารณาว่าตัวแปร 2 ตัวนั้นมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และ มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางใด หรือ สัมพันธ์กันในระดับใด พิจารณาได้จากตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาตามเกณฑ์ของ Brog ซึ่งนำมาปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาด 100 คนขึ้นไป (ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล, 2549: 98) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สูงกว่า .85 มีความสัมพันธ์กันในระดับ สูงมาก
 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีค่าระหว่าง .65-.85 มีความสัมพันธ์กันในระดับ สูง
 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีค่าระหว่าง .35-.64 มีความสัมพันธ์กันในระดับ ปานกลาง
 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีค่าระหว่าง .20-.34 มีความสัมพันธ์กันในระดับ ต่ำ
 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ต่ำกว่า .20 มีความสัมพันธ์กันในระดับ ต่ำมาก

2.3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และ ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรตาม โดยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) จากตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด ถึงตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามน้อยที่สุด

สำหรับค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ กำหนดไว้ที่ระดับ .05

การวัดตัวแปรที่ศึกษา

1. ลักษณะข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว เป็นแบบสอบถามมีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (Nominal Scale)
2. ลักษณะข้อมูล การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง การตรวจสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามมีระดับการวัดเป็นช่วง (Interval Scale)

2.1 แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของ Likert (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542) มาปรับใช้โดยแบ่งเป็น 4 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ทุกครั้ง	ให้	4	คะแนน
บ่อยครั้ง	ให้	3	คะแนน
บางครั้ง	ให้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มประชากรแบ่งระดับ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็น 4 ระดับ มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาโดยวิธีการคำนวณความกว้างของชั้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2541) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

คะแนน 3.25 – 4.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับ มากที่สุด
 คะแนน 2.52 – 3.24 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับ มาก
 คะแนน 1.76 – 2.51 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับ ปานกลาง
 คะแนน 1.00 – 1.75 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับ น้อย

2.2 แบบสอบถามทัศนคติสัมพันธภาพภายในครอบครัว มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของ Likert (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542) มาปรับใช้โดยแบ่งเป็น 4 ระดับคือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

ข้อคำถามเชิงลบ

มากที่สุด	ให้	4	คะแนน	มากที่สุด	ให้	1	คะแนน
มาก	ให้	3	คะแนน	มาก	ให้	2	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน	น้อย	ให้	3	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน	น้อยที่สุด	ให้	4	คะแนน

โดยมีข้อ 1, 2, 3 และ 4 เป็นข้อคำถามเชิงบวก และ ข้อ 5 เป็นข้อคำถามเชิงลบ

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มประชากรแบ่งระดับ สัมพันธภาพภายในครอบครัว เป็น 4 ระดับ มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาโดยวิธีการคำนวณความกว้างของชั้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2541) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

คะแนน 3.25 – 4.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวในระดับ มากที่สุด
 คะแนน 2.52 – 3.24 หมายถึง ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวในระดับ มาก
 คะแนน 1.76 – 2.51 หมายถึง ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวในระดับ ปาน-กลาง
 คะแนน 1.00 – 1.75 หมายถึง ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวในระดับ น้อย

2.3 แบบสอบถาม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของ Likert (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2542) มาปรับใช้โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

ข้อคำถามเชิงลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4	คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน	เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน	ไม่เห็นด้วย	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	4	คะแนน

โดยมีข้อ 1, 3, 4, 5 และ 6 เป็นข้อคำถามเชิงบวก และ ข้อ 2 เป็นข้อคำถามเชิงลบ

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มประชากรแบ่งระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เป็น 4 ระดับ มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาโดยวิธีการคำนวณความกว้างของชั้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2541) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

คะแนน 3.25 – 4.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมากที่สุด

คะแนน 2.52 – 3.24 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก

คะแนน 1.76 – 2.51 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 1.75 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อย

2.4 แบบสอบถาม การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของ Likert (บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ, 2542) มาปรับใช้โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

มากที่สุด	ให้	4	คะแนน
มาก	ให้	3	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

มากที่สุด	ให้	1	คะแนน
มาก	ให้	2	คะแนน
น้อย	ให้	3	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	4	คะแนน

โดยมีข้อ 1, 4 และ 5 เป็นข้อคำถามเชิงบวก และ ข้อ 2, 3 เป็นข้อคำถามเชิงลบ

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มประชากรแบ่งระดับการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เป็น 4 ระดับ มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาโดยวิธีการคำนวณความกว้างของชั้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2541) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

คะแนน 3.25 – 4.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในระดับ มากที่สุด
 คะแนน 2.52 – 3.24 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในระดับ มาก
 คะแนน 1.76 – 2.51 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในระดับ ปานกลาง
 คะแนน 1.00 – 1.75 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในระดับ น้อย

2.5 แบบสอบถาม การประเมินสุขภาพตนเอง มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของ Likert (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2542) มาปรับใช้โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

มากที่สุด	ให้	4	คะแนน
มาก	ให้	3	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ

มากที่สุด	ให้	1	คะแนน
มาก	ให้	2	คะแนน
น้อย	ให้	3	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	4	คะแนน

โดยมีข้อ 2 และ 3 เป็นข้อคำถามเชิงบวก และข้อ 1 เป็นข้อคำถามเชิงลบ

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มประชากรแบ่งระดับการประเมินสุขภาพตนเอง เป็น 4 ระดับ มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาโดยวิธีการคำนวณความกว้างของชั้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2541) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

คะแนน 3.25 – 4.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพตนเอง ในระดับ ดีมาก

คะแนน 2.52 – 3.24 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพตนเอง ในระดับ ดี

คะแนน 1.76 – 2.51 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพตนเอง ในระดับ ปานกลาง

คะแนน 1.00 – 1.75 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพตนเอง ในระดับ ไม่ดี

2.6 แบบสอบถาม การตรวจสอบสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของ Likert (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์, 2542) มาปรับใช้โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

ข้อคำถามเชิงลบ

มากที่สุด ให้ 4 คะแนน
 มาก ให้ 3 คะแนน
 น้อย ให้ 2 คะแนน
 น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

มากที่สุด ให้ 1 คะแนน
 มาก ให้ 2 คะแนน
 น้อย ให้ 3 คะแนน
 น้อยที่สุด ให้ 4 คะแนน

โดยมีข้อ 1, 2 และ 3 เป็นข้อคำถามเชิงบวก และ ข้อ 4, 5 เป็นข้อคำถามเชิงลบ

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มประชากรแบ่งระดับการตรวจสุขภาพ เป็น 4 ระดับ มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาโดยวิธีการคำนวณความกว้างของชั้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2541) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแปลความหมายของระดับคะแนนได้ดังนี้

คะแนน 3.25 – 4.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพ ในระดับ มากที่สุด

คะแนน 2.52 – 3.24 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพ ในระดับ มาก

คะแนน 1.76 – 2.51 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพ ในระดับ ปานกลาง

คะแนน 1.00 – 1.75 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพ ในระดับ น้อย

2.7 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุครอบคลุม 5 ด้าน ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนหย่อนใจ การละเว้นสิ่งที่ไม่ดีต่อร่างกาย และด้านการรักษาสุขภาพจิต มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของ Likert (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2542) มาปรับใช้โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติ/รู้สึกเป็นประจำ ปฏิบัติ/รู้สึกบ่อยครั้ง ปฏิบัติ/รู้สึกเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ/รู้สึกเลย ข้อคำถามมีลักษณะทางบวก และ ทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		การปฏิบัติทางบวก	การปฏิบัติทางลบ
ปฏิบัติ/รู้สึกเป็นประจำ	ค่าคะแนน	4	1
ปฏิบัติ/รู้สึกบ่อยครั้ง	ค่าคะแนน	3	2
ปฏิบัติ/รู้สึกเป็นบางครั้ง	ค่าคะแนน	2	3
ไม่เคยปฏิบัติ/รู้สึกเลย	ค่าคะแนน	1	4

โดยมีข้อ 1,5 ,6 ,7,8,9,10,13,16,19,21,22,23,24,25,26,27,28,29, 30,31,32,33,35,36, 37,38, 40,42,43,44,45,46,57,60,61,62,65,67,69,70 และ 71 เป็นข้อคำถามเชิงบวก และ ข้อ 2, 3, 4,11, 12, 14,15,17,18,20,34,39,41,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,58,59,63,64,66 และ 68 เป็นข้อคำถามเชิงลบ

เมื่อรวบรวมข้อมูลและแจกแจงความถี่แล้ว จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มประชากรแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 4 ระดับ มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาโดยวิธีการคำนวณความกว้างของชั้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2541) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

การแปลความหมายเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน	3.25 – 4.00 หมายถึง	มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับ ดีมาก
	2.52 – 3.24 หมายถึง	มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับ ดี
	1.76 – 2.51 หมายถึง	มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับ ปานกลาง
	1.00 – 1.75 หมายถึง	มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับ ไม่ดี

บทที่ 4

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุใน ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ และ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคม

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และ ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีลักษณะข้อมูล ดังนี้ (ตารางที่ 2)

เพศ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.2 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 46.8

อายุ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.9 รองลงมา ได้แก่ อายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.7 และ น้อยที่สุด เป็นผู้ที่มีอายุในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป

ระดับการศึกษา จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.4 รองลงมา ได้แก่ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 42.5 และ กลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด เป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 2.1

สถานภาพสมรส จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมา ได้แก่ หม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 36.1 และ น้อยที่สุดได้แก่ โสด คิดเป็นร้อยละ 2.1

ลักษณะครอบครัว จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้อาศัยอยู่ลำพัง คิดเป็นร้อยละ 90.7 และ น้อยที่สุดได้แก่อยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 9.3 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อาศัยอยู่เพียงลำพัง ประกอบด้วย อาศัยอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 61.8 อยู่กับบุตร คิดเป็นร้อยละ 62.9 อยู่กับหลาน คิดเป็นร้อยละ 27.9 อยู่กับญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 6.4

อาชีพ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมา ได้แก่ ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 13.2 และ น้อยที่สุดได้แก่ อาชีพค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 5.7

รายได้ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 1,894 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.8 รองลงมา ได้แก่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 2.1 และ น้อยที่สุดได้แก่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 1.1 สำหรับรายได้น้อยที่สุดเท่ากับ 500 บาทต่อเดือน รายได้มากที่สุดเท่ากับ 15,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 1,894 บาทต่อเดือน

แหล่งที่มาของรายได้ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งรายได้หลักจากคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 34.6 รองลงมา ได้แก่ จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 28.2 และ น้อยที่สุดได้แก่ จากเงินบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 1.1

ความเพียงพอของรายได้ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 45.4 รองลงมา ได้แก่ ขาดแคลน คิดเป็นร้อยละ 36.8 และ น้อยที่สุดได้แก่ มีรายได้มากและพอเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 17.9

โรคประจำตัว จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 55.7 รองลงมา ได้แก่ มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 44.3 โรคที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระเพาะ เป็นต้น

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

(n = 280)			
	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	131	46.8
	หญิง	149	53.2
อายุ	60 – 69	149	52.0
	70 – 79	100	35.7
	80 ปีขึ้นไป	46	16.4
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	155	55.4
	ประถมศึกษา	119	42.5
	มัธยมศึกษา	6	2.1
สถานภาพสมรส	โสด	6	2.1
	สมรสแล้วอยู่กับคู่สมรส	173	61.8
	หม้าย/หย่า/แยก	101	36.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

(n = 280)		
ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
อยู่คนเดียว	26	9.3
ไม่ได้อยู่คนเดียว	254	90.7
แบ่งออกเป็น		
- อยู่กับคู่สมรส	173	61.8
- อยู่กับบุตร	176	62.9
- อยู่กับหลาน	78	27.9
- อยู่กับญาติพี่น้อง	18	6.4
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	196	70.0
เกษตรกรกรรม	37	13.2
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	16	5.7
รับจ้างทั่วไป	31	11.1
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน	271	96.8
5,001 – 10, 000 บาท ต่อเดือน	6	2.1
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป ต่อเดือน	3	1.1
(รายได้ น้อยที่สุด 500 บาท มากที่สุด 15,000 บาท เฉลี่ย 1,894 บาทต่อเดือน)		
แหล่งที่มาของรายได้		
คนในครอบครัว	97	34.6
การประกอบอาชีพ	70	25.0
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	79	28.2
เงินบำนาญ	3	1.1
อื่นๆ (เงินออม)	31	11.1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	(n = 280)	
ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความพอเพียงของรายได้		
ขาดแคลน	103	36.8
มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย	127	45.4
มีรายได้มากและพอเหลือเก็บ	50	17.9
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	156	55.7
มีโรคประจำตัว	124	44.3

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคม

ปัจจัยทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีลักษณะข้อมูล ดังนี้

2.1 ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 2.27 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุดใน ข้อ 3 คือการไปร่วมงานศพ งานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ ภายในท้องถิ่น ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 รองลงมา ข้อ 2 การเข้าร่วมกิจกรรมงานทำบุญตามเทศกาลประเพณีของท้องถิ่น ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 และต่ำสุด ข้อ 4 คือการเข้าร่วมฟังประชุม/อบรม ที่จัดขึ้นภายในท้องถิ่น ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.77 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

(n = 280)

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยที่สุด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านยินดี/สนใจเข้าร่วม-กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ	9.3 (26)	12.9 (36)	27.1 (76)	50.7 (142)	1.81	.99	ปานกลาง
2. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมงานทำบุญตามเทศกาล - ประเพณีของท้องถิ่น	25.4 (71)	23.9 (67)	31.1 (87)	19.6 (55)	2.55	1.07	มาก
3. ท่านไปร่วมงานศพ งาน-แต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ ภายในท้องถิ่น	42.5 (119)	27.5 (77)	14.3 (40)	15.7 (44)	2.97	1.10	มาก
4. ท่านเข้าร่วมฟังประชุม/อบรม ที่จัดขึ้นภายในท้องถิ่น	13.2 (37)	7.5 (21)	22.9 (64)	56.4 (158)	1.77	1.06	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	22.6 (63)	17.9 (50)	23.9 (67)	35.6 (100)	2.27	.86	ปานกลาง

2.2 ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวในระดับมากที่สุดมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 3.30 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุดใน ข้อ 3 คือคนในครอบครัวให้ความเคารพต่อผู้สูงอายุ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.40 รองลงมาข้อ 4 คือมีความรู้สึกผูกพันกับคนในครอบครัว ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 และต่ำสุดข้อ 5 คือคนในครอบครัวปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพัง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุ

(n = 280)

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. คนในครอบครัวเอาใจใส่ดูแลท่าน	35.7 (100)	60.0 (168)	3.2 (9)	1.1 (3)	3.30	.58	มากที่สุด

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(n = 280)

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อยที่สุด	\bar{X}	S.D.	
2. คนในครอบครัวพูดคุยกับท่านเป็นอย่างดี	36.8 (103)	57.9 (162)	4.3 (12)	1.1 (3)	3.30	.60	มากที่สุด
3. คนในครอบครัวให้ความเคารพท่าน	42.5 (119)	55.0 (154)	1.8 (5)	0.7 (2)	3.40	.56	มากที่สุด
4. ท่านมีความผูกพันกับคนในครอบครัว	41.8 (117)	55.7 (156)	1.8 (5)	0.7 (2)	3.38	.56	มากที่สุด
5.* คนในครอบครัวปล่อยให้ท่านให้อยู่บ้านเพียงลำพัง	6.4 (18)	10.0 (28)	48.6 (136)	35.0 (98)	3.12	.84	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	32.6 (91)	55.4 (155)	4.3 (13)	7.7 (21)	3.30	.45	มากที่สุด

* ข้อคำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ

ปัจจัยทางภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง และ การตรวจสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีลักษณะข้อมูลดังนี้

3.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมากที่สุดมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 3.41 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุดในข้อ 3 คือการดูแลสุขภาพตนเองจะทำให้ท่านมีร่างกายแข็งแรง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 รองลงมาข้อ 1 คือทุกคนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 และต่ำสุดข้อ 2 คือการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องที่ยุงยากค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.9 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

(n = 280)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพตนเอง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ทุกคนสามารถดูแล สุขภาพได้ด้วยตนเอง	52.5 (147)	46.1 (129)	1.4 (4)	0 (0)	3.51	.53	มากที่สุด
*2. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก	1.8 (5)	7.5 (21)	81.4 (228)	9.3 (26)	2.98	.49	มาก
3. การดูแลสุขภาพตนเอง จะทำให้ท่านมีร่างกาย แข็งแรง	54.3 (152)	44.3 (124)	1.4 (4)	0 (0)	3.53	.53	มากที่สุด
4. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการลดภาระของคน ในครอบครัว	52.1 (146)	45.4 (127)	2.5 (7)	0 (0)	3.50	.55	มากที่สุด
5. การดูแลตนเองเป็นการ ลดค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล	52.5 (147)	43.2 (121)	2.5 (7)	1.8 (5)	3.46	.64	มากที่สุด
6. การดูแลตนเองเป็นการ ป้องกันการเกิดโรค	53.2 (149)	45.4 (127)	0 (0)	1.4 (4)	3.50	.58	มากที่สุด
รวมค่าเฉลี่ย	44.2 (124)	38.7 (108)	14.9 (42)	2.2 (6)	3.41	.42	มากที่สุด

* ข้อคำถามเชิงลบ

3.2 การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในระดับ มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 2.86 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุดใน ข้อ 1 คือการที่ผู้สูงอายุเดินทางไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยได้สะดวก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 รองลงมา ข้อ 5 คือสถานบริการพยาบาลมีความเพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 และต่ำสุดข้อ 2 คือการที่ผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการเดินทางไป-กลับ สถานพยาบาล ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

(n = 280)

การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านสามารถเดินทางไปรับ การรักษาเมื่อเจ็บป่วยได้ สะดวก	31.1 (87)	52.1 (146)	15.0 (42)	1.8 (5)	3.12	.72	มาก
*2. ท่านต้องใช้เวลานานใน การเดินทางไป-กลับ สถานพยาบาล	8.9 (25)	40.0 (112)	45.4 (127)	5.7 (16)	2.48	.74	ปาน กลาง
*3. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายใน การเดินทางไปรับการ รักษาเมื่อเจ็บป่วย	1.1 (3)	11.8 (33)	69.3 (194)	17.9 (50)	3.04	.58	มาก
4. ท่านพูดคุยติดต่อสื่อสารกับ เจ้าหน้าที่ของสถาน- พยาบาลได้เป็นอย่างดี	15.0 (42)	37.9 (106)	43.6 (122)	3.6 (10)	2.64	.78	มาก
5. สถานบริการพยาบาลมี ความเพียงพอต่อความ ต้องการของท่าน	10.7 (30)	84.6 (237)	3.9 (11)	0.7 (2)	3.05	.42	มาก
รวมค่าเฉลี่ย	13.4 (37)	45.3 (127)	35.3 (99)	6.0 (17)	2.86	.34	มาก

* ข้อคำถามเชิงลบ

3.3 การประเมินสุขภาพตนเอง

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินสุขภาพตนเองในระดับ ดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 2.72 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุดใน ข้อ 3 คือผู้สูงอายุมีสุขภาพด้านจิตใจที่ดีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 รองลงมา ข้อ 2 คือผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.90 และต่ำสุด ข้อ 1 คือสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวันค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.17 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของการประเมินสุขภาพตนเอง

(n = 280)

การประเมินสุขภาพตนเอง	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
*1. สุขภาพของท่านเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน	4.3 (12)	79.3 (222)	11.4 (32)	5.0 (14)	2.17	.57	ปานกลาง
2. ท่านมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง	10.4 (29)	72.1 (202)	15.0 (42)	2.5 (7)	2.90	.59	ดี
3. ท่านมีสุขภาพด้านจิตใจที่ดี	19.6 (55)	71.4 (200)	7.5 (21)	1.4 (4)	3.09	.57	ดี
รวมค่าเฉลี่ย	11.4 (32)	74.3 (208)	11.3 (32)	3.0 (8)	2.72	.43	ดี

* ข้อคำถามเชิงลบ

3.4 การตรวจสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตรวจสุขภาพในระดับ มาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 3.07 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุดใน ข้อ 1 คือผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 รองลงมา ข้อ 4 คือการตรวจสุขภาพเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 และต่ำสุด ข้อ 3 คือผู้สูงอายุมีความพร้อมในการเดินทางไปตรวจสุขภาพ เช่น มีญาติพาไป หรือมีพาหนะในการเดินทางสะดวกค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของการตรวจสุขภาพ

(n = 280)

การตรวจสุขภาพ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพ	33.6 (94)	60.0 (168)	5.7 (16)	0.7 (2)	3.26	.59	มาก
2. ท่านมีการตรวจสุขภาพ	28.6 (80)	46.8 (131)	21.1 (59)	3.6 (10)	3.00	.80	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

(n = 280)							
การตรวจสอบสุขภาพ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
3. ท่านมีความพร้อมในการเดินทางไปตรวจสุขภาพ เช่น มีญาติพาไป หรือมีพาหนะในการเดินทางสะดวก	24.6 (69)	43.2 (121)	27.5 (77)	4.6 (13)	2.88	.83	มาก
*4. การตรวจสอบสุขภาพเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	0.4 (1)	10.4 (29)	64.6 (181)	24.6 (69)	3.13	.59	มาก
*5. การตรวจสอบสุขภาพเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก	0 (0)	15.0 (42)	61.4 (172)	23.6 (66)	3.09	.62	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	17.4 (49)	35.1 (98)	36.1 (101)	11.4 (32)	3.07	.49	มาก

* ข้อคำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการวิจัยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจากแบบสอบถามจำนวน 71 ข้อ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับและพักผ่อนหย่อนใจ การละเว้นสิ่งที่ไม่ดีต่อร่างกาย และ การรักษาสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ดี ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.90 (ตารางที่ 9) โดยจำแนกพิจารณาออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

ด้านการรับประทานอาหาร จากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการรับประทานอาหาร เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในคำถามข้อ 5 คือผู้สูงอายุรับประทานอาหารผักเป็นประจำ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 รองลงมาคำถาม ข้อ 20 คือผู้สูงอายุมักจะไม่นิยมดื่มน้ำอัดลม ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 และ ต่ำสุดได้แก่คำถามข้อ 17 คือผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารค้างคืน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.19

ด้านการออกกำลังกาย จากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในคำถาม ข้อ 29 คือผู้สูงอายุจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน ทำสวน รดน้ำต้นไม้ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 รองลงมา คำถามข้อ 28 คือผู้สูงอายุบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อเท้า ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 และ ต่ำสุดได้แก่คำถาม ข้อ 25 คือการที่ผู้สูงอายุออกกำลังกายกับคนในครอบครัว ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.22

ด้านการนอนหลับและพักผ่อนหย่อนใจ จากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการนอนหลับและพักผ่อนหย่อนใจของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในคำถาม ข้อ 39 คือผู้สูงอายุจะไม่ไปเที่ยวสถานเชิงรมย์ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 รองลงมาคำถาม ข้อ 31 คือผู้สูงอายุจะนอนวันละ 6 – 8 ชั่วโมง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 และต่ำสุดได้แก่คำถาม ข้อ 46 คือการเที่ยวต่างจังหวัดของผู้สูงอายุ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.43

ด้านการละเว้นสิ่งที่ไม่ให้โทษต่อร่างกาย จากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการละเว้นสิ่งที่ไม่ให้โทษต่อร่างกาย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในคำถาม ข้อ 53 คือผู้สูงอายุไม่เสพสารเสพติด ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 รองลงมาคำถาม ข้อ 50 ผู้สูงอายุไม่เคี้ยวหมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 และ ต่ำสุดได้แก่คำถาม ข้อ 51 คือผู้สูงอายุซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง เช่น ยาทัมใจ ยาปวดหาย ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.78

ด้านการรักษาสุขภาพจิต จากการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการรักษาสุขภาพจิตเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในคำถาม ข้อ 64 ผู้สูงอายุจะไม่ทะเลาะเบาะแว้งกับคนในหมู่บ้าน ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 รองลงมาคำถามข้อ 63 คือผู้สูงอายุจะไม่ทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัว ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 และ ต่ำสุดได้แก่คำถามข้อ 61 คือการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนๆ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.48

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละกับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 280)

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	\bar{x}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
ด้านการรับประทาน							
อาหาร							
1. ท่านรับประทาน	9.3	33.9	56.1	0.7	2.52	.67	ดี
อาหารที่อ่อน ย่อยง่าย	(26)	(95)	(157)	(2)			
*2. ท่านรับประทาน	0.7	32.9	63.6	2.9	2.68	.53	ดี
อาหารจำพวกมีน้ำตาล	(2)	(92)	(178)	(8)			
สูง/ของหวาน							
*3. ท่านรับประทาน	5.4	48.6	45.0	1.1	2.41	.61	ปานกลาง
อาหารจำพวกผัด/ทอด	(15)	(136)	(126)	(3)			
*4. ท่านรับประทาน	0	39.6	52.1	8.2	2.68	.62	ดี
อาหารที่มีไขมันสูง	(0)	(111)	(146)	(23)			
5. ท่านรับประทานผัก	92.9	6.8	0.4	0	3.92	.27	ดีมาก
	(260)	(19)	(1)	(0)			
6. ท่านรับประทาน	65.4	24.3	9.6	0.7	3.54	.70	ดีมาก
ผลไม้	(183)	(68)	(27)	(2)			
7. ท่านดื่มนม	51.4	22.9	22.5	3.2	3.22	.90	ดี
	(144)	(64)	(63)	(9)			
8. ท่านดื่มน้ำผลไม้	43.6	11.8	25.0	19.6	2.79	1.20	ดี
	(122)	(33)	(70)	(55)			
9. ท่านดื่มเครื่องดื่ม	55.4	30.7	11.4	2.5	3.39	.79	ดีมาก
ธัญพืช/ไมโล/โอวัลติน	(155)	(86)	(32)	(7)			
10. ท่านรับประทาน	35.7	47.5	12.5	4.3	3.15	.80	ดี
เนื้อสัตว์	(100)	(133)	(35)	(12)			
*11. ท่านรับประทาน	2.9	25.7	60.0	11.4	2.80	.67	ดี
อาหารหมักดอง เช่น	(8)	(72)	(168)	(32)			
ผัก-ดอง หอยดอง ปู							
ดอง ผลไม้ดอง							
*12. ท่านรับประทาน	12.9	55.4	19.6	12.1	2.31	.85	ปานกลาง
อาหารสุกๆดิบๆ	(36)	(155)	(55)	(34)			

ตารางที่ 9 (ต่อ)

(n = 280)

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	\bar{x}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
13. ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังการรับประทานอาหาร	15.7 (44)	15.4 (43)	46.4 (130)	22.5 (63)	2.24	.98	ปานกลาง
*14. ท่านรับประทานอาหารเช้ารสเผ็ดจัด	0.7 (2)	10.4 (29)	37.9 (106)	51.1 (143)	3.39	.70	ดีมาก
*15. ท่านรับประทานอาหารเช้ารสเค็ม	0.7 (2)	10.4 (29)	40.7 (114)	48.2 (135)	3.36	.69	ดีมาก
16. ท่านรับประทานข้าวกล้อง/ข้าวซ้อมมือ	34.6 (97)	24.6 (69)	25.4 (71)	15.4 (43)	2.79	1.08	ดี
*17. ท่านรับประทานอาหารค้างคืน	33.2 (93)	25.7 (72)	29.3 (82)	11.8 (33)	2.19	1.03	ปานกลาง
*18. ท่านซื้อข้าวปรุงสำเร็จจากตลาดมารับประทาน	17.1 (48)	35.4 (99)	39.3 (110)	8.2 (23)	2.38	.86	ปานกลาง
19. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว	63.9 (179)	26.4 (74)	9.6 (27)	0.0 (0)	3.54	.66	ดีมาก
*20. ท่านดื่มน้ำอัดลม	0 (0)	1.1 (3)	20.0 (56)	78.9 (221)	3.77	.44	ดีมาก
ด้านการออกกำลังกาย							
21. ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย	3.2 (9)	9.3 (26)	16.8 (47)	70.7 (198)	1.45	.79	ไม่ดี
22. ท่านออกกำลังกายตอนเช้าหรือตอนเย็นในที่โล่งแจ้ง	27.1 (76)	28.2 (79)	19.6 (55)	25.0 (70)	2.57	1.14	ดี
23. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินอย่างน้อยวันละ 15 นาที	25.0 (70)	14.3 (40)	36.1 (101)	24.6 (69)	2.40	1.11	ปานกลาง
24. ท่านออกกำลังกายก่อน/หลังรับประทานอาหารไม่ต่ำกว่า 1 ชม.	6.8 (19)	7.5 (21)	15.7 (44)	70.0 (196)	1.51	.90	ไม่ดี

ตารางที่ 9 (ต่อ)

(n = 280)

พฤติกรรมการดูแล ตนเองด้านสุขภาพ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	\bar{x}	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
25. ท่านออกกำลังกาย กับคนในครอบครัว	2.1 (6)	3.9 (11)	7.5 (21)	86.4 (242)	1.22	.62	ไม่ดี
26. ท่านออกกำลังกาย ตามคำแนะนำของ แพทย์	8.6 (24)	41.8 (117)	38.9 (109)	10.7 (30)	2.48	.80	ปานกลาง
27. ท่านร่ำรวยเงิน / ไร่ ไม้กระบอง อื่นๆ	5.4 (15)	5.0 (14)	14.3 (40)	75.4 (211)	1.40	.82	ไม่ดี
28. ท่านบริหาร กล้ามเนื้อด้วยการแกว่ง แขน แกว่งขา เกร็ง ข้อมือ เกร็งข้อเท้า	41.8 (117)	35.7 (100)	18.2 (51)	4.3 (12)	3.15	.87	ดี
29. ท่านทำกิจกรรม ต่างๆ ได้แก่ ปลูกต้นไม้ ทำสวน รดน้ำต้นไม้ อื่นๆ	60.0 (168)	17.5 (49)	15.7 (44)	6.8 (19)	3.31	.97	ดีมาก
30. ท่านติดตาม ข่าวสารข้อมูลการออก กำลังกาย ด้านการนอนหลับ พักผ่อนหย่อนใจ	1.1 (3)	6.4 (18)	13.2 (37)	79.3 (222)	1.29	.63	ไม่ดี
31. ท่านนอนวันละ 6-8 ชั่วโมง	68.2 (191)	25.4 (71)	6.4 (18)	0 (0)	3.62	.60	ดีมาก
32. ท่านสวมหมวกก่อน เข้านอน	57.9 (162)	27.5 (77)	10.7 (30)	3.9 (11)	3.39	.83	ดีมาก
33. ท่านงีบหลับใน ตอนกลางวัน	8.6 (24)	36.1 (101)	51.1 (143)	4.3 (12)	2.49	.71	ปานกลาง
*34. ท่านครุ่นคิดเรื่อง ต่างๆก่อนเข้านอน	1.1 (3)	20.4 (57)	68.9 (193)	9.6 (27)	2.87	.57	ดี
35. ท่านไปทัศนะ ศึกษากับชมรมผู้สูงอายุ	3.2 (9)	10.0 (28)	21.8 (61)	65.0 (182)	1.51	.80	ไม่ดี

ตารางที่ 9 (ต่อ)

							(n = 280)
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	\bar{x}	S.D.	ระดับพฤติกรรม
36. ท่านไปเที่ยวพักผ่อนกับครอบครัว	2.9 (8)	10.7 (30)	37.1 (104)	49.3 (138)	1.67	.78	ไม่ดี
37. ท่านไปซื้อปิ้งหรือเดิมหมสีก้า	1.1 (3)	9.6 (27)	39.6 (111)	49.6 (139)	1.62	.71	ไม่ดี
38. ท่านดูโทรทัศน์	36.4 (102)	45.4 (127)	15.7 (44)	2.5 (7)	3.16	.77	ดี
*39. ท่านไปเที่ยวสถานเริงรมย์	0 (0)	0.7 (2)	1.1 (3)	98.2 (275)	3.97	.19	ดีมาก
40. ท่านทำงานอดิเรกในยามว่าง เช่น จักสาน อื่นๆ	17.5 (49)	13.2 (37)	24.6 (69)	44.6 (125)	2.03	1.13	ปานกลาง
*41. ท่านเข้านอนหลังเที่ยงคืน	1.8 (5)	12.1 (34)	64.3 (180)	21.8 (61)	3.06	.64	ดี
42. ท่านฟังวิทยุ	54.3 (152)	32.9 (92)	8.9 (25)	3.9 (11)	3.37	.81	ดีมาก
43. ท่านนอนหลับสนิทในตอนกลางคืน	10.4 (29)	38.6 (108)	50.0 (140)	1.1 (3)	2.58	.69	ดี
44. ท่านทำสมาธิก่อนเข้านอน	58.2 (163)	29.6 (83)	7.5 (21)	4.6 (13)	3.41	.82	ดีมาก
45. ท่านชมละคร/ภาพยนตร์/ดนตรี	17.5 (49)	50.7 (142)	25.7 (72)	6.1 (17)	2.80	.80	ดี
46. ท่านไปเที่ยวต่างจังหวัด	2.5 (7)	3.9 (11)	28.2 (79)	65.4 (183)	1.43	.69	ไม่ดี
ด้านการละเว้นสิ่งที่ไม่ดี							
โทษต่อร่างกาย							
*47. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์	3.6 (10)	2.5 (7)	15.0 (42)	78.9 (221)	3.70	.70	ดีมาก
*48. ท่านสูบบุหรี่	17.1 (48)	2.5 (7)	2.1 (6)	78.2 (219)	3.41	1.15	ดีมาก

ตารางที่ 9 (ต่อ)

(n = 280)

พฤติกรรมการดูแล ตนเองด้านสุขภาพ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	\bar{x}	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
*49. ท่านดื่มกาแฟ	7.5 (21)	11.4 (32)	8.2 (23)	72.9 (204)	3.46	.96	ดีมาก
*50. ท่านเคี้ยวหมาก	0.7 (2)	0.7 (2)	1.1 (3)	97.5 (273)	3.95	.32	ดีมาก
*51. ท่านซื้อยาแก้ปวด รับประทานเอง เช่น ยาพาราเซตามอล ยาแอสไพริน ยาแก้ปวด	6.1 (17)	28.9 (81)	45.4 (127)	19.6 (55)	2.78	.83	ดี
*52. ท่านนำคาน้ำร้อน มาต้มน้ำดื่ม	1.8 (5)	0.4 (1)	0.7 (2)	97.1 (272)	3.39	.42	ดีมาก
*53. ท่านเสพสารเสพติด	0 (0)	0.4 (1)	0.7 (2)	98.9 (277)	3.98	.14	ดีมาก
*54. ท่านรับประทาน ยานอนหลับ	0 (0)	3.2 (9)	27.5 (77)	69.3 (194)	3.66	.53	ดีมาก
*55. ท่านรับประทาน ยาคุมกำเนิด	3.6 (10)	18.6 (52)	53.2 (149)	24.6 (69)	2.98	.75	ดี
*56. ท่านดื่มเครื่องดื่ม ชูกำลัง	3.6 (10)	5.7 (16)	12.1 (34)	78.6 (220)	3.65	.74	ดีมาก
ด้านการรักษา สุขภาพจิต							
57. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจ กับช่วงชีวิตที่ผ่านมา	51.1 (143)	31.8 (89)	15.0 (42)	2.1 (6)	3.32	.80	ดีมาก
*58. ท่านรู้สึกหงุดหงิด ง่าย	0.4 (1)	17.5 (49)	78.9 (221)	3.2 (9)	2.85	.44	ดี
*59. ท่านรู้สึกว่าตัวเอง เป็นภาระแก่คนใน ครอบครัว	4.6 (13)	20.4 (57)	54.6 (153)	20.4 (57)	2.90	.76	ดี
60. ท่านเล่าประสบการณ์ ชีวิตให้ลูกหลาน หรือบุคคลอื่นฟัง	46.1 (129)	42.9 (120)	8.6 (24)	2.5 (7)	3.32	.74	ดีมาก

ตารางที่ 9 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแล ตนเองด้านสุขภาพ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	(n = 280)		ระดับ พฤติกรรม
					\bar{x}	S.D.	
61. ท่านพบปะ สังสรรค์กับเพื่อนๆ	17.1 (48)	24.3 (68)	48.6 (136)	10.0 (28)	2.48	.89	ปานกลาง
62. ท่านทำบุญ ช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อน	25.4 (71)	23.2 (65)	41.1 (115)	10.4 (29)	2.63	.97	ดี
*63. ท่านทะเลาะเบาะ แว้งกับคนในครอบครัว	0.7 (2)	0 (0)	9.3 (26)	90.0 (252)	3.88	.38	ดีมาก
*64. ท่านทะเลาะเบาะ แว้งกับคนในหมู่บ้าน	0 (0)	0 (0)	1.1 (3)	98.9 (277)	3.98	.10	ดีมาก
65. ท่านพูดคุยกับ สมาชิกในครอบครัว	90.4 (253)	4.6 (13)	1.4 (4)	3.6 (10)	3.82	.63	ดีมาก
*66. ท่านหมกมุ่น หรือ หงุดหงิดกับปัญหาหรือ ความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น	0.7 (2)	13.9 (39)	78.2 (219)	7.1 (20)	2.91	.48	ดี
67. ท่านพูดคุยและ ปรับทุกข์สุขกับเพื่อน ในวัยเดียวกัน	23.9 (67)	26.8 (75)	46.1 (129)	3.2 (9)	2.71	.86	ดี
*68. ท่านเล่นการพนัน	0 (0)	4.6 (13)	7.5 (21)	87.9 (246)	3.83	.48	ดีมาก
69. ท่านปฏิบัติ ศาสนกิจ เช่น ทำบุญ ฟังเทศน์	35.4 (99)	35.4 (99)	27.1 (76)	2.1 (6)	3.04	.84	ดี
70. ท่านพูดคุยกับเพื่อน บ้าน	40.0 (112)	16.8 (47)	43.2 (121)	0 (0)	2.97	.91	ดี
71. ท่านไปวัด สวดมนต์ ทำสมาธิ	41.8 (117)	27.9 (78)	22.9 (64)	7.5 (21)	3.04	.97	ดี
ค่าเฉลี่ยรวม	21.0 (59)	20.1 (56)	27.2 (76)	31.7 (89)	2.90	.24	ดี

* ข้อความเชิงลบ

จากผลการวิจัยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ในส่วนของ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนหย่อนใจ การละเว้นสิ่งที่ให้โทษต่อร่างกาย การรักษาสุขภาพจิต อยู่ในระดับ ดี ($\bar{x}=2.90$) ซึ่งภาพรวมถือว่าเป็นระดับที่น่าพอใจ แสดงถึงการเอาใจใส่และให้ความสำคัญต่อสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หากพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้านพบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับ ดีมาก คือ การละเว้นสิ่งที่ให้โทษต่อร่างกาย ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.49 ระดับดี ด้านการรับประทานอาหาร ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.95 ด้านการนอนหลับและพักผ่อนหย่อนใจ ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 2.68 และด้านการรักษาสุขภาพจิต ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.18 ส่วนด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.08 (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ภาพรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 5 ด้าน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การรับประทานอาหาร	2.95	.30	ดี
การออกกำลังกาย	2.08	.56	ปานกลาง
การนอนหลับและพักผ่อนหย่อนใจ	2.68	.30	ดี
การละเว้นสิ่งที่ให้โทษต่อร่างกาย	3.49	.33	ดีมาก
การรักษาสุขภาพจิต	3.18	.36	ดี

ส่วนที่ 5 ผลการทดสอบสมมติฐาน

การศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาระหว่างตัวแปรอิสระได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง การตรวจสุขภาพ และ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อที่จะได้ทราบว่าตัวแปรอิสระ ตัวแปรใดที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับตัวแปรตามและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว ซึ่งผลการทดสอบสมมติฐานปรากฏผล ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2) มีรายละเอียด ดังนี้ (ตารางที่ 11)

เพศ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

อายุ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีอายุอยู่ในช่วงใดก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

ระดับการศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

โรคประจำตัวจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล อันประกอบไปด้วย เพศ อายุ ลักษณะครอบครัว รายได้ โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานเพียงบางส่วน (ดังตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ				χ^2	p-value
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี		
(n = 280)						
เพศ						
- ชาย	10 (3.6)	114 (40.7)	7 (2.5)	0 (0.0)	.681	.711
- หญิง	8 (2.8)	134 (47.9)	7 (2.5)	0 (0.0)		
อายุ						
- 60 - 69	11 (3.9)	115 (41.0)	8 (2.8)	0 (0.0)	4.093	.394
- 70 - 79	3 (1.1)	92 (32.9)	5 (1.8)	0 (0.0)		
- 80 ปีขึ้นไป	4 (1.4)	41 (14.7)	1 (0.4)	0 (0.0)		
ระดับการศึกษา						
- ไม่ได้เรียน	4 (1.4)	143 (51.1)	8 (2.8)	0 (0.0)	10.250	.036
- ประถมศึกษา	14 (5.0)	99 (35.3)	6 (2.2)	0 (0.0)		
- มัธยมศึกษา	0 (0.0)	6 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)		
สถานภาพสมรส						
- โสด	0 (0.0)	4 (1.4)	2 (0.7)	0 (0.0)	12.486	.014
- สมรสแล้วอยู่กับคู่สมรส	14 (5.0)	151 (54.0)	8 (2.8)	0 (0.0)		
- ม่าย/หย่า/แยก	4 (1.4)	93 (33.3)	4 (1.4)	0 (0.0)		

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ				χ^2	p-value
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี		
(n=280)						
ลักษณะครอบครัว						
- อยู่คนเดียว	16 (5.7)	227 (81.1)	11 (3.9)	0 (0.0)	2.719	.257
- ไม่ได้อยู่คนเดียว	2 (0.7)	21 (7.5)	3 (1.1)	0 (0.0)		
อาชีพ						
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6 (2.2)	183 (65.4)	7 (2.5)	0 (0.0)	61.710	.000
- เกษตรกรรม	11 (3.9)	26 (9.3)	0 (0.0)	0 (0.0)		
- ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	0 (0)	16 (5.7)	0 (0.0)	0 (0.0)		
- รับจ้างทั่วไป	1 (0.4)	23 (8.1)	7 (2.5)	0 (0.0)		
- รายได้						
- 0-5,000 บาทต่อเดือน	18 (6.4)	239 (85.3)	(5.0)	0 (0.0)	1.200	.878
- 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน	0 (0)	6 (2.2)	0(0)	0 (0.0)		
- มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไปต่อเดือน	0 (0)	3 (1.1)	0(0)	0 (0.0)		
- แหล่งที่มาของรายได้						
- คนในครอบครัว	0 (0.0)	95 (33.9)	2 (0.7)	0 (0.0)	31.535	.000
- การประกอบอาชีพ	12 (4.3)	54 (19.3)	4 (1.4)	0 (0.0)		
- เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	(2.2)	65 (23.2)	8 (2.8)	0 (0.0)		
- เงินบำนาญ	0 (0.0)	3 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)		
- อื่นๆ (เงินออม)	0 (0.0)	31 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)		

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ				χ^2	p-value
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี		
ความพอเพียงของรายได้						
- ขาดแคลน	7 (2.5)	83 (29.6)	13 (4.6)	0 (0.0)	24.730	.000
- มีรายได้เพียงพอ	11 (3.9)	115 (41.1)	1 (0.4)	0 (0.0)		
- มีรายได้มากและพอเหลือเก็บ	0 (0.0)	50 (17.9)	0 (0.0)	0 (0.0)		
โรคประจำตัว						
- มีโรคประจำตัว	10 (3.6)	105 (37.5)	9 (3.2)	0 (0.0)	3.577	.167
- ไม่มีโรคประจำตัว	8 (2.8)	143 (51.1)	5 (1.8)	0 (0.0)		

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสังคม ประกอบไปด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบ ดังนี้

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .522$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือถ้าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วยซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .439$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือถ้าผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพดีมากขึ้นซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ได้ว่าปัจจัยทางสังคมได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 2 (ดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 280)

ปัจจัยทางสังคม	พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	.522**	.000
สัมพันธภาพในครอบครัว	.439**	.000

** p < .01

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ประกอบไปด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง และ การตรวจสุขภาพ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบดังนี้

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .300$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ดีมากขึ้น

การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .588$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือถ้าผู้สูงอายุมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ มากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ดีมากขึ้น

การประเมินสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .537$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือถ้าผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพตนเองที่ดี ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพสุขภาพที่ดีมากขึ้น

การตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .527$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือถ้าผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ดีมากขึ้น

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ได้ว่าปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง และการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นการยอมรับสมมติฐานที่ 3 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 280)

ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	.300**	.000
การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	.588**	.000
การประเมินสุขภาพตนเอง	.537**	.000
การตรวจสุขภาพ	.527**	.000

** p < .01

สมมติฐานที่ 4 กลุ่มตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวม 8 ตัวแปร โดย

ตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุดคือ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ รองลงมา คือ การประเมินสุขภาพตนเอง รายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การตรวจสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อาชีพ และ ความพอเพียงของรายได้ ตามลำดับ โดยมีค่าประสิทธิภาพการทำนาย (R^2) เท่ากับ ร้อยละ 64.7 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 8 ตัวแปรนั้น สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณารายละเอียดตัวแปรทำนายแต่ละตัว พบดังนี้ (ตารางที่ 14)

ตัวแปรทำนายที่ 1 คือ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ในส่วนของปัจจัยภาวะสุขภาพ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายได้ดีที่สุด สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 34.4

ตัวแปรทำนายที่ 2 คือ การประเมินสุขภาพตนเอง ในส่วนของปัจจัยภาวะสุขภาพ เป็นตัวแปรที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 43.3

ตัวแปรทำนายที่ 3 คือ รายได้ ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล เป็นตัวแปรที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 50.9

ตัวแปรทำนายที่ 4 คือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในส่วนของปัจจัยทางสังคม เป็นตัวแปรที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 56.3

ตัวแปรทำนายที่ 5 คือ การตรวจสุขภาพ ในส่วนของปัจจัยทางภาวะสุขภาพ เป็นตัวแปรที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 61.1

ตัวแปรทำนายที่ 6 คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ในส่วนของปัจจัยทางภาวะสุขภาพ เป็นตัวแปรที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 62.7

ตัวแปรทำนายที่ 7 คือ อาชีพ ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล เป็นตัวแปรที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 64.2

ตัวแปรทำนายที่ 8 คือ ความพอเพียงของรายได้ ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล เป็นตัวแปรที่เพิ่มการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 64.7

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปรทำนาย	R	R ²	R ² Change	F
การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	.588	34.4	-	147.075
การประเมินสุขภาพ	.661	43.3	8.9	107.581
รายได้	.717	50.9	7.6	97.535
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	.755	56.3	5.4	90.879
การตรวจสุขภาพ	.786	61.1	4.8	73.654
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	.798	62.7	1.6	59.594
อาชีพ	.809	64.2	1.5	51.000
ความพอเพียงของรายได้	.813	64.7	0.5	47.437

ความหมายตาราง

R	หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ
R ²	หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย
R ² Change	หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนแปลงเมื่อสมการเปลี่ยน
F	หมายถึง ค่าสถิติที่ทดสอบ

เมื่อทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรทำนาย พบว่าตัวแปรทำนายจากปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ และ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การตรวจสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และ อาชีพ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่มีผลทางบวกต่อค่าคงที่ของสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 และ ตัวแปรทำนายจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ และความพอเพียงของรายได้ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่มีผลทางลบต่อค่าคงที่ของสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย

ตัวแปรทำนาย	B	SE.b	Beta	t	p
การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	2.603	.468	.263	5.569	.000
การประเมินสุขภาพ	3.098	.598	.232	5.177	.000
รายได้	-13.051	2.197	-.366	-5.941	.000
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	1.335	.226	.268	5.920	.000
การตรวจสุขภาพ	.990	.322	.139	3.077	.002
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	.653	.275	.095	2.376	.018
อาชีพ	6.725	1.845	.19	3.644	.000
ความพอเพียงของรายได้	-4.896	2.251	-.128	-2.175	.030
Constant (a)	105.777				

ความหมายตาราง

- B หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ
- SE.b หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย
- Beta หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน
- t หมายถึง ค่าการทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ
- a หมายถึง ค่าคงที่ของสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์นำมาสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (วรรณิ แกมเกตุ, 2551: 382-383) ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\text{จากสูตร } Y_i = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_px_i$$

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ = 105.777 + 2.603 (การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ) + 3.098 (การประเมินสุขภาพ) - 13.051 (รายได้) + 1.335 (การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม) + .990 (การตรวจสุขภาพ) + .653 (ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ) + 6.725 (อาชีพ) - 4.896 (ความพอเพียงของรายได้)

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\text{จากสูตร } Z_{yi} = \beta_1Z_{x1} + \beta_2Z_{x2} + \dots + \beta_pZ_{xi}$$

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ = .263 (การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ) + .232 (การประเมินสุขภาพ) - .366 (รายได้) + .268 (การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม) + .139 (การตรวจสุขภาพ) + .095 (ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ) + .179 (อาชีพ) - .128 (ความพอเพียงของรายได้)

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 ได้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 8 ตัวแปร คือ ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ ตัวแปรจากปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และตัวแปรจากปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากข้อพิจารณาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระหลายตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 4

ข้อวิจารณ์

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาประชากรที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน

จังหวัดเชียงราย จำนวน 280 คน โดยตำบลเจริญเมืองมีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสลับกับเนินเขาเล็ก ๆ มีเทือกเขาเป็นแนวเขต การคมนาคมเดินทางสะดวก มีการประกอบอาชีพหลักคือการทำนา มีสภาพทางสังคมและวิถีชีวิตแบบชนบท การตั้งบ้านเรือนอยู่ติดๆกันบางพื้นที่มีการสร้างบ้านหลายหลังในแนวเขตร้วเดียวกัน ซึ่งจะเป็นเครือญาติเดียวกันมีขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมา เช่น การสืบทอดในวันสำคัญ การทำบุญทานสลากภัต การสรงน้ำพระธาตุ การรดน้ำดำหัว ทางด้านสาธารณสุขมีสถานพยาบาลหลักคือสถานีอนามัยตำบลเจริญเมือง โรงพยาบาลใกล้เคียงคือโรงพยาบาลพาน ด้านกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่การรำไม้กระบอง การร้องมาตรฐาน หรือการร่วมมือช่วยเหลืองานสำคัญๆเช่น งานสงกรานต์ งานลอยกระทง งานแต่งงาน งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานศพ เป็นต้น

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำผลมาวิจารณ์ได้ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงรายที่มี เพศ อายุ ลักษณะครอบครัว รายได้ โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ ลักษณะครอบครัว รายได้ การมีหรือไม่มีโรคประจำตัว ที่ต่างกันจะไม่ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน แต่ในส่วนของ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มี ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ แตกต่างกันมีผลต่อระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน

ซึ่งจากการศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมืองก็จะพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีในตัวบุคคลจะเห็นว่า ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมี เพศ อายุ ลักษณะครอบครัว รายได้ และโรคประจำตัว ที่ต่างกันก็ไม่มีผลทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุดังกล่าวมีลักษณะของสังคม วัฒนธรรมการดำเนินชีวิตที่เหมือนกัน มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มีขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อที่เหมือนกัน ทำให้มีพื้นฐานความคิด ความเชื่อ ไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เบญจวรรณ กำธรวัชระ (2537) ที่กล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลจะแตกต่างกันย่อมเกิดจากสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน รวมถึงแนวคิดทางด้านสังคมศาสตร์ที่เชื่อว่าการกระทำของมนุษย์อยู่ภายใต้การจัดระเบียบสังคมและปัจจัยทางวัฒนธรรม แต่หากนำผลการวิจัยไปเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นๆที่มีการศึกษาลักษณะคล้ายกันก็อาจจะเป็นไปได้

ว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันจะทำให้มีการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่แตกต่างกันเพราะมีสังคม วัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน

ปัจจัยทางสังคม ประกอบไปด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ สัมพันธภาพใน ครอบครัว จากผลการวิจัยพบ ดังนี้

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัด เชียงราย มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัยสูงอายุมีความแตกต่างกันทางด้านสภาพร่างกาย ผู้สูงอายุบางท่านมีร่างกายไม่แข็งแรง เดินทางไม่สะดวก บาง ท่านก็ไม่อยากไปยุ่งเกี่ยวกับสังคมภายนอก เพราะรู้สึกว่าคุณค่า สอดคล้องกับทฤษฎีการ ไม่เกี่ยวข้อง (Disengagement Theory) ของ ศิริพันธุ์ สาสัคย์ (2550: 10) ที่กล่าวถึงผู้สูงอายุจะแยก ตนเองออกมาจากสังคม เป็นกระบวนการที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมของตนเอง และลดบทบาททางสังคม เมื่อตนเองเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุพยายามจะหลีกเลี่ยงจากความกดดันและ ความตึงเครียดโดยการถอนตัวออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการที่รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ ลดลง และเปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่ได้แสดงความสามารถต่อไป

แต่ในทางกลับกันพบว่าผู้สูงอายุบางท่านก็ยังมีเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่เป็นประจำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเหล่านั้นยังมีร่างกายที่แข็งแรงดี อยากรออกไปพบปะพูดคุยกับบุคคล อื่นๆ ไม่อยากอยู่เฉยๆ จึงสนใจเข้าร่วมกิจกรรมอยู่เสมอ ทำให้ในภาพรวมจะพบว่า การเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

ประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากที่สุดคือ การไปร่วมงานศพ งานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่ ภายในท้องถิ่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การเข้าร่วมงานดังกล่าว เป็นวิถี ประชาของคนในหมู่บ้าน โดยเฉพาะเขตชนบท ที่เมื่อมีการจัดงานขึ้นภายในหมู่บ้านในฐานะที่อาศัย อยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกันก็ต้องเข้าไปช่วยเหลือเกื้อกูลงานนั้นๆ เพื่อเป็นการแสดงออกซึ่ง น้ำใจของคนที่อยู่ร่วมหมู่บ้านเดียวกันซึ่งจะพบเห็น ได้เกือบทุกที่ในชนบท นอกจากนี้ยังเป็นการ เชื่อว่าหากเมื่อถึงงานของตนเองก็จะได้มีคนมาช่วยเหลืองาน แต่หากตนเองไม่ไปร่วมงานของ บุคคลอื่นเลยก็จะไม่มีใครมาช่วยเหลืองานที่อาจจะจัดขึ้นในอนาคต ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยที่มี ความอาวุโสและเป็นบุคคลที่คนในหมู่บ้านให้ความเคารพนับถือจึงมักถูกเชิญให้ไปร่วมงานเหล่านี้ อยู่เป็นประจำ

อย่างไรก็ตามประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยที่สุดคือ การเข้าร่วมฟังประชุม/อบรมที่จัดขึ้นภายในท้องถิ่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุคิดว่าการเข้าร่วมประชุมอบรมต่างๆเป็นหน้าที่ของคนวัยหนุ่มสาวที่มีความรู้ความสามารถมากกว่าตนเอง ส่วนใหญ่จึงไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว และพบว่าผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่มีหรือเคยมีตำแหน่งหน้าที่ในหมู่บ้าน นอกจากนี้แล้วจากการวิจัยยังพบว่ากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง คือกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความสนใจหรือยินดีไปเข้าร่วมกิจกรรมในระดับปานกลางเท่านั้น ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมืองทุกคนจะเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุก็ตาม สำหรับกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมืองส่วนใหญ่จะเป็นลักษณะของการเข้าร่วมงานตามประเพณีต่างๆของท้องถิ่น เช่น สงกรานต์ ลอยกระทง งานทำบุญสลากภัต เป็นต้น โดยจะช่วยออกแรงในการสร้างเครื่องประกอบงานประเพณีนั้นๆเช่น ชุ่มก่อกองทราย ชุ่มประตูดัด การจัดแต่งเครื่องไทยทาน เป็นต้น ในส่วนของกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพก็จะเป็นลักษณะของการออกกำลังกายในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันเฉลิมพระชนมพรรษา วันผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งลักษณะของกิจกรรมจะเป็นในส่วนของการแสดงวิธีการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้เพราะครอบครัวในตำบลเจริญเมืองส่วนใหญ่ยังเป็นครอบครัวที่ผู้สูงอายุมีการพักอาศัยอยู่กับลูกหลานหรือคนในครอบครัว ก็มีการเอาใจใส่ดูแลและให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการอบรมสั่งสอนที่ถ่ายทอดกันจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง เพื่อเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูทดแทน ทำให้มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างของวิถีการดำเนินชีวิตระหว่างสังคมชนบทกับสังคมเมืองได้เป็นอย่างดี ประกอบกับผู้สูงอายุรู้จักบทบาทของตนเองในสังคมว่าตนควรทำหน้าที่เช่นไรเพื่อให้บุตรหลานเคารพนับถือ จึงมีการประพฤติปฏิบัติวางตัวที่เหมาะสม ละทิ้งบทบาทในอดีตแล้วปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ในฐานะผู้สูงอายุ สอดคล้องกับทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ของสตรุกเลนอบรม (2528: 34) ที่กล่าวถึงผู้สูงอายุว่าเมื่อคนเข้าสู่วัยสูงอายุ เขาจะต้องปรับตัวกับสภาพชีวิตหลายสิ่งหลายอย่าง ซึ่งไม่เหมือนบทบาทเดิมของเขาที่เคยมีมา โดยเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเคยปฏิบัติในวัยผู้ใหญ่ มายอมรับบทบาททางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นตัวแทนของพฤติกรรมที่สังคมคาดหวังว่าจะพบในผู้สูงอายุ ทั่วๆไป จะเห็นว่าผู้สูงอายุแต่ละคนปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมจากวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างไร กล่าวโดยสรุปก็คือเมื่อคนๆหนึ่งแก่ตัวลง คนๆนั้นก็จะมีบทบาททางสังคมใหม่ ซึ่งไปด้วยกันกับวงจรชีวิตใหม่ ซึ่งในที่นี้อาจเรียกว่าวัยสูงอายุ ดังนั้นเมื่อคนๆนั้น

ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทความเป็นผู้ใหญ่อาจหายไป แล้วจะสวมบทบาทของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นแทน

ประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวมากที่สุดคือ คนในครอบครัวให้ความเคารพผู้สูงอายุ ทั้งนี้จากที่กล่าวมาข้างต้นว่า คนในท้องถิ่นจะได้รับการสั่งสอนให้มีความเคารพผู้อาวุโส และต้องปฏิบัติดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้าน ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้คนในท้องถิ่นเห็นว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสม จึงยอมรับและปฏิบัติสืบต่อกันมา กลายเป็นวิถีประชาของคนในท้องถิ่น ดังนั้นการเคารพนับถือผู้สูงอายุในบ้านจึงเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ประกอบกับผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมืองส่วนใหญ่จะพักอาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณในครอบครัวให้ความเคารพนับถือ ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีที่สุดในครอบครัว

อย่างไรก็ตามประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวน้อยที่สุดคือ คนในครอบครัวปล่อยให้ผู้สูงอายุให้อยู่บ้านเพียงลำพัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในช่วงกลางวันคนในบ้านหรือในครอบครัวก็มักจะออกไปทำงานนอกบ้าน เด็กๆก็ออกไปโรงเรียน ผู้สูงอายุจึงมักจะอยู่บ้านเพียงลำพัง แต่ก็ไม่ถึงกับถูกปล่อยให้อยู่บ้านเพียงลำพังเป็นระยะเวลาาน และจะอยู่พร้อมหน้ากันอีกครั้งในช่วงเย็น จึงไม่ทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวลดลงเท่าใดนัก ในส่วนผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังมีสาเหตุจากที่ตนเองเป็น โสด ไม่มีลูกหลาน หรือไม่กี่คู่ชีวิตเสียชีวิต และลูกหลานแยกออกไปทำงานต่างถิ่น แต่ยังมีญาติที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันคอยดูแลช่วยเหลือบ้าง อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุบางคนที่ต้องต่อสู้ดิ้นรนด้วยตัวคนเดียวไม่มีญาติที่คอยช่วยเหลือ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบกรณีแบบนี้มีน้อยมาก

ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ประกอบไปด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง และการตรวจสุขภาพ จากผลการวิจัยพบดังนี้

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในตำบลเจริญเมืองอำเภอพาน จังหวัดเชียงรายมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพเป็นอย่างดี เนื่องจากมีการเปิดรับสื่ออย่างทั่วถึงทำให้ได้รับข่าวสารต่างๆอยู่เป็นประจำ รวมถึงมีการอบรมหรือได้รับการถ่ายทอดความรู้

เกี่ยวกับด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นต้น

ประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดคือ การดูแลสุขภาพตนเองจะทำให้ท่านมีร่างกายแข็งแรง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ไม่ว่าคนๆนั้นจะอยู่ในช่วงวัยใดก็จะมีความเข้าใจที่ตรงกันว่าการดูแลสุขภาพตนเองจะทำให้มีร่างกายที่แข็งแรง ในกรณีของผู้สูงอายุก็มีความเข้าใจในประเด็นคำถามนี้เช่นกัน

อย่างไรก็ตามประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองน้อยที่สุดคือ การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความเข้าใจว่าการดูแลสุขภาพตนเองจำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง มีขั้นตอนปฏิบัติที่ยุ่งยาก และต้องมีความระมัดระวังในเรื่องต่างๆหลายอย่าง จึงทำให้มีความคิดว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก

การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเดินทางไปรับการรักษาตามสถานพยาบาลต่างๆได้อย่างสะดวก แต่ส่วนหนึ่งก็อาจใช้เวลาค่อนข้างนานในการเดินทาง แต่ในภาพรวมผู้สูงอายุก็มีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในระดับดี

ประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุสามารถเดินทางไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยได้สะดวก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ระบบการคมนาคมในปัจจุบันมีความสะดวกมากขึ้นทั้งมีระบบการขนส่งที่รองรับกับความต้องการของคนในท้องถิ่น ประกอบกับคนในครอบครัวเองมียานพาหนะที่พร้อมในการพาผู้สูงอายุไปรับการรักษาตามสถานบริการทางด้านสุขภาพในที่ต่างๆได้

อย่างไรก็ตามประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการเดินทางไป-กลับ สถานพยาบาล ทั้งนี้เพราะถึงแม้จะมีความพร้อมในการเดินทาง แต่สถานพยาบาลบางแห่งก็อยู่ไกลจากหมู่บ้านทำให้ต้องใช้เวลาในการเดินทาง ซึ่งก็เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการที่ผู้สูงอายุจะเข้าไปใช้บริการสถานพยาบาลนั้นๆ

การประเมินสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีการประเมินสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพ

ที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่ก็มีส่วนน้อยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยจะพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ
 มากๆ

ประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพตนเองมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุมีสุขภาพ
 ด้านจิตใจที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุ มีความสุขกับช่วงชีวิตในปัจจุบันมีลูกหลานอยู่พร้อมหน้า
 กัน ทำให้มีสภาพจิตใจที่ดี

อย่างไรก็ตามประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพตนเองน้อยที่สุดคือ สุขภาพ
 ของผู้สูงอายุเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุบางส่วนมีปัญหา
 ทางด้านสุขภาพร่างกาย เนื่องจากวัยที่เพิ่มมากขึ้นร่างกายก็มีการเสื่อมสภาพไปตามวัย จึงเป็น
 อุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

การตรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มี
 การตรวจสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญต่อการตรวจสุขภาพ มี
 การเข้ารับการตรวจสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคและ
 เมื่อพบปัญหาที่จะได้รับทำการรักษาทันที

อย่างไรก็ตามประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพน้อยที่สุดคือ ความพร้อมของ
 ผู้สูงอายุในการเดินทางไปตรวจสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ญาติหรือคนในครอบครัวไม่สามารถ
 พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพได้เนื่องจากต้องทำงาน ผู้สูงอายุกลุ่มนั้นจึงต้องเดินทางไปเอง
 บางครั้งทำให้ไม่สะดวก จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนั้นไม่อยากไปรับการตรวจสุขภาพ หรืออยาก
 ไปแต่ไม่สามารถไปได้

ระดับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยพบว่า ใน
 ภาพรวมผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีพฤติกรรมดูแล
 ตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุมีพื้นฐานความรู้เดิมเกี่ยวกับการดูแล
 สุขภาพ มีรูปแบบและวิธีการนำเสนอข่าวสารทางด้านสุขภาพของสื่อมวลชน มีการทำกิจกรรม
 ต่างๆของชมรมผู้สูงอายุที่ร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในการมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การ
 ป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง เมื่อพิจารณาแยกการดูแล
 ตนเองออกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระดับ ดีมาก ในด้าน
 การละเว้นสิ่งที่ให้โทษต่อร่างกาย ระดับดี ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน

หย่อนใจ และ ด้านการรักษาสุขภาพจิต ส่วนในด้านการออกกำลังกายระดับผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับ พอใช้

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถแยกพิจารณาถึงระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้านดังนี้

1. ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมืองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการกินที่เรียบง่ายสามารถนำวัตถุดิบที่มีในท้องถิ่นมาดัดแปลงทำเป็นอาหาร นิยมการกินที่ไม่ต้องมีการปรุงมากนัก เช่น กินผักสดจิ้มกับน้ำพริก ไม่กินอาหารรสจัด หรือ อาหารประเภทหมักดอง แต่ก็มีบางคนที่ยังมีการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆอยู่บ้างซึ่งการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆกลายเป็นวัฒนธรรมการกินของคนในท้องถิ่น เช่น การรับประทานลาบ หลู้ ที่ใช้วัตถุดิบไม่ปรุงสุก ซึ่งคนส่วนใหญ่เชื่อว่าการทานเนื้อดิบๆหรือเลือดที่ไม่ปรุงสุกจะทำให้มีร่างกายแข็งแรง หรือแสดงความเป็นลูกผู้ชาย เป็นต้น แต่คนจะค่อยๆลดการรับประทานอาหารประเภทนี้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดคือ ท่านรับประทานผัก แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการบริโภคผักเป็นประจำเกือบทุกวัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าวัฒนธรรมการบริโภคของคนในท้องถิ่นที่เรียบง่าย ไม่ยุ่งยาก รู้จักดัดแปลงและหาวัตถุดิบที่มีอยู่ในท้องถิ่นที่ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และผลิตขึ้นได้เองมาทำเป็นอาหาร โดยเฉพาะผักที่มีที่งเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เช่น ผักบุ้ง ผักตำลึง ผักแว่น หรือปลุกไว้กินเอง เช่น ผักกาด ผักคะน้า เป็นต้น ซึ่งผักที่ปลุกไว้กินเองนี้จะไม่นิยมใช้ยามาแมลง ใช้ปุ๋ยอินทรีย์ บางคนปลุกเป็นแปลง บางคนปลุกตามริมรั้วหรือภายในบ้านที่มีดินอุดมสมบูรณ์ ซึ่งทำให้ไม่ต้องไปหาซื้อจากตลาด แต่หากเป็นการซื้อขายก็ถือได้ว่าผักเป็นอาหารที่มีราคาถูกเพราะส่วนใหญ่ผักที่นำมาขายจะเป็นผักที่คนในหมู่บ้านปลุกเองแล้วนำมาขาย ผู้สูงอายุหรือคนในท้องถิ่นชนบทจึงนิยมรับประทานผักมาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์หรือคุณค่าที่มีต่อสุขภาพตนเอง แต่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุก็มีความเข้าใจดีว่าผักเป็นสิ่งที่มีความปลอดภัยต่อร่างกาย จึงนิยมบริโภคเพื่อสุขภาพของตนเองก็แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่มีความใส่ใจต่อสุขภาพของตนเอง

อย่างไรก็ตามในส่วนประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองน้อยที่สุดคือ การรับประทานอาหารค้างคืน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหาร

ค้างคิน ซึ่งตามหลักการถือว่าไม่ถูกต้องตามหลักอนามัย เนื่องจากอาหารค้างคินอาจเป็นแหล่งของเชื้อโรค ไม่สะอาด ซึ่งผลเสียต่อร่างกายหากมีการบริโภคเข้าไป แต่ผู้สูงอายุก็ยังมีกรบริโภคอาหารค้างคิน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อมีอาหารที่เหลือจากการรับประทานผู้สูงอายุก็มักจะเก็บไว้เพื่อบริโภคในวันถัดไป เพราะเกิดความเสียดายและต้องการประหยัดค่าใช้จ่ายโดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ ลักษณะของการบริโภคอาหารค้างคินส่วนใหญ่ก็จะนำอาหารที่เหลือจากการรับประทานในตอนเย็นแล้วนำไปเก็บไว้ในตู้เย็น บางคนก็เก็บไว้ในตู้กับข้าว ตอนเช้าก็จะนำอาหารนั้นไปอุ่นอีกครั้งก่อนรับประทาน แต่บางครั้งก็รับประทานเลย

2. ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมืองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นด้านที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุดหากเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมืองยังให้ความสนใจในการออกกำลังกายน้อย อาจเป็นเพราะมีปัญหาหรืออุปสรรคในหลายๆด้าน เช่น ไม่คุ้นเคยกับการออกกำลังกายเพราะตลอดชีวิตที่ผ่านมาไม่เคยออกกำลังกายเลย หรือว่าร่างกายไม่แข็งแรง ไม่มีแรง กระตุ้นจากสังคมรอบข้าง เป็นต้น ซึ่งถึงแม้ว่าสถานีอนามัยตำบลเจริญเมืองจะมีการณรงค์ให้ผู้สูงอายุหันมาออกกำลังกายโดยฝึกอบรมวิธีการออกกำลังกาย เช่น การรำไม้กระบองแก้ตัวแทนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน แล้วนำไปถ่ายทอดแก่ผู้สูงอายุในหมู่บ้านของตนเอง โดยจัดให้มีการออกกำลังกายช่วงตอนเย็นในลานกิจกรรมของหมู่บ้าน แต่ก็มีผู้สูงอายุที่ให้ความสนใจค่อนข้างน้อย

ประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดคือ การทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ปลูกต้นไม้ ทำสวน รดน้ำต้นไม้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจะมีการทำกิจกรรมต่างๆไม่ว่าจะเป็น ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ ทำสวน ทำงานบ้าน เป็นประจำ ซึ่งถือว่าเป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่งที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ต้องมีอุปกรณ์ จากการเข้าไปสอบถามพูดคุยกับผู้สูงอายุบางท่าน ให้ข้อมูลว่า ไม่อยากอยู่บ้านเฉยๆ อยากทำอะไรที่พอจะได้ลดความเบื่อหน่ายลงบ้าง โดยเฉพาะการทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ เช่น กวาดบ้าน ถางหญ้า ทำสวน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น ซึ่งการกระทำแบบนี้ได้กลายเป็นวัฒนธรรมของคนในท้องถิ่นที่ไม่ชอบอยู่เฉยๆซึ่งอาจเป็นเพราะการมีอาชีพทางการเกษตรมาก่อนที่ต้องทำงานโดยออกแรงทุกวัน จึงไม่คุ้นเคยกับการไม่ทำงานอะไรเลย

อย่างไรก็ตามในส่วนประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองน้อยที่สุดคือ การออกกำลังกายกับคนในครอบครัว แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายกับคนในครอบครัว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายน้อย หรือแม้ว่าจะ

มีการออกกำลังกายก็จะเป็นการออกกำลังกายกับคนในวัยเดียวกัน เช่น การรำกระบอง รำมวยจีน ที่ชมรมผู้สูงอายุจัดขึ้น การออกกำลังกายกับคนในครอบครัวถือว่ามีความสำคัญในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีแก่คนในครอบครัว โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มักจะอยู่เพียงลำพังในช่วงที่คนในครอบครัวออกไปทำงาน นอกจากนี้การออกกำลังกายร่วมกันยังเป็นการสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุอยากออกกำลังกายมากขึ้นอีกด้วย

3. ด้านการนอนหลับพักผ่อนหย่อนใจ พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมืองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการนอนหลับพักผ่อนหย่อนใจอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตชนบทวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย ไม่ได้ประกอบอาชีพ สามารถนอนงีบหลับในตอนกลางวันได้ หรือหากรู้สึกเบื่อหน่ายก็ออกไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือหางานอดิเรกทำ เช่น งานจักสาน เย็บปักถักร้อย เป็นต้น ช่วงกลางคืนในหมู่บ้านก็จะเงียบสงบผู้สูงอายุก็มักจะเข้านอนเร็วเพราะไม่มีกิจกรรมอะไรให้ทำ ก่อนนอนก็จะสวดมนต์นั่งทำสมาธิ และกลายเป็นกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แต่ในส่วนของกรพักผ่อนโดยออกไปเที่ยวตามต่างจังหวัด การไปเดินช้อปปิ้ง หรือไปทัศนศึกษา จะพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะไม่มีการทำกิจกรรมดังกล่าวเลย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าคนในท้องถิ่นชนบทมักไม่ค่อยออกไปเที่ยวต่างพื้นที่ถ้าหากไม่จำเป็นจริงๆก็จะไม่ไป มักชอบที่จะอยู่กับบ้านมากกว่า โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ แต่จะปล่อยให้ลูกหลานไปเที่ยวกันเองส่วนตนจะเฝ้าบ้านหรือเลี้ยงดูหลานที่ยังเล็กๆอยู่

ประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดคือ การไม่ไปเที่ยวสถานเริงรมย์ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่เลือกที่จะพักผ่อนโดยออกไปเที่ยวตามสถานเริงรมย์ ซึ่งถือว่าเป็นสถานที่ที่ไม่เหมาะสมสำหรับวัยสูงอายุ เพราะนอกจากจะทำให้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากแล้วยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีกด้วย การที่ผู้สูงอายุไม่นิยมออกไปเที่ยวสถานเริงรมย์อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่รู้จักความเหมาะสมว่าเป็นสถานที่เที่ยวของวัยหนุ่มสาวมากกว่า หากเข้าไปเที่ยวก็จะถูกวิพากษ์วิจารณ์หรือได้รับการติฉินนินทา การที่จะพักผ่อนจึงเลือกวิธีการและสถานที่ที่เหมาะสมมากกว่า ประกอบกับสถานเริงรมย์ในชนบทมีน้อยจึงทำให้ผู้สูงอายุที่จะเลือกพักผ่อนโดยไปเที่ยวสถานเริงรมย์มีน้อยมาก

อย่างไรก็ตามในส่วนประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองน้อยที่สุดคือ การไปเที่ยวต่างจังหวัด แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ไปเที่ยวพักผ่อนในต่างจังหวัด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะยากจน การไปเที่ยวต่างจังหวัดต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และยังมีค่านิยมที่จะประหยัด อยากเก็บเงินไว้ให้ลูกหลานหรือใช้จ่ายเมื่อยาม

จำเป็นมากกว่า ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเลือกที่จะไม่ไปเที่ยวต่างจังหวัดหรือที่ไกลๆ ประกอบกับวัยสูงอายุก็มีอุปสรรคทางด้านสภาพร่างกายการเดินทางไกลอาจสร้างปัญหาต่อตนเองและเป็นภาระให้กับคนอื่น

4. ด้านการละเว้นสิ่งที่ให้โทษต่อร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมืองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการละเว้นสิ่งที่ให้โทษต่อร่างกาย อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งถือว่าเป็นด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงมากที่สุด

ประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดคือ เรื่องของเสพสารเสพติด แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการเสพสารเสพติดอันก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจดีว่าสารเสพติดเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย และมีผลเสียต่อสุขภาพจึงหลีกเลี่ยงที่จะเกี่ยวข้องกับสารเสพติด แต่ก็ยังพบว่ามีบางคนที่ยังมีการเสพสารเสพติดอยู่บ้าง ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าเป็นห่วง ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะบุตรหลานหรือญาติควรรีบดำเนินการให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นเลิกเสพสารเสพติดให้เร็วที่สุด

อย่างไรก็ตามในส่วนประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองน้อยที่สุดคือ การซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง เช่น ยาพาราเซตามอล ยาแอสไพริน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังมีการใช้ยาประเภทเหล่านี้อยู่ ซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้สั่งจ่ายโดยแพทย์ และหากมีการบริโภคมากเกินไปก็จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ การที่ผู้สูงอายุยังมีการบริโภคยาเหล่านี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นยาที่หาได้ง่ายตามร้านค้าทั่วไป และมีราคาถูก วัยสูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายไม่แข็งแรงมีอาการเจ็บป่วย ปวดอวัยวะต่างๆ ได้ง่ายเมื่อเจ็บป่วย ปวดศีรษะหรือส่วนต่างๆตามร่างกายเล็กน้อย จึงซื้อยามารับประทานเองและเพื่อความสะดวกจะได้ไม่ต้องเสียเวลาไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาล

5. ด้านการรักษาสุขภาพจิต พบว่าพบว่าผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมืองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการละเว้นสิ่งที่ให้โทษต่อร่างกาย อยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนในชนบทที่มีความเรียบง่าย สังคมและสภาพแวดล้อมมีความสงบ ไม้วุ่นวาย ไม่มีการแข่งขันกัน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน มีการติดต่อแบบกลุ่มปฐมภูมิมีความคุ้นเคยสนิทสนมกันเป็นส่วนตัว รู้จักกันหัวบ้านท้ายบ้าน มีความร่วมมือช่วยเหลือเกื้อกูลกันทำให้ชาวชนบทส่วนใหญ่มีชีวิตไม่โดดเดี่ยว ถึงแม้จะอาศัยอยู่ลำพังคนเดียวก็ตาม ทำให้คนในชนบทมีสุขภาพจิตที่ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่ต้องไปแข่งขันกับใคร มีคนในครอบครัวรักใคร่เอาใจใส่ มี

เพื่อนบ้านที่คอยพูดคุยเมื่อยามที่เหงา มีวัดที่อยู่ใกล้ ทำให้เดินทางไปทำบุญสวดมนต์ฟังเทศน์ได้สะดวกซึ่งเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางจิตใจที่ดี

ประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดคือ การทะเลาะเบาะแว้งกับคนในหมู่บ้าน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งกับคนในหมู่บ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ในท้องถิ่นหรือหมู่บ้านมีลักษณะการอยู่อาศัยแบบถ้อยทีถ้อยอาศัยชาวบ้านจะมีความสนิทสนมรู้จักกันเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุเองก็มีการวางตัวที่ดีมีการควบคุมอารมณ์ เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะคนในหมู่บ้านให้ความเคารพนับถือ

อย่างไรก็ตามในส่วนประเด็นคำถามที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองน้อยที่สุดคือ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนๆ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไม่ค่อยมีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิถีการดำเนินชีวิตเป็นแบบชาวบ้านการเลี้ยงสังสรรค์ในหมู่เพื่อนฝูงจึงไม่ค่อยนิยม อีกทั้งวัยสูงอายุก็เป็นวัยที่สุขภาพไม่ค่อยเอื้ออำนวย การพบปะก็อาจอยู่ในรูปแบบการพูดคุยกันเจอกันตามงานบุญ งานบวช ฯลฯ มากกว่าการจัดงานเลี้ยงสังสรรค์โดยตรง

การทดสอบสมมติฐาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ 4 สมมติฐาน ปรากฏผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ 3 สมมติฐาน และเป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน 1 สมมติฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ และ โรคประจำตัว ผลการวิจัยพบ ดังนี้

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ไม่ว่าจะเพศชายหรือเพศหญิงก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุใกล้เคียงกัน มี

สภาพแวดล้อม การศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน ปัญหาสุขภาพคล้ายคลึงกัน มีความสนใจในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเท่าๆกัน ประกอบกับมีการจัดกิจกรรมต่างๆของชมรมผู้สูงอายุแบบไม่แบ่งแยกเพศ ไม่มีการกีดกันทำให้ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีโอกาสและได้รับความรู้เท่าๆกัน ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับความรู้หรือแนวปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นไม่ว่าผู้สูงอายุจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายก็จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ พนิตา คุณาธรรม (2538) ได้ทำการศึกษา ทักษะคิด และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุชายและหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของบุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2547) ได้ทำการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมืองราชบุรี พบว่า เพศชายมีการดูแลตนเองมากกว่าเพศหญิง

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีอายุอยู่ในช่วงใดก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงใกล้เคียงกันเป็นช่วงอายุสุดท้ายของวัย เป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆมาพร้อมกัน ก่อให้เกิดวิถีชีวิตหรือแนวทางปฏิบัติตลอดจนความคิดความเชื่อที่คล้ายกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่คล้ายๆกัน ดังนั้นไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีอายุอยู่ในช่วงใด ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1991) ที่กล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน แต่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ อรชร ไหวทวิ (2548) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางแพะ จังหวัดราชบุรี พบว่า อายุไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ต่างกัน

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุจะมีอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เพราะผู้สูงอายุที่มีการศึกษาจะสามารถแสวงหาความรู้ มีความสนใจและใฝ่หาความรู้วิทยาการใหม่ๆ มีสติปัญญาในการพิจารณาการตัดสินใจสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผลมีความรู้ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เนื่องจากมีความสามารถในการเขียนหรืออ่านได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษา ประกอบกับผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในอดีตถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้พอสมควร เนื่องจากบุคคลในอดีตที่มีความยากจนมากมายมักจะไม่ได้มีการศึกษาหรือมีการศึกษาที่ไม่สูงมากนัก การมีฐานะที่ดีก็ส่งผล

ต่อการมีอาชีพการงานที่ดีตามไปด้วย จึงมีเงินเก็บไว้ใช้จ่ายตามความต้องการ และทำให้มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (1991) ที่กล่าวถึงระดับการศึกษา ว่าเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ การมีทักษะ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถเรียนรู้ถึงความต้องการในการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เพราะสามารถแสวงหาข้อมูลมาคิดพิจารณาตัดสินใจกระทำได้มากกว่า และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ พนิดา คุณาธรรม (2538) ได้ทำการศึกษา ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไปมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และ ผลงานวิจัยของบุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2547) ได้ทำการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมืองราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาสูงๆจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย โดยอธิบายว่าการศึกษามีส่วนสำคัญต่อพัฒนาความรู้ มีทักษะ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุที่มีการอาศัยอยู่กับคู่สมรสจะได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆทั้งคำแนะนำ และคัดค้านในสิ่งที่เห็นว่าไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง มีการปฏิบัติดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อมีปัญหาที่สามารถปรึกษาได้กับคู่ชีวิตซึ่งเป็นบุคคลที่ไว้วางใจมากที่สุด ประกอบกับการได้อยู่กับคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเพื่อที่จะได้อยู่กับคนที่รักไปนานๆ ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นโสด หรือเป็นหม้าย ซึ่งบางครั้งก็มีความรู้สึกเหงา ว้าเหวในชีวิต ทำให้บางครั้งไม่อยากจะทำอะไร ไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง ใช้ชีวิตให้ผ่านไปวันๆ ไม่มีการใส่ใจต่อสุขภาพเท่าที่ควร ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่กับคู่สมรสก็จะมีผลทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่โสด หรือเป็นหม้าย ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (1991) ที่กล่าวถึงสถานภาพสมรสว่า การมีคู่สมรสนั้นจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง เพราะคู่สมรสจะเป็นผู้ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ เป็นเพื่อน และกระตุ้นให้บุคคลมีความพยายาม ในการดูแลตนเองมากขึ้น และผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ไพรัช ดันอุด (2549) ได้ทำการศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนหัวฝาย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวจากการเสียชีวิต

ของกลุ่มสมรสหรือเป็น โสด เนื่องจากกลุ่มสมรสจะให้การดูแลพูดคุยปรึกษาให้ความร่วมมือในสิ่งที่ดี และคัดค้านในสิ่งที่เห็นว่าไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

ลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะคิดว่าถ้าไม่ดูแลตนเองแล้วใครจะมาช่วยดูแลเพราะอยู่ลำพังตัวคนเดียว ถ้าหากไม่สบายขึ้นมาก็จะลำบากจึงมีการวางแผนที่จะใช้ชีวิตโดยคำนึงถึงสุขภาพตนเองเป็นหลัก ในส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยกับลูกหลานหรือญาติ ก็มีความพร้อมเนื่องจากมีลูกหลานคอยดูแล จัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพให้ ทำให้รู้สึกอบอุ่นมีความสุข อยากมีชีวิตอยู่กับลูกหลานไปนานๆ ทำให้มีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ พนิดา คุณาธรรม (2538) ได้ทำการศึกษาทัศนคติ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ต่างกัน มีทัศนคติและการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน และ งานวิจัยของ บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2547) ได้ทำการศึกษา การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมืองราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ต่างกัน มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การประกอบอาชีพทำให้ผู้สูงอายุพอจะมีรายได้หมุนเวียนส่งผลต่อการจัดหาจัดซื้อสิ่งของต่างๆที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง การที่ผู้สูงอายุยังประกอบอาชีพได้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง บ่งบอกถึงการรู้จักดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี การประกอบอาชีพทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับบุคคลอื่นๆที่มีความเกี่ยวข้องในอาชีพของตน อาจทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับด้านสุขภาพต่างๆแก่กัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้มีรายได้หมุนเวียนน้อยเนื่องจากอยู่บ้านเฉยๆ รายได้ส่วนใหญ่จึงมาจากลูกหลานส่งเงินมาให้ใช้เป็นค่าอาหารและสิ่งของจำเป็นบางอย่างทำให้ต้องใช้จ่ายอย่างประหยัดหรือเก็บไว้ใช้จ่ายเมื่อจำเป็นจริงๆเท่านั้น ประกอบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอาจเป็นเพราะมีสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงหรือมีอายุที่มากทำให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่างจากผู้สูงอายุที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้อยู่ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2550) ได้ทำการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมืองราชบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันจะมี

การดูแลตนเองทั่วไปแตกต่างกัน และงานวิจัยของ ไพลชล ดันอุด (2549) ได้ทำการศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนหัวฝาย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุ ที่ยังประกอบอาชีพอยู่ จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเฉยๆ

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ รายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นรายได้ที่มีจำนวนใกล้เคียงกัน ซึ่งก็เป็นรายได้ที่มีจำนวนน้อย ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยก็จะใช้จ่ายให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าซึ่งจากกลุ่มตัวอย่างพบได้น้อยมากก็จะไม่ใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย แต่โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุก็มักจะให้ความสำคัญกับสุขภาพ รายได้ที่ได้มาจึงใช้จ่ายเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพตนเองมากที่สุด เพื่อที่ตนเองจะได้มีร่างกายที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย เพราะเมื่อเจ็บป่วยถึงขั้นต้องนอนโรงพยาบาลก็จะมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายตามมา ดังนั้น รายได้ของผู้สูงอายุจึงไม่มีผลทำให้มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ พนิดา คุณาธรรม (2538) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง และ บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2550) ได้ทำการศึกษา การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมืองราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน

แหล่งที่มาของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งที่มาของรายได้ที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ แหล่งที่มาของรายได้บ่งบอกถึงการมีแหล่งสนับสนุนของรายได้ ซึ่งมีทั้งได้จากตนเองในรูปแบบต่างๆ เช่น การประกอบอาชีพ การได้รับเบี้ยยังชีพจากรัฐบาล เงินบำนาญ เป็นต้น และรายได้ที่มาจากบุคคลอื่น เช่น บุตรหลาน ญาติพี่น้อง รายได้ที่ได้จากตนเองย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้จ่ายได้อย่างสะดวก มีความรู้สึกที่ตนเองมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สามารถได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ตนเองต้องการได้อย่างเต็มที่ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ มีรายได้เป็นของตนเอง ไม่เป็นภาระต่อลูกหลาน มีความสุขในการดำรงชีวิตส่งผลทำให้อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปและมีการรู้จักการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้รวมจากบุคคลอื่นๆด้วย ทำให้รู้สึกที่ตนเองเป็นภาระต่อลูกหลาน บางครั้งเกิดความหดหู่ ท้อแท้ใจ จะใช้จ่ายต้องประหยัด ซึ่งก็อาจส่งผลทำให้มีการดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง หรือละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ อรชร ไหวทวี (2548) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

สุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางแพะ จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้จากตัวเองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว และดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับรายได้จากบุคคลอื่น

ความพอเพียงของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความพอเพียงของรายได้ที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ รายได้บ่งบอกถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากพอและเหลือเก็บย่อมมีความพร้อมทางด้านต่างๆ ในการที่จะดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากมีทั้งกำลังทรัพย์ที่จะใช้จ่ายในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ในส่วนของผู้ที่มิมีรายได้ขาดแคลนย่อมส่งผลทำให้มีความยากลำบากในการดำรงชีวิต รายได้ไม่พอใช้ต้องไปกู้หนี้ยืมสิน ก่อให้เกิดภาระหนี้สินต่างๆตามมา บางครั้งเกิดความหดหู่ ท้อแท้ในชีวิต ซึ่งปัญหาต่างๆเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้ละเลยไม่ใส่ใจต่อสุขภาพ

นอกจากนี้ในผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งก็สะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่ในหลายๆพื้นที่ต่างประสบปัญหาด้านรายได้ที่ไม่เพียงพอ จากวิกฤติเศรษฐกิจและความขัดแย้งทางการเมือง แต่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ในพื้นที่ชนบทก็ไม่มีปัญหาในส่วนของกรณีรายได้ขาดแคลน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสังคมและวิถีชีวิตของคนชนบทที่มีวัฒนธรรมการกินอยู่ที่เรียบง่าย ไม่ฟุ้งเฟ้อ ใช้จ่ายเท่าที่จำเป็น ประกอบกับส่วนใหญ่ลูกหลานจะเป็นคนจัดหาให้ทุกอย่าง ทำให้ผู้สูงอายุลดค่าใช้จ่ายลงไปได้มาก

โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีโรคประจำตัวจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น ตลอดจนมีการเสาะแสวงหาความรู้ต่างๆเพื่อนำมาใช้ในการประกอบการรักษา เพื่อที่โอกาสโรคที่เป็นอยู่จะบรรเทาลงหรือหายขาดได้ สอดคล้องกับ ทฤษฎีแบบจำลองชนวน 5 อย่างของ Zola ที่เชื่อว่า วิกฤตการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับบุคคลจะเป็นแรงกระตุ้นหรือผลักดันให้บุคคลนั้นๆสนใจในอาการ ความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นหรือความเจ็บป่วยต่างๆ และบุคคลจะต้องตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการกำจัดหรือลดความรุนแรงของโรคทำให้เกิดความหมกมุ่นกับอาการต่างๆ เหล่านั้น เนื่องจากเกรงว่าจะรบกวนต่อกิจกรรมทางสังคมที่บุคคลดำเนินอยู่ รบกวนต่อสวัสดิภาพของตนเอง ครอบครัว และต้องหาวิธีการในการกำจัดให้ออกไป ในส่วนของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว

อาจบ่งบอกได้ถึงการรู้จักดูแลสุขภาพตนเองที่ดี เช่น มีการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ มีการออกกำลังกาย มีสุขภาพจิตที่ดี เมื่อผู้สูงอายุเห็นว่าการปฏิบัติดังกล่าวทำให้ตนเองไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ จึงทำให้มีการใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ ดังนั้น ไม่ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และ ไม่มีโรคประจำตัวก็จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน และจากผลการวิจัยพบว่า โรคประจำตัวที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคกระเพาะ ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งก็เป็นไปตามที่ได้กล่าวถึงเอาไว้ว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้เปลี่ยนจากการเจ็บป่วยด้วยอาการติดเชื้อกลายเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม หรือความเสี่ยงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่รุนแรงมากขึ้น มีผลทำให้พฤติกรรมอนามัยแย่ลง ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีควรให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านอนามัยให้ดียิ่งขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ดวงจิตต์ นະนักรัตน์ (2550) ได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางสังคม ประกอบไปด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัว ผลการวิจัยพบ ดังนี้

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพสูงตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุทำให้มีโอกาสนพบปะพูดคุยกับคนต่างวัยหรือในวัยเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน พบปะกับสิ่งแปลกใหม่ที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความอยากที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป สิ่งๆต่างเหล่านี้จะช่วยในการปรับตัวทางด้านอารมณ์และด้านสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้มีทัศนคติหรือพฤติกรรมที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ของสตรูกูด เจนอบรม (2538: 34) โดยทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และบุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้ จะเป็นผู้ที่มีความพอใจในชีวิตสูง และมีภาพลักษณ์เกี่ยวกับตัวเองดี การศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ พนิดา คุณาธรรม (2538) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นพื้นฐานของความอบอุ่นภายในครอบครัว การมีสัมพันธภาพที่ดีบ่งบอกถึงการที่ครอบครัวนั้นเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันภายในครอบครัว ผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มักคิดว่าตนเองเป็นภาระต่อคนในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ แต่สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุลดความความคิดคั่งกล่าว และใช้ชีวิตกับครอบครัวอย่างมีความสุข ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งจากการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและเกิดจากการปฏิบัติตนของตัวผู้สูงอายุเอง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ดวงจิตต์ นະนัแก้ว (2550) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัวเอาใจใส่มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวเอาใจใส่

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ประกอบไปด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง และการตรวจสุขภาพ ผลการวิจัยพบดังนี้

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องทำให้มีการนำไปปฏิบัติใช้กับตนเองและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ แต่การได้ความรู้เพียงอย่างเดียวก็ไม่ได้แปลว่าผู้สูงอายุจะรับและนำมาใช้กับตนเอง แต่ต้องผ่านการพิจารณาและทดลองทำก่อนจึงจะตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตามอย่างเต็มรูปแบบ สอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล ของ เอ เซ็นและฟิชบาย (Ajzen และ Fishbein, 1980) โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นบุคคลที่มีเหตุผลมีการจัดข้อมูลอย่างเป็นระบบ หากบุคคลถูกเสนอให้ทำอะไรบางอย่าง ก็จะมีการพิจารณาไตร่ตรองก่อนตัดสินใจ

กระทำลงไป และต้องมีความตั้งใจร่วมด้วยซึ่งจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ และหากต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ก็ต้องเปลี่ยนความเชื่อและให้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุภามิตร นามวิชา (2549) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรม ในเขต จ. สมุทรปราการ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรม ผลงานวิจัยของ ปิยะพรรณ ลิ้มละมัย (2550) ได้ทำการศึกษา ศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่ำกับศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง

การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้สะดวกจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุที่สามารถไปรับบริการสถานพยาบาลต่างๆ ได้อย่างสะดวกทำให้ได้พบปะพูดคุยกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่จะให้คำแนะนำต่างๆ ในการรู้จักวิธีปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงเพื่อเป็นการรักษาและป้องกันโรคที่อาจจะเกิดขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าว ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ดวงจิตต์ นະนักรัตน์ (2550) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย พบว่า การรับบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การประเมินสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการประเมินสุขภาพตนเองอยู่ในระดับที่ดีจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การที่ผู้สูงอายุมีสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดี ร่างกายไม่มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตประจำวัน สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระให้กับบุคคลอื่น แสดงให้เห็นถึงการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

การตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการตรวจสุขภาพหรือมีความพร้อมในการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การตรวจสุขภาพเป็นการตรวจร่างกายเบื้องต้นเมื่อเริ่มตรวจพบอาการของโรคก็จะทำให้เรา

ทราบและรู้จักวิธีการปฏิบัติตนเองเพื่อเป็นการรักษาหรือยับยั้งโรคไม่ให้รุนแรงเพิ่มขึ้น ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการตรวจสอบสุขภาพแสดงให้เห็นถึงการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ พนิตา คุณาธรรม (2538) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไปตรวจสอบสุขภาพต่างกันมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองค่อนข้างแตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยตรวจสอบสุขภาพจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยไป

สมมติฐานที่ 4 กลุ่มตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว

ผลการวิจัยพบว่า มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ ตัวแปรจากปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และ ตัวแปรจากปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพ การตรวจสอบสุขภาพ และ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากข้อพิจารณาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระหลายตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว โดย ตัวแปร การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 34.4 และเมื่อเพิ่มตัวแปร การประเมินสุขภาพตนเอง จะเพิ่มความสามารถในการทำนายพฤติกรรมเป็นร้อยละ 43.3 รายได้ เพิ่มความสามารถในการทำนายพฤติกรรมเป็นร้อยละ 50.9 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เพิ่มความสามารถในการทำนายพฤติกรรมเป็นร้อยละ 56.3 การตรวจสอบสุขภาพ เพิ่มความสามารถในการทำนายพฤติกรรมเป็นร้อยละ 61.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพิ่มความสามารถในการทำนายพฤติกรรมเป็นร้อยละ 62.7 อาชีพ เพิ่มความสามารถในการทำนายพฤติกรรมเป็นร้อยละ 64.2 และความพอเพียงของรายได้ เพิ่มความสามารถในการทำนายพฤติกรรมเป็นร้อยละ 64.7 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ร่วมกับการประเมินสุขภาพตนเอง การมีความพอเพียงของรายได้ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีการตรวจสอบสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การที่มีแหล่งรายได้จากที่ต่างๆ และการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ จะส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นหากจะมีการศึกษาด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุควรนำตัวแปรดังกล่าวไปเป็นส่วนหนึ่งในการหาความสัมพันธ์ร่วมกับตัวแปรอื่นๆ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางภาวะสุขภาพ กับ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 280 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-Square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 53.2 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.9 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.4 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 61.8 มีการพักอาศัยกับคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 90.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 70 มีรายได้เฉลี่ย 1,894 บาทต่อเดือน โดยอยู่ในช่วง 0-5,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.8 แหล่งรายได้หลักมาจากคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 34.6 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 45.4 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 55.7

2. ปัจจัยทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 2.27 และมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวในระดับดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 3.30

3. ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุ มีด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 3.41 มีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 2.86 มีการประเมินสุขภาพตนเองในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 2.72 มีการตรวจสุขภาพในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 3.07

4. ระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.90 เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีมากคือ การละเว้นสิ่งที่ไม่ให้โทษต่อร่างกาย ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.49 อยู่ในระดับดี คือ ด้านการรับประทานอาหาร ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.95 ด้านการนอนหลับและพักผ่อนหย่อนใจ ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.68 และด้านการรักษาสุขภาพจิต ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.18 ส่วนด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับพอใช้ ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.08

5. ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะ เป็นเพศชายหรือเพศหญิงก็มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะ ผู้สูงอายุจะมีอายุอยู่ในช่วงใดก็มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดย ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

ลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดย ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

แหล่งที่มาของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีแหล่งที่มาของรายได้ที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

ความพอเพียงของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีความพอเพียงของรายได้ที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่า ผู้สูงอายุที่มีหรือไม่มีโรคประจำตัวจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ มากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

การประเมินสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพตนเองที่ดี ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

การตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพมากขึ้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

สมมติฐานที่ 4 กลุ่มตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว พบว่า

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 8 ตัวแปร คือ ตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การอาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ ตัวแปรจากปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และตัวแปรจากปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากข้อพิจารณาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระหลายตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการทำนายจากตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวแปรเดียว ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

จากผลการวิจัยสามารถสรุปเป็นกรอบ Model ของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง ซึ่งพบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ไม่ได้เกิดจากบุคคลนั้นๆ เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยส่วนต่างๆ ทั้งทางสังคมและภาวะสุขภาพเกี่ยวข้องด้วย ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลจะมี ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ และความพอเพียงของรายได้ เข้ามามีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ต่างกัน ทางด้านปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยทางภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพตนเอง และการตรวจสุขภาพ ก็มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรทางด้านอาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ การประเมินสุขภาพ การตรวจสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กรอบ Model พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลเจริญเมือง

จากผลการศึกษาแบบปลายเปิดพบว่า ผู้สูงอายุได้แสดงทัศนคติและข้อคิดเห็น ดังต่อไปนี้

1. ความสุขที่มีในปัจจุบันของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขที่ได้อาศัยอยู่กับลูกหลานหรือคนในครอบครัว โดยมีคนในครอบครัวให้ความรักและเอาใจใส่ ได้เข้าวัดฟังธรรม รักษาศีลนั่งสมาธิ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

2. ความทุกข์ในปัจจุบันที่มี พบว่า ผู้สูงอายุมีความกังวลในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ทำให้มีร่างกายที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง เกรงว่าเป็นภาระต่อคนในครอบครัว มีปัญหาทางด้านเงินทองไม่พอใช้จ่าย รู้สึกเหงา ว้าเหว่ เพราะอยู่คนเดียว นอกจากนี้ยังมีความทุกข์ที่เกิดจากปัจจัยทางสังคม เช่น รู้สึกไม่สบายใจที่ญาติพี่น้องทะเลาะกัน ปัญหาความรุนแรงภายในประเทศที่เกิดขึ้น จะเห็นได้ว่าปัญหาทางด้านสุขภาพยังเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีร่างกายที่เสื่อมสภาพไปตามวัย

3. ความต้องการจากคนในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุต้องการให้ครอบครัวมีความรักและเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องของการดูแลสุขภาพ อาหารการกิน ชีวิตความเป็นอยู่ หรือหากทำงานที่อื่นไกลก็กลับมาเยี่ยมเยียนบ้าง จะเห็นได้ว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ

4. ความต้องการช่วยเหลือดูแลจากองค์กรภาครัฐ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากให้รัฐบาลมีการดูแลเรื่องของเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตลอดไป โดยผู้สูงอายุมองว่าเงินจำนวนนี้จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของคนในครอบครัวลงได้บ้างถึงแม้จะเป็นจำนวนเงินที่น้อย และส่วนหนึ่งต้องการให้รัฐบาลเพิ่มจำนวนให้มากขึ้นกว่าเดิม จากที่ได้รับเดือนละ 500 บาท รวมถึงให้มีการจัดการในด้านการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการจัดหน่วยพยาบาลเคลื่อนที่ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่สะดวกที่ต้องออกไปรับบริการสุขภาพเพราะร่างกายไม่แข็งแรง ไม่มีใครพาไป และสถานพยาบาลอยู่ไกล และมีส่วนน้อยที่ต้องการให้ช่วยเหลือด้านเครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัย

5. สิ่งที่ยากย้อนกลับไปทำในอดีต พบว่า ผู้สูงอายุอยากเรียนให้จบการศึกษาระดับสูงๆ ทำงานที่ดีๆ อุดมประหยัด เพื่อที่จะได้มีเงินใช้จ่ายและมีเงินสะสมไว้ใช้ในตอนแก่ ลูกหลานจะได้ไม่ลำบาก จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการศึกษา โดยมองเห็นว่าถ้ามีการศึกษาที่ดีก็จะมีหน้าที่การงานที่ดี แต่เนื่องจากเมื่อก่อนการศึกษาของไทยยังไม่พัฒนา ประกอบกับประชาชนส่วนใหญ่อยากจน ต้องออกจากโรงเรียนเพื่อมาทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัว แต่ในปัจจุบันการศึกษาใน

ประเทศมีการพัฒนา ประชาชนทุกคนมีโอกาสที่จะได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึง ผู้สูงอายุจึงมักอยาก
ให้ลูกหลานได้เรียนจบการศึกษาระดับสูงๆเพื่อที่จะ ได้มีอนาคตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง
อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไป
เป็นแนวคิดในการพัฒนาสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพอสังเขปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี น่าจะเป็นผลมาจากการให้ความรู้ การอบรม การจัดกิจกรรมต่างๆที่
เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงมีการดำเนินชีวิตที่เรียบง่าย มีลูกหลานคอยดูแล
เอาใจใส่ มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ดังนั้นควรจะสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมต่างๆเกี่ยวกับ
สุขภาพของผู้สูงอายุโดยเข้าถึงผู้สูงอายุให้มากที่สุด จัดให้มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้
ผู้สูงอายุได้เล็งเห็นถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง ว่าจะประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและคน
ในครอบครัวอย่างไร มีการส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เพื่อที่วิธีการต่างๆเหล่านี้
จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่สูงขึ้น และโดยเฉพาะในส่วนของ การออก
กำลังกายของผู้สูงอายุซึ่งมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง จึงควรเน้นด้านการออกกำลังกายใน
ผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น เพราะการออกกำลังกายเป็นวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่ผู้สูงอายุสามารถ
ปฏิบัติได้หากได้รับการส่งเสริม ซึ่งในแต่ละหมู่บ้านก็มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับ
ผู้สูงอายุ แต่ก็มีผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวนี้ น้อยมาก นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้คนใน
ครอบครัวได้ออกกำลังกายร่วมกับผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพราะว่าการที่คนในครอบครัวได้ร่วมทำ
กิจกรรมหรือออกกำลังกายร่วมกันนอกจากจะเป็นการสร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวแล้วยังเป็น
การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความตั้งใจที่จะออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น

2. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับปานกลาง
โดยเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมฟังประชุม/อบรม ที่จัดขึ้นภายใน
ท้องถิ่น ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวมีความสำคัญมาก เพราะการส่งเสริมประชาสัมพันธ์ต่างๆ
เกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองต้องอาศัยการจัดกิจกรรมโดยผ่านชมรมผู้สูงอายุ
หรือการจัดประชุม/อบรมในท้องถิ่น ถ้าหากว่าผู้สูงอายุไม่สนใจหรือเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว น้อย

การดำเนินการต่างๆก็จะไม่ได้ผลหรือมีประสิทธิภาพต่ำ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหาวิธีการที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมให้มากขึ้น

3. ควรส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพของบุคคลตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากว่าปัจจุบันโรคต่างๆเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต แต่หากบุคคลมีการปรับพฤติกรรมต่างๆหรือให้ความสำคัญกับการบริโภค การดำเนินชีวิตให้ดีขึ้น จะส่งผลให้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะทำให้มีสภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง

สรุปแนวทางแก้ไขปัญหาและข้อเสนอแนะจากข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

1. บุคคลหรือหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งเสริมสถาบันครอบครัว โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ไม่ปล่อยให้ท่านต้องอยู่เพียงลำพัง เมื่อไปทำงานหรืออาศัยอยู่ที่อื่นก็ควรกลับมาเยี่ยมบ้างตามโอกาส หรือติดต่อพูดคุยกันทางโทรศัพท์เพื่อที่ผู้สูงอายุจะได้ไม่รู้สึกเหงา ว้าเหว เป็นการสร้างความอบอุ่นใจให้แก่ผู้สูงอายุ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่บั้นปลายอย่างมีความสุข

2. มีการสร้างงานสร้างอาชีพแก่ประชาชนในท้องถิ่นเพิ่มขึ้นเพื่อที่ลูกหลานจะได้ทำงานภายในท้องถิ่นของตน ไม่ต้องอพยพไปทำงานที่อื่น เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้คนในครอบครัวได้อาศัยอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากัน

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมสนับสนุนในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเข้าถึงเป้าหมายให้ได้มากที่สุด เช่นการจัดอบรมวิชาการด้านสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมแก่เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขในท้องถิ่น โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าการพึ่งแพทย์ หรือพยาบาลในการดูแลรักษา เพื่อที่จะได้นำความรู้ไปส่งเสริมหรือถ่ายทอดแก่ผู้สูงอายุให้มีความรู้ความเข้าใจและวิธีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ลดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุลงได้

4. ให้ความสนใจในปัญหาเรื่องราวได้ของผู้สูงอายุที่ยากจน โดยการสร้างงานสร้างอาชีพให้ผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้

5. ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุหรือบุคคลวัยอื่น ๆ ที่มีความพร้อมทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ไม่มีภาระในครอบครัว และมีความเต็มใจในการช่วยสังคม ร่วมเป็นอาสาสมัครเพื่อให้การช่วยเหลือ พุดคุย พบปะ แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้จะได้มีกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อไป

6. มีการจัดบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในการเข้ารับบริการตรวจรักษาต่างๆ เนื่องจากว่าผู้สูงอายุบางส่วนไม่สะดวกที่จะเดินทางรับบริการตามสถานพยาบาลต่าง

ข้อเสนอสำหรับผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง

1. ให้การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย มีการรักษาความสมบูรณ์ของร่างกาย อยู่เสมอ โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสม อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีอากาศถ่ายเทอยู่เสมอ ส่งเสริมทางด้านสุขภาพจิต มีการออกกำลังกายตามความสามารถ พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงอบายมุขและสารเสพติด พบปะพูดคุยกับญาติมิตรเพื่อนฝูงตามโอกาส

2. ทำจิตใจให้ร่าเริง หากว่างก็อาจหางานอดิเรกทำเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน

3. สนใจในสิ่งแวดล้อมภายนอก หาความรู้เพิ่มเติม โดยการดูโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์

4. ทำตัวให้เป็นประโยชน์เพื่อสร้างความภูมิใจ อย่าคิดว่าตนเองเป็นคนที่ไม่มีประโยชน์

5. ปฏิบัติศาสนากิจ อย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นการทำจิตใจให้สงบ

ข้อจำกัดในงานวิจัย

การเข้าไปทำการเก็บข้อมูล โดยแบบสอบถามและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุนั้น เป็นการเลือกตัวอย่างโดยสุ่มไปตามเส้นทางคมนาคม โดยมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขพาไป ไม่ได้มีการเลือกตัวอย่างไว้ก่อน ทำให้การวิจัยในครั้งนี้อาจได้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความหลากหลาย นอกจากนี้คำถามในแบบสอบถามยังมีจำนวนมาก อาจทำให้ผู้สูงอายุบางคนเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย บางครั้งการตอบคำถามจึงตอบโดยไม่ได้มีการคิดตรึกตรองหรือเข้าใจในคำถามทุกข้อ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทเท่านั้น หากต้องการข้อมูลที่ครอบคลุมควรจะทำการศึกษาวิจัยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบข้อแตกต่างระหว่างการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทกับในเมือง
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพ เป็นต้น
3. ควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อจะให้ได้ข้อมูลเชิงลึก โดยเน้นประเด็นการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนว่าหากมีปัญหาด้านสุขภาพจะมีวิธีการหรือลักษณะการปฏิบัติตนอย่างไร

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กัลยา วานิชย์บัญชา. 2539. **หลักสถิติ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2529. **การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ**.

กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.

เชาวลักษ์ณ์ ฤทธิสรไกร. 2550. **สังคมศาสตร์สาธารณสุข**. คณะวิทยาการสุขภาพและ
การกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ.

ดวงจิตต์ นະนัควัฒน์. 2550. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
กรณีศึกษา ตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. 2530. “การดูแลสุขภาพตนเอง: งานวิจัยที่ทำหายการศึกษาสาธารณสุขมูลฐาน
ในประเทศกำลังพัฒนา.” **การดูแลสุขภาพตนเอง ทิศทางสังคมวัฒนธรรม**.

กรุงเทพมหานคร: แสงแดด, 328-330.

ทัศนีย์ ทองสว่าง. 2549. **สังคมวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

นพวรรณ จงวัฒนา, เกื้อ วงศ์บุญสิน และ รุ่งรัตน์ โกวรรณนะกุล. 2551. **แบบแผนการ**

เจ็บป่วยและนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุใน

ประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ. 2532. **สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยและผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม**

และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรลุ ศิริพานิช. 2542. **ผู้สูงอายุไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
ไทย.

บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ. 2542. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: จามจุรี
โปรดักท์.

บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์. 2547. รายงานการวิจัยเรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
กรณีศึกษาเขตเทศบาลเมืองราชบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี
สถาบันพระบรมราชชนก.

บุญเรียง ขจรศิลป์. 2543. การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลในการวิจัยโดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

บุษยมาส สิ้นรูปประมา. 2539. สังคมวิทยาความสูงอายุ. เชียงใหม่: สมพรการพิมพ์.

เบญจวรรณ กำธรวัชระ. 2537. สังคมวิทยาสุขภาพ. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยะพรรณ ลิมละมัย. 2550. ศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองในชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาล เจ้าพระยายมราช. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ผ่องพรรณ ดรัชมงคลกุล. 2549. การออกแบบการวิจัย. กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พนิดา คุณธรรม. 2538. ทักษะชีวิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
จังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

พร้อมจิตร ห่อนบุญheim. 2540. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม: แนวคิดและการประยุกต์ใน
การพยาบาลสูติศาสตร์. โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ไพโรชล ต้นอุด. 2549. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนหัวฝ้าย. วิทยานิพนธ์
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาจากระบบ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและการพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2551. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย
ปี 2550. กรุงเทพมหานคร.

มัลลิกา มัติโก. 2530. “ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพตนเอง.” การดูแลสุขภาพตนเอง: ทัศนะทาง
สังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: แสงแดด, 4-14.

วรรณิ แกมเกตุ. 2551. วิธีวิทยาการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. 2549. การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีเรือน แก้วก้งวาน. 2540. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 7.
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2533. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.
กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2526. พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง. เอกสารประกอบการสอนชุด
วิชาสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสุขศึกษาหน่วยที่ 3 มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช. นนทบุรี.

สมนึก กุลสถิตพร. 2549. ภายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
ออฟเซ็ท เพรส.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. 2552. สังคมวิทยาสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุภามิตร นามวิชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรม ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

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

สุรพันธ์ เพชรภา. 2552. เอกสารประกอบการสอนวิชาการเปรียบเทียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. “วิสัยทัศน์ประเทศไทยสู่ปี 2570”. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2551 ของ สศช, 15 สิงหาคม 2551. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.

องอาจ นัยพัฒน์. 2551. วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สามลดา.

อรชร ไททวี. 2548. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบางแพะ จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Ebersole, P., P. Hess, and A.S. Luggen. 2004. **Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response**. 6th ed. St. Louis: Mosby.

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

Pender,N.J., C.L. Murdaugh, and M.A. Parsons. 2006. **Health Promotion in Nursing Practice**. 5th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.







ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน นำข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด
และโปรดเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุอยู่ในช่วงใด

60-69 ปี

70-79 ปี

80 ปีขึ้นไป

3. ประวัติการศึกษา

ไม่ได้เรียน

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

ปริญญาตรีและสูงกว่า

อื่น ๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

โสด

สมรสแล้วอยู่กับคู่สมรส

ม่าย/หย่า/แยกร้าง

5. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อยู่คนเดียว

อยู่กับคู่สมรส

อยู่กับบุตรอายุ.....ปี

อยู่กับหลาน อายุ.....ปี

อยู่กับญาติพี่น้อง

อื่นๆระบุ.....

6. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไรเป็นอาชีพหลัก (อาชีพที่ใช้ระยะเวลาในการทำมากที่สุดในรอบปี)

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ ด้านการเกษตร
- ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว รับจ้างทั่วไป

7. ท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน (รวมจำนวนเงินทั้งหมดที่ท่านได้รับ)

8. รายได้ของท่านได้มาจากแหล่งใด (จำนวนเงินสูงสุดที่ได้รับในแต่ละเดือน)

- คนในครอบครัว การประกอบอาชีพ
- เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินบำนาญ
- อื่นๆ ระบุ.....

9. ท่านคิดว่าท่านมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย/สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ไม่เดือดร้อน

- ขาดแคลน รายได้เพียงพอกับรายจ่าย
- มีรายได้มากพอและเหลือเก็บ

10. โรคประจำตัว

- ไม่มี
- มี ระบุ.....เป็นมานาน.....ปี

ตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยทางสังคม

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความของแต่ละข้อให้ตรงกับตัวท่าน

2.1 ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ข้อ	ข้อความ	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยที่สุด
1	ท่านยินดี/สนใจเข้าร่วมกิจกรรมของ ชมรมผู้สูงอายุ				
2	ท่านเข้าร่วมกิจกรรมงานทำบุญตาม เทศกาลประเพณีของท้องถิ่น				
3	ท่านไปร่วมงานศพ งานแต่งงาน งานขึ้น บ้านใหม่ ภายในท้องถิ่น				
4	ท่านเข้าร่วมฟังประชุม อบรม ที่จัดขึ้น ภายในท้องถิ่น				

2.2 ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย
1	คนในครอบครัวเอาใจใส่ดูแลท่าน				
2	คนในครอบครัวพูดคุยกับท่านเป็นอย่างดี				
3	คนในครอบครัวให้ความเคารพท่าน				
4	ท่านมีความผูกพันกับคนในครอบครัว				
5	คนในครอบครัวปล่อยให้ท่านให้อยู่บ้าน เพียงลำพัง				

ตอนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางภาวะสุขภาพ

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความของแต่ละข้อให้ตรงกับตัวท่าน

3.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ทุกคนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง				
2	การดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องที่อยู่ยาก				
3	การดูแลสุขภาพตนเองจะทำให้ท่านมีร่างกายแข็งแรง				
4	การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการลดภาระของคนในครอบครัว				
5	การดูแลตนเองเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล				
6	การดูแลตนเองเป็นการป้องกันการเกิดโรค				

3.2 การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านสามารถเดินทางไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยได้สะดวก				
2	ท่านต้องใช้เวลาในการเดินทางไป-กลับ สถานพยาบาล				
3	ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย				
4	ท่านพูดคุยติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลได้เป็นอย่างดี				
5	สถานบริการพยาบาลมีความเพียงพอต่อความต้องการของท่าน				

3.3 การประเมินสุขภาพตนเอง

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1	สุขภาพของท่านเป็นอุปสรรคต่อการ ใช้ชีวิตประจำวัน				
2	ท่านมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง (เพราะ.....)				
3	ท่านมีสุขภาพด้านจิตใจดี (เพราะ.....)				

3.4 การตรวจสุขภาพ

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
1	ท่านให้ความสำคัญต่อการตรวจ สุขภาพ				
2	ท่านมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ สม่ำเสมอ				
3	ท่านมีความพร้อมในการเดินทางไป ตรวจสุขภาพ เช่น มีญาติพาไป หรือมี พาหนะในการเดินทางสะดวก				
4	การตรวจสุขภาพเป็นการสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่าย				
5	การตรวจสุขภาพเป็นเรื่องที่ยู่่งยาก (เพราะ.....)				

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความของแต่ละข้อให้ตรงกับตัวท่าน โดย

- ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตนในเรื่องนั้นเป็นประจำทุกวัน
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตนในเรื่องนั้นประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตนในเรื่องนั้น 1-3 วันต่อสัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตนในเรื่องนั้นๆเลย

ข้อ ที่	พฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	ด้านการรับประทานอาหาร				
1	ท่านรับประทานอาหารที่อ่อน ย่อยง่าย				
2	ท่านรับประทานอาหารจำพวกมีน้ำตาลสูง/ ของหวาน				
3	ท่านรับประทานอาหารจำพวกผัด/ทอด				
4	ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง				
5	ท่านรับประทานผัก				
6	ท่านรับประทานผลไม้				
7	ท่านดื่มนม				
8	ท่านดื่มน้ำผลไม้				
9	ท่านเครื่องดื่มธัญพืช/ไมโล/โอวัลติน				
10	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์				
11	ท่านรับประทานอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักดอง หอยดอง หน่อไม้ดอง หรือแช่อิ่ม				
12	ท่านรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ				
13	ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังการ รับประทานอาหาร				
14	ท่านรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด				
15	ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม				
16	ท่านรับประทานข้าวกลิ้ง ข้าวซ้อมมือ				
17	ท่านรับประทานอาหารค้างคืน				
18	ท่านซื้อข้าวปรุงสำเร็จจากตลาดมา รับประทาน				
19	ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6- 8 แก้ว				
20	ท่านดื่มน้ำอัดลม				

ข้อที่	พฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
	ด้านการออกกำลังกาย				
21	ท่านอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย				
22	ท่านออกกำลังกายตอนเช้าหรือตอนเย็นในที่โล่งแจ้ง				
23	ท่านออกกำลังกายโดยการเดินอย่างน้อยวันละ 15 นาที				
24	ท่านออกกำลังกายก่อน/หลังรับประทานอาหารไม่ต่ำกว่า 1 ชั่วโมง				
25	ท่านออกกำลังกายกับคนในครอบครัว				
26	ท่านออกกำลังกายตามคำแนะนำของแพทย์				
27	ท่านรำมวยจีน / รำไม้กระบอง อื่นๆ ระบุ()				
28	ท่านบริหารกล้ามเนื้อด้วยการแกว่งแขน แกว่งขา เกร็งข้อมือ เกร็งข้อเท้า				
29	ท่านทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ปลูกต้นไม้ ทำงานบ้าน ทำสวน รดน้ำต้นไม้ อื่นๆ ระบุ()				
30	ท่านติดตามข้อมูลการออกกำลังกาย				
	ด้านการนอนหลับพักผ่อนหย่อนใจ				
31	ท่านนอนหลับวันละ 6 – 8 ชั่วโมง				
32	ท่านสวมหมอนัด ทำสมาธิก่อนเข้านอน				
33	ท่านงีบหลับในตอนกลางวัน				
34	ท่านครุ่นคิดเรื่องต่างๆ ก่อนเข้านอน				
35	ท่านไปทัศนศึกษากับชมรมผู้สูงอายุ				
36	ท่านไปเที่ยวพักผ่อนกับครอบครัว				
37	ท่านไปช้อปปิ้งหรือเดินชมสินค้า				
38	ท่านดูโทรทัศน์				

ข้อที่	พฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
39	ท่านไปเที่ยวสถานเริงรมย์				
40	ท่านการทำงานอดิเรกในยามว่าง				
41	ท่านเข้านอนหลังเที่ยงคืน				
42	ท่านฟังวิทยุ				
43	ท่านนอนหลับสนิทในตอนกลางคืน				
44	ท่านทำสมาธิก่อนเข้านอน				
45	ท่านชมละคร/ภาพยนตร์/ดนตรี				
46	ท่านไปเที่ยวต่างจังหวัด				
	ด้านการละเว้นสิ่งที่ไม่ดีต่อร่างกาย				
47	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เช่น สุรา				
48	ท่านสูบบุหรี่				
49	ท่านดื่มกาแฟ				
50	ท่านเคี้ยวหมาก				
51	ท่านซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง เช่น ยาทัมใจ ยาปวดหาย				
52	ท่านนวดยานัตถุ์				
53	ท่านเสพสารเสพติด				
54	ท่านรับประทานยานอนหลับ				
55	ท่านรับประทานยาลูกกลอน				
56	ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง				
	ด้านการรักษาสุขภาพจิต				
57	ท่านภาคภูมิใจกับช่วงชีวิตที่ผ่านมา				
58	ท่านหงุดหงิดง่าย				
59	ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นภาระแก่คนในครอบครัว				
60	ท่านชอบเล่าประสบการณ์ชีวิตให้ลูกหลานหรือบุคคลอื่นฟัง				

ข้อที่	พฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
61	ท่านพบปะสังสรรค์กับเพื่อนๆ				
62	ท่านทำบุญช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อน				
63	ท่านทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัว				
64	ท่านทะเลาะเบาะแว้งกับคนในหมู่บ้าน				
65	ท่านพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว				
66	ท่านหมกมุ่น หรือหงุดหงิดกับปัญหา หรือความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น				
67	ท่านพูดคุยและปรับทุกข์สุขกับเพื่อนในวัยเดียวกัน				
68	ท่านเล่นการพนัน				
69	ท่านปฏิบัติศาสนกิจ เช่น ทำบุญ ฟังเทศน์				
70	ท่านพูดคุยกับเพื่อนบ้าน				
71	ท่านไปวัด สวดมนต์ ทำสมาธิ				

ตอนที่ 5 ข้อคิดเห็นหรือความรู้สึกเพิ่มเติม

1. ความสุขในปัจจุบันที่มี คือ

.....

.....

.....

2. ความทุกข์ในปัจจุบันที่มี คือ

.....

.....

.....

3. ท่านอยากให้คนในครอบครัวดูแลและปฏิบัติต่อท่านอย่างไร

.....
.....
.....

4. ท่านอยากให้องค์กรภาครัฐให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างไร

.....
.....
.....

5. เมื่อมองย้อนกลับไปในอดีตถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ท่านคิดว่าท่านจะใช้ชีวิตที่ผ่านมาอย่างไร

.....
.....
.....



ภาคผนวก ข
ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดสอบ ก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย ในพื้นที่ตำบลทรายขาว อำเภอบางขันจังหวัดยะลาและนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการวิเคราะห์เป็นรายข้อ เพื่อพิจารณาว่าจะสามารถยอมรับข้อความแต่ละข้อได้หรือไม่โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป จากการทดสอบแบบสอบถามได้ผลการวิเคราะห์ ปรากฏผลดังตารางต่อไปนี้

ตารางผนวกที่ 1 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

คำถามที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	10.8000	1.8897	.8104	.4398
2	10.4667	4.1195	.1336	.8044
3	11.0333	2.8609	.3675	.7509
4	10.8000	1.8897	.8104	.4398

n=30 Alpha = .7532

ตารางผนวกที่ 2 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา สัมพันธภาพในครอบครัว

คำถามที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	13.4667	8.6023	.8419	.9182
2	13.3000	8.4931	.8285	.9210
3	13.4000	8.1103	.9467	.8976
4	13.4000	8.1793	.9284	.9013
5	13.3667	10.1023	.6036	.9576

n=30 Alpha = .9574

ตารางผนวกที่ 3 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

คำถามที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	13.4000	11.9724	.2269	.8199
2	14.9333	13.0989	.1520	.8178
3	14.5667	12.7368	.2412	.8034
4	13.5000	8.4655	.8185	.6656
5	13.7000	7.1138	.9061	.6249
6	13.5667	8.6678	.8874	.6534

n=30 Alpha = .7821

ตารางผนวกที่ 4 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

คำถามที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	12.9000	3.4034	.7126	.6196
2	12.9000	3.4034	.7126	.6196
3	12.0333	4.9989	.2300	.7861
4	11.9333	4.8920	.2459	.7845
5	12.7667	3.3575	.6806	.6317

n=30 Alpha = .7551

ตารางผนวกที่ 5 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา การประเมินสุขภาพตนเอง

คำถามที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	6.5667	.9437	.8319	.6724
2	6.8667	1.1540	.6095	.8845
3	6.5000	1.0172	.7181	.7864

n=30 Alpha = .8481

ตารางผนวกที่ 6 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา การตรวจสอบคุณภาพ

คำถามที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	7.9333	7.7195	.9214	.7413
2	7.9333	7.7195	.9214	.7413
3	8.1000	12.3690	0.927	.9137
4	7.9667	7.8954	.5280	.8770
5	7.9333	7.7195	.9214	.7413

n=30 Alpha = .8464

ตารางผนวกที่ 7 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองด้านสุขภาพ

คำถามที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	244.3667	610.3782	.4172	.8924
2	243.3333	620.5057	.0796	.8951
3	244.7333	604.9609	.2222	.8931
4	243.5000	606.3276	.2097	.8932
5	242.4667	614.3954	.2435	.8932
6	242.4667	614.3954	.2435	.8932
7	243.9667	562.6540	.7367	.8860
8	246.1333	615.4989	.0967	.8937
9	243.9667	562.6540	.7367	.8860
10	243.3667	618.1713	.0000	.8938
11	243.4333	596.6678	.3730	.8915
12	243.5000	568.8103	.6263	.8877
13	245.7333	616.4782	.0105	.8953
14	243.1667	598.0057	.3540	.8917
15	243.0667	606.6161	.2087	.8932

ตารางผนวกที่ 7 (ต่อ)

คำถามที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
16	246.0333	601.8954	.4519	.8913
17	245.1333	604.7402	.3007	.8923
18	243.8000	572.1655	.6947	.8872
19	245.0667	562.6540	.7367	.8860
20	243.8000	572.6483	.7175	.8871
21	245.0667	576.3402	.4691	.8902
22	244.3667	561.0678	.5778	.8883
23	244.0000	557.4483	.6425	.8871
24	245.0667	567.0989	.5502	.8888
25	246.0667	609.7885	.1859	.8933
26	245.5333	575.9126	.5514	.8889
27	245.2333	572.3230	.5024	.8897
28	243.5000	568.8103	.6263	.8877
29	243.9667	578.4471	.4722	.8901
30	246.2333	618.6678	.0358	.8941
31	242.9333	613.4437	.0558	.8952
32	243.3333	588.1609	.4045	.8911
33	244.2667	617.0299	.0132	.8970
34	243.8000	588.0966	.4819	.8902
35	246.2333	613.0126	.2943	.8929
36	246.2000	608.5793	.5052	.8921
37	246.3000	613.8724	.3368	.8930
38	243.7333	611.5816	.1317	.8938
39	242.3667	618.1713	.0000	.8938
40	243.5667	607.0816	.1975	.8933

ตารางผนวกที่ 7 (ต่อ)

คำถามที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
41	242.3667	618.1713	.0000	.8938
42	244.2667	597.9264	.2419	.8936
43	243.5667	607.0816	.1975	.8933
44	244.2667	597.9264	.2419	.8936
45	243.7333	611.5816	.1317	.8938
46	246.2000	608.5793	.5052	.8921
47	242.7667	584.0471	.5532	.8893
48	242.9667	605.2747	.1703	.8941
49	242.5000	607.5690	.2797	.8925
50	242.3667	618.1713	.0000	.8938
51	242.5000	612.1897	.2696	.8929
52	242.3667	618.1713	.0000	.8938
53	242.3667	618.1713	.0000	.8938
54	242.3667	618.1713	.0000	.8938
55	242.3667	618.1713	.0000	.8938
56	242.7667	584.0471	.5532	.8893
57	244.8333	621.3851	.1029	.8953
58	243.3333	613.4023	.1619	.8953
59	242.5667	604.3230	.5001	.8915
60	244.8333	621.3851	.1029	.8953
61	245.8333	614.3506	.1099	.8937
62	244.7667	602.4609	.3569	.8918
63	242.5667	604.3230	.5001	.8915
64	242.3667	618.1713	.0000	.8938
65	242.3667	618.1713	.0000	.8938
66	243.5333	605.4299	.3866	.8919

คำถามที่	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
67	244.5333	621.2920	.0891	.8956
68	243.3333	613.4023	.1619	.8933
69	244.1333	620.3954	.1124	.8945
70	242.3667	618.1713	.0000	.8938
71	242.8667	609.9126	.2528	.8928

n=30 Alpha = .8936



ภาคผนวก ค
ข้อมูลทั่วไปของ ตำบลเจริญเมือง

ข้อมูลทั่วไปของ ตำบลเจริญเมือง

ประวัติความเป็นมา

ตำบลเจริญเมือง แต่เดิมเป็นหมู่บ้านในตำบลแม่ควาโดน เมื่อจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้น หมู่บ้านเจริญเมืองจึงได้แยกออกจากตำบลแม่ควาโดนเมื่อปี พ.ศ. 2509 ขณะแยกตำบล เจริญเมืองมีหมู่บ้านอยู่ในขณะนั้น 10 หมู่บ้าน และประชากรส่วนใหญ่ จะประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก และในปัจจุบันตำบลเจริญเมือง เป็นตำบลหนึ่งใน 15 ตำบลของอำเภอพาน ที่มีประชากรหนาแน่น และมีการแบ่งการปกครองภายใน ตำบลถึง 22 หมู่บ้าน

สภาพทั่วไปของตำบล

ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสลับกับเนินเขาเล็ก ๆ มีเทือกเขาเป็นแนวเขตทางทิศเหนือ และทิศตะวันออก มีลำน้ำแม่ลาวเป็นแนวทางทิศใต้และทิศตะวันตก มีพื้นที่ 51 ตร.กม. อยู่ห่างจาก ที่ว่าการอำเภอประมาณ 7 กม.

อาณาเขตตำบล

ทิศเหนือ ติดกับ ต.ทรายขาว อ.พาน จ.เชียงราย

ทิศใต้ ติดกับ ต.สันติสุข อ.พาน จ.เชียงราย

ทิศตะวันออก ติดกับ ต.แม่ฮ้อ อ.พาน จ.เชียงราย

ทิศตะวันตก ติดกับ ต.สันกลาง อ.พาน จ.เชียงราย

จำนวนประชากรของตำบล

จำนวนประชากรในเขต อบต. 9,317 คน

ข้อมูลอาชีพของตำบล

1. จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุผู้พิการ ระดับหมู่บ้านและตำบล
2. ประชุมแลกเปลี่ยนความรู้ และอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพทุกเดือนๆละ 70-90 คน โดยหมุนเวียนเข้าทำกิจกรรมตามหมู่บ้านต่างๆ
3. ส่งเสริมการออกกำลังกายทุกหมู่บ้าน
4. ดูแลเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุ
5. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุจากสถานีนามัยตำบลเจริญเมือง

ปัญหาที่พบ

1. การได้รับเบี้ยยังชีพยังไม่ครอบคลุม งบประมาณมีน้อย
2. ปัญหาทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง อยู่ลำพังคนเดียว
3. ปัญหาทางด้านสุขภาพ เป็นโรคปวดข้อกระดูก, โรคความดันโลหิต, โรคเบาหวาน เพิ่มมากขึ้น



ภาคผนวก ง
ภาพกิจกรรมของผู้สูงอายุใน ตำบลเจริญเมือง

ภาพกิจกรรมของผู้สูงอายุใน ตำบลเจริญเมือง



ภาพผนวกที่ 1 กิจกรรมการออกกำลังกายรำไม้กระบอง



ภาพผนวกที่ 2 กิจกรรมการร่วมมือการทำงานของผู้สูงอายุในวันสงกรานต์

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ – นามสกุล	นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล
วัน เดือน ปี ที่เกิด	วันที่ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงราย
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (พืชศาสตร์) มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาประยุกต์) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ประวัติการทำงาน	พนักงานฝ่ายธุรการ (2549-2551) บริษัท เพลย์ แอนด์ มิวสิค จำกัด