



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)

ปริญญา

พัฒนาสังคม

โครงการสหวิทยาการระดับบัณฑิตศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

Health Care Behavior of the Elderly Buddhist Monks at Bangkok Noi District, Bangkok
Metropolis

นามผู้วิจัย นายธรรมนุญ ครอบบุญเรือง

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์นาค พันธมนาวิน, Ph.D.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศิริวรรณ เกษมสานต์กิดาการ, Ph.D.)

ประธานสาขาวิชา

(รองศาสตราจารย์สิริกร กาญจนสุนทร, วท.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญจนา วีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

สืบสิงห์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

Health Care Behavior of the Elderly Buddhist Monks in Bangkok Noi District,
Bangkok Metropolis

โดย

นายธรรมบุญ ครอบบุญเรือง

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ธรรมเนียม ครองบุญเรื่อง 2553: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สาขาวิชาพัฒนาสังคม โครงการสหวิทยาการระดับบัณฑิตศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์นาง พันธมนาวิน, Ph.D. 204 หน้า

การศึกษครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สภาพทั่วไปทางสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาหาตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำนวน 161 คน สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีความรู้ในภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีการรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีระดับการรับรู้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก 3 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมักมีการรับรู้ในระดับปานกลาง สำหรับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพบว่าในภาพรวมพระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีระดับพฤติกรรมในระดับมาก 2 ด้าน คือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคมีระดับพฤติกรรมในระดับปานกลาง

ผลการทดสอบหาตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สภาพทั่วไปทางสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีตัวแปรอิสระทั้งหมด 19 ตัว พบว่า มีตัวแปรอิสระ 4 ตัว ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมได้ร้อยละ 44.00 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (30.00%) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (7.00%) อายุพรรษา (4.00%) การมีสมณศักดิ์ (3.00%) สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติพบว่ามีตัวแปรอิสระ 3 ตัว ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 37.00 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (27.00%) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (7.00%) รายได้ต่อเดือน (2.00%) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พบว่า มีตัวแปรอิสระเพียง 1 ตัว คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค พยากรณ์ได้ร้อยละ 16.00 สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค พบว่า มีตัวแปรอิสระ 3 ตัว ร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 21.00 คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (13.00%) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (4.00%) และอายุพรรษา (4.00%)

จากผลการศึกษาอาจกล่าวสรุปได้ว่า การที่พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีในทุกสถานการณ์ได้ พระสงฆ์สูงอายุจำเป็นต้องตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคต่างๆ และพยายามขจัดอุปสรรคในการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี รวมไปถึงการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อที่จะให้มีสุขภาพที่แข็งแรง เพื่อให้พระสงฆ์สูงอายุมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง สืบไป

Thammanoon Krongboonruang 2010: Health Care Behavior of the Elderly Buddhist Monks in Bangkok Noi District, Bangkok Metropolis. Master of Arts (Social Development), Major Field: Social Development, Interdisciplinary Graduate Program. Thesis Advisor: Associate Professor Nath Bhunthumnavin, Ph.D. 204 pages.

The objectives of research were 1) to study the basic factors in personal characteristics, health status, cognizance in elderly person health and elderly person health care, health belief model and health care behavior of elderly buddhist monks and 2) to investigate the independent variables which affected the elderly buddhist monks' health care behavior. The sample consisted of 161 elderly buddhist monks in Bangkok Noi District, Bangkok Metropolis . They were selected by accidental sampling. The data were collected by questionnaires and were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis with the level of statistical significance at .05.

The study result showed that the elderly buddhist monks had high level of cognizance in elderly person health and elderly person health care. They also had high level of perception totally in health belief model and considering each issue showed that high level of the health belief model 3 issues which were the perceived susceptibility, the perceived severity and the perceived benefits. And besides the perceived barriers to implementation was in the middle level. The health behaviors were at high level in totally and considering each issue showed that high level of the health behaviors had 2 issues which were the prevention health behavior and illness behavior. For the sick – role behavior was in the middle level.

The independent variables testing indicated of 19 independent variables and there were 4 of them shared the prediction of overall health care behavior of 44.00%. They were perceived susceptibility (30.00%), perceived barriers to implementation (7.00%) ordained years (4.00%) and the monks' title (3.00%). According to the prevention health care behavior, there were 3 independent variables shared the prediction of 37.00%. They were perceived susceptibility (27.00%), perceived barriers to implementation (7.00%) and total income (2.00%). As a result of self – care in illness behavior, there was 1 independent variable could the prediction of 16.00%. It was the perceived susceptibility (16.00%). In addition to the sick – role behavior, there were 3 independent variables shared the prediction of 21.00%. They were the perceived benefits (13.00%), perceived barriers to implementation (4.00%) and the ordained years (4.00%)

In conclusion, good health behavior as the elderly buddhist monks required the acknowledge in perceived susceptibility and they must eliminate any barrier in health behavior. Including supplementing in cognizance in elderly person health and elderly person health care to the any elderly buddhist monks for the purpose of elderly buddhist monks have the good health abiding.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

ตลอดระยะเวลาที่ผู้วิจัยได้เข้ามาศึกษาในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ผู้วิจัยได้รับความกรุณาจากคณาจารย์หลายท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในการวิจัยและเรียบเรียงโครงการวิทยานิพนธ์จนสำเร็จได้ ด้วยความกรุณาเป็นอย่างมากของรองศาสตราจารย์ ดร. นาคพันธุ์นาวัน ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ เกษมสานต์ กิตติการ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่เสมอมานอกเหนือจากนั้นยังให้ข้อคิดในการทำงานในหลายเรื่องๆ ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจกระบวนการทำงานที่เกิดประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการทำงานในอนาคตต่อไป และขอกราบขอบพระคุณ คุณปรีชา เกื้อแก้ว รุ่นพี่สาขาพัฒนาสังคมรุ่นที่ 41 ที่ได้กรุณาแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้การวิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณพระคุณเจ้า คณะสงฆ์ และเจ้าหน้าที่วัดในเขตบางกอกน้อย ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมถึงคำแนะนำต่างๆ ที่จะได้ใช้ประโยชน์ในงานวิจัย

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ที่ได้อบรมเลี้ยงดูและให้โอกาสทางการศึกษา และสนับสนุนตลอดมา รวมทั้งเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษ จนทำให้การวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ในที่สุด

ธรรมบุญ ครอบบุญเรือง
เมษายน 2553

สารบัญ

หน้า

สารบัญตาราง	(3)
สารบัญภาพ	(11)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ	4
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร	8
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง	8
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และสุขภาพของผู้สูงอายุ	20
แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพในศาสนาพุทธ	37
แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	48
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	51
ตัวแปรที่ศึกษา	57
สมมติฐานการวิจัย	58
กรอบแนวคิดการวิจัย	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
การวัดตัวแปร	62
การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล	70
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	70

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	71
ผลการวิจัย	71
ข้อวิจารณ์	144
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	154
สรุปผลการวิจัย	154
ข้อเสนอแนะ	161
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	166
ภาคผนวก	174
ภาคผนวก ก แบบสอบถามเพื่อการวิจัย	175
ภาคผนวก ข ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	192
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	210

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	รายชื่อวัด จำนวนประชากรทั้งหมด และขนาดตัวอย่างที่ศึกษา	61
2	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามอายุ	72
3	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามอายุพรรษา	73
4	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามสถานภาพสมรสก่อนบวช	73
5	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามอาชีพก่อนบวช	74
6	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามการดำรงสมณศักดิ์	75
7	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามระดับการศึกษาทางโลก	75
8	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรม	76
9	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรม	77

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน	78
11	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามแหล่งที่มาของรายได้	78
12	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามการมีโฉมอุปฐาก	79
13	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามอาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาตหรือทำบุญ	80
14	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุ จำแนกตามการมีโรคประจำตัวก่อนบวชและในปัจจุบัน	83
15	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามน้ำหนักตัว	85
16	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามส่วนสูง	85
17	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	86
18	จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	87

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
19	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตาม คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	88
20	จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุ	89
21	สรุปค่าคะแนนเฉลี่ยและระดับความรู้ในเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรายด้าน และภาพรวม ของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	90
22	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามคะแนน ภาพรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	91
23	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามคะแนน ภาพรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	93
24	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามการ รับรู้ความรุนแรงของโรค	95
25	จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามการรับรู้ความ รุนแรงของโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	96
26	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามการ รับรู้ความรุนแรงของโรค	98
27	จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	99

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
28	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	101
29	จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	102
30	สรุปค่าคะแนนเฉลี่ยและระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้านของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	104
31	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ	105
32	จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	106
33	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	108
34	จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	109
35	จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค	111
36	จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยด้านร่างกาย	112

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
37	สรุปค่าคะแนนเฉลี่ยและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นรายด้านของ พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	113
38	ตารางเมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ทั้งหมด	118
39	ค่าการทำนายตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	120
40	ค่าการทำนายสภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใน ภาวะ ปกติของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	120
41	ค่าการทำนายตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ ของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	121
42	ค่าการทำนายตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	123
43	ค่าการทำนายตัวแปรทั้งหมดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของ พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	124
44	ค่าการทำนายตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	125
45	ค่าการทำนายตัวแปรความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	126

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
46	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	127
47	ค่าการทำนายตัวแปรทั้งหมดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของ พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	128
48	ค่าการทำนายตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแล สุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	129
49	ค่าการทำนายตัวแปรสภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแล สุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	130
50	ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์ สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	131
51	ค่าการทำนายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	132
52	ค่าการทำนายตัวแปรทั้งหมดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็น โรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	133
53	ค่าการทำนายปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใน ภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	134
54	ค่าการทำนายสภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใน ภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	135

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
55	ค่าการทำนายความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	136
56	ค่าการทำนายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	138
57	ค่าการทำนายตัวแปรทั้งหมดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	139
58	จำนวนร้อยละของตัวแปรในแต่ละปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	140
59	ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย	141
ตารางผนวกที่		
1	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	193
2	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	195
3	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค	197
4	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค	198
5	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	199

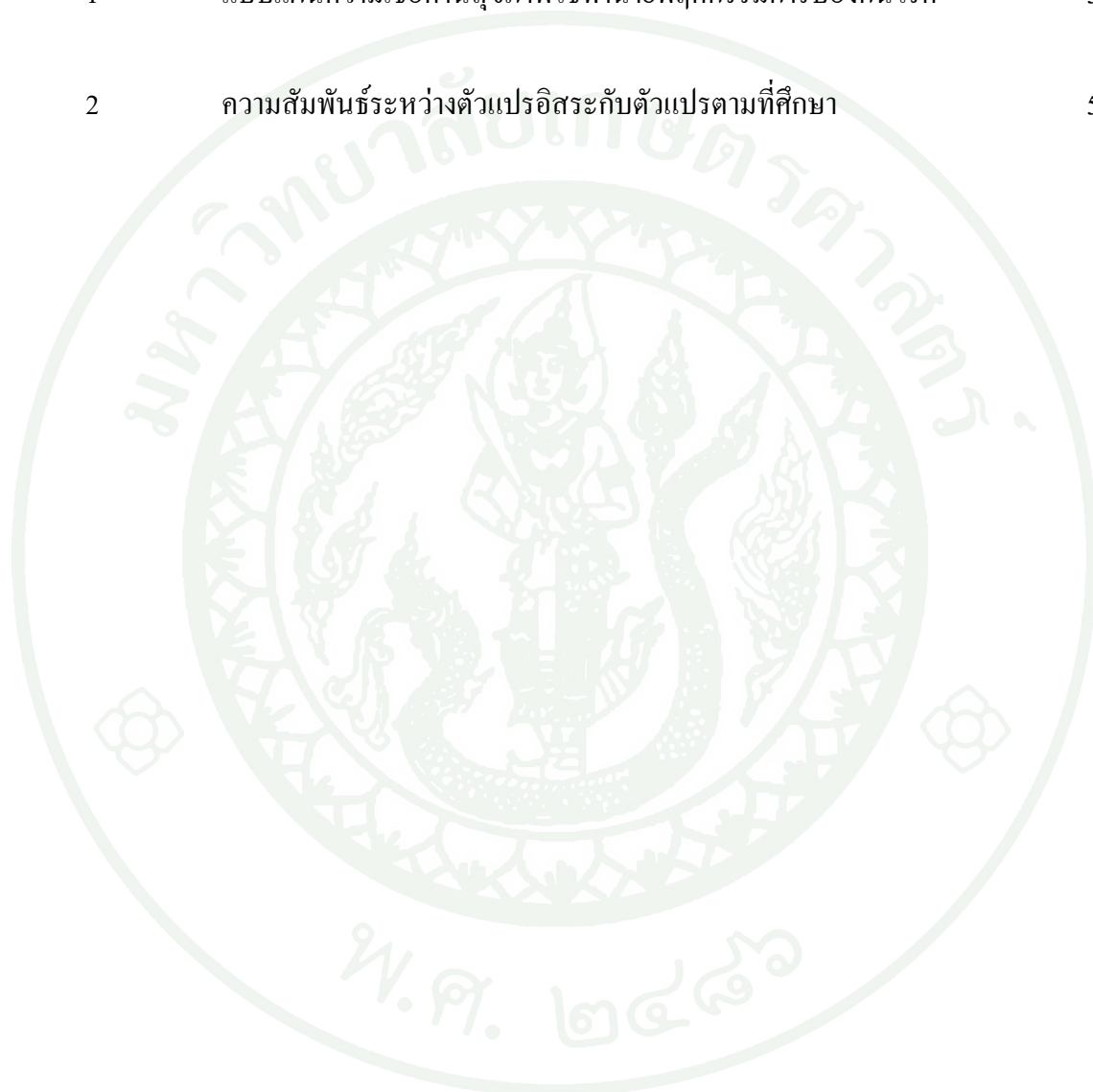
สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่

6	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรค	200
7	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ	201
8	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อ เจ็บป่วย	202
9	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ ว่าตนเองเป็นโรค	203

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	50
2	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่ศึกษา	59



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

จากสภาพการณ์ของสังคมไทยในปัจจุบัน ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านไปอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากวัฒนธรรมความเจริญทางวัตถุ ทำให้วิถีชีวิตของผู้นในสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยเฉพาะในสังคมเมืองไม่ว่าจะเป็นเรื่องของวิถีชีวิตที่ต้องเร่งรีบขึ้นกว่าเดิม ผู้นในสังคมต่างแข่งขันในหน้าที่การงานจนทำให้ละเลยในเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น เรื่องของอาหารการกิน ผู้นในปัจจุบันละเลยในเรื่องของอาหารการกินที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หันมาบริโภคอาหารสำเร็จรูปซึ่งคุณค่าต่อร่างกายน้อยลง โดยไม่ทราบหรือคำนึงถึงโทษภัยที่จะได้รับเนื่องจากต้องการความสะดวกและรวดเร็ว หรือเรื่องของการออกกำลังกาย ที่ผู้นในปัจจุบันก็ละเลยเช่นกัน ไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของการออกกำลังกาย ทั้งนี้อาจเกิดจากภาระการทำงานอย่างหนักหรือการไม่รู้จักแบ่งเวลาในการดูแลตัวเอง และยิ่งรวมไปถึงในเรื่องของสุขภาพจิตของผู้นในสังคมด้วย ซึ่งปัจจุบันนี้มีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ ส่งผลกระทบต่อผู้นในสังคมมากขึ้น ปัญหาจากสภาพการณ์ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บอันเป็นผลมาจากการพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพร่างกายหรือจิตใจ และสภาพเช่นนี้ออกจากมีผลกระทบต่อผู้นในสังคมของคนทั่วไปแล้วยังได้ส่งผลกระทบถึงกลุ่มบุคคลกลุ่มหนึ่งในสังคม กลุ่มนั้นคือพระสงฆ์ซึ่งถือเป็นสมาชิกหนึ่งของในสังคมไทย ทำให้สถาบันพระสงฆ์ต้องมีการปรับตัวให้เท่าทันต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนี้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องวัตรปฏิบัติของพระสงฆ์ ความประพฤติดังที่ควรควบคุมให้อยู่ในกรอบพระธรรมวินัยอันดีงาม แต่อย่างไรก็ตามสำหรับพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมดูแลสุขภาพนั้นยังเป็นสิ่งที่พระสงฆ์อาจจะยังมีการปรับตัวได้ไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหาร พระสงฆ์ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยตัวเอง ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องสำคัญจึงเป็นเหตุที่ส่งผลกระทบต่อเรื่องสุขภาพของพระสงฆ์ เห็นได้จากสถิติในปี 2550 – 2551 พบพระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคหัวใจจำนวน 3,134 รูป โรคกระเพาะในอวัยวะต่างๆ จำนวน 2,760 รูป โรคเบาหวานจำนวน 2,474 รูป ซึ่งถือเป็นโรคอันตรายอันเกิดมาจากการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และยังพบโรคต่างๆ อันเป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ความดันโลหิตสูง โรคไต โรคกระเพาะ โรคภูมิแพ้ เป็นต้น และปรากฏการณ์เหล่านี้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี เห็นได้จากสถิติโรคหัวใจที่พบในพระสงฆ์ในปี 2540 มีจำนวน 2,721 รูป ในปี 2545 มีจำนวน 2,954 รูป และ ใน

ปี 2550-2551 พบพระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคหัวใจจำนวน 3,134 รูป หรือสถิติของโรคเบาหวานที่พบในพระสงฆ์ในปี 2540 มีจำนวน 1,721 รูป ในปี 2545 มีจำนวน 1,954 รูป และ ในปี 2550-2551 พบพระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 2,474 รูป เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2551)

จากจำนวนพระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้นพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีอัตราการป่วยมากที่สุด เห็นได้จาก จำนวนพระสงฆ์ที่ป่วยและเข้ารับการรักษาเนื่องจากโรคหัวใจจำนวน 3,134 รูป ในจำนวนนี้มีพระสงฆ์สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีอยู่ถึง 2,717 รูป ในขณะที่พระสงฆ์ในวัยอื่นๆ มีเพียง 417 รูป เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2551) หากจะเปรียบเทียบพระสงฆ์สูงอายุก็น่าจะมีลักษณะคล้ายกับฆราวาสในวัยสูงอายุทั่วไปเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการดูแลตนเอง แต่เนื่องจากพระสงฆ์มีวัตรปฏิบัติที่แตกต่างไปจากการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องพฤติกรรม การกินอาหาร เพราะการกินอาหารของพระสงฆ์นั้น เป็นอาหารที่ได้มาจากการบิณฑบาต และการทำบุญของประชาชนทั่วไป ดังนั้นพระสงฆ์จึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารบางจำพวกที่เป็นโทษต่อร่างกายของพระสงฆ์เอง เช่น อาหารรสจัด อาหารที่มีไขมันสูง หรืออาหารที่ไม่มีประโยชน์อื่นๆ เป็นต้น ทั้งนี้เกิดจากการที่ประชาชนนำมาถวายโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ในส่วนของวัตรปฏิบัติประจำวันของพระสงฆ์นั้น ในเรื่องของ การออกกำลังกายเพื่อบริหารร่างกายให้มีสุขภาพแข็งแรงของพระสงฆ์ก็มีข้อจำกัดบางประการในเรื่องของพระธรรมวินัยที่อาจมีข้อบัญญัติต่างๆ ห้ามเอาไว้ เป็นต้น และพระสงฆ์สูงอายุบางรูปยังมีปัญหาในเรื่องสุขภาพจิตอีกด้วยอันเกิดจากการละเลยของลูกหลาน หรือญาติมิตรของตัวพระสงฆ์เอง จึงเกิดเป็นปัญหาในเรื่องพฤติกรรม การดูแลสุขภาพขึ้น ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องสุขภาพทางด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ และที่สำคัญปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุก็น่าจะไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควรจากสังคมทั่วไป ซึ่งต่างไปจากเรื่องของผู้สูงอายุทั่วไป ในสังคม ที่มีการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (โรงพยาบาลสงฆ์, 2551) แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่เกิดขึ้นดังที่กล่าวมาแล้วนั้น เป็นสิ่งที่สามารถทำการดูแลและทำการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ หากมีการศึกษาและทราบข้อมูล เพื่อจะได้วางแผนทางในการป้องกันและปฏิบัติตนให้ถูกต้อง ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ โดยเฉพาะพระสงฆ์สูงอายุได้

จากสภาพปัญหาดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุที่อยู่ในเขตเมือง ทั้งนี้เนื่องจากในเขตเมืองมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และวัตรปฏิบัติของพระสงฆ์ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จากการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร พบว่าในเขตบางกอกน้อยมีพระสงฆ์สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปอยู่มากที่สุดในกรุงเทพมหานคร โดยในเขตบางกอกน้อยมีจำนวนพระสงฆ์ทั้งสิ้น 1,087 รูป ซึ่งในจำนวนนี้เป็นพระสงฆ์สูงอายุซึ่งมีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไปถึง 202 รูป (สำนักงานเจ้าคณะ

จังหวัดกรุงเทพมหานคร, 2551) และยังพบด้วยว่าพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยได้ได้รับการรักษาตัวด้วยโรคอันเกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน หรือ โรคมะเร็ง เป็นต้น อยู่เป็นอันดับสองของทุกเขตในกรุงเทพมหานคร โดยมีจำนวนทั้งหมดคือ 37 รูป (โรงพยาบาลสงฆ์, 2551) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย การศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ และจะทำให้เกิดเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาในเรื่องสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย และปรับใช้กับพระสงฆ์สูงอายุทั่วไป เพื่อให้พระสงฆ์สูงอายุสามารถมีคุณภาพชีวิตทางร่างกายที่ยืนยาวเป็นบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ และเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาพระพุทธศาสนาในสังคมไทยสืบไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของ ผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อในเรื่องสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย
3. เพื่อศึกษาตัวแปรอิสระใดที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำมาใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นแนวทางแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพของพระสงฆ์ที่เหมาะสม
2. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นแนวทางสำหรับประชาชนทั่วไปในการปฏิบัติตนกับพระสงฆ์สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจในการศึกษาค้นคว้าในครั้งต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาพระสงฆ์สูงอายุที่จำพรรษาอยู่ที่วัดในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลพบว่ามีจำนวนพระสงฆ์สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไปจำพรรษาอยู่จำนวน 20 วัด และมีพระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี จำนวนทั้งหมด 202 รูป (สำนักงานเจ้าคณะจังหวัดกรุงเทพมหานคร, 2551)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของคำศัพท์และตัวแปรที่ศึกษา ไว้ดังนี้

พระสงฆ์สูงอายุ หมายถึง พระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่จำพรรษาอยู่ในวัดเขตบางกอกน้อยที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษานี้

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของพระสงฆ์สูงอายุ ในที่นี้ศึกษา อายุ อายุพรรษา สมณศักดิ์ ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม รายได้ต่อเดือน ภูมิฐานะ สถานภาพสมรสก่อนบวช อาชีพก่อนบวช การมีบุคคลที่เป็นโยมอุปฐาก อาหารที่ได้รับจากการทำบุญ

อายุพรรษา หมายถึง จำนวนปีตั้งแต่อุปสมบทเป็นพระสงฆ์จนถึงปีปัจจุบันของพระสงฆ์สูงอายุ

สมณศักดิ์ หมายถึง ตำแหน่งตามที่ได้รับประกาศในสุพรรณบัฏซึ่งประกาศโดยมหาเถรสมาคมที่พระสงฆ์สูงอายุได้รับ

ระดับการศึกษาทางโลก หมายถึง การศึกษาสูงสุดในทางสามัญก่อนที่จะบวชเป็นพระสงฆ์ของพระสงฆ์สูงอายุ

ระดับการศึกษาทางธรรม หมายถึง การศึกษาสูงสุดในทางธรรมที่พระสงฆ์สูงอายุได้รับ

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่พระสงฆ์สูงอายุได้รับในแต่ละเดือนไม่ว่าจากทางใด โดยยังไม่ได้หักค่าใช้จ่าย

ภูมิลำเนา หมายถึง จังหวัดที่เกิดของพระสงฆ์สูงอายุก่อนจะมาอยู่จำพรรษาที่วัดในเขตบางกอกน้อย

สถานภาพสมรสก่อนบวช หมายถึง สถานภาพการครองคู่ชีวิตก่อนบวชเป็นพระสงฆ์ของพระสงฆ์สูงอายุ แบ่งเป็น โสด สมรสและอยู่ด้วยกันหรือสมรสแต่แยกกันอยู่ ม่าย หย่า

อาชีพก่อนบวช หมายถึง การประกอบอาชีพก่อนบวชเป็นพระสงฆ์ของพระสงฆ์สูงอายุ แบ่งเป็น ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย เกษตรกร รับจ้าง และอื่นๆ

แหล่งที่มาของรายได้ หมายถึง ที่มาของเงินที่พระสงฆ์สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน

อาหารที่ได้รับจากการทำบุญ หมายถึง ประเภทของอาหารที่พระสงฆ์สูงอายุได้รับจากการออกบิณฑบาต หรือได้รับจากการทำบุญของญาติโยมที่มาทำบุญที่วัด

สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในขั้นศึกษา การมีโรคประจำตัว น้ำหนักตัว ส่วนสูง และสภาพแวดล้อม

การมีโรคประจำตัว หมายถึง การที่พระสงฆ์สูงอายุได้มีการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นในพระสงฆ์สูงอายุ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วน โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

สภาพแวดล้อม หมายถึง สภาพที่อยู่อาศัย และบริเวณทั้งภายในและภายนอกที่อยู่อาศัยของพระสงฆ์สูงอายุที่จำพรรษา การศึกษาครั้งนี้วัดจากความรู้สึก ความคิดเห็นของพระสงฆ์สูงอายุต่อสภาพแวดล้อมหรือสภาพที่อยู่อาศัย และจากการสังเกตของผู้วิจัย

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การรู้และเข้าใจในสาระที่เกี่ยวกับสภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ ณ ที่นี้ผู้วิจัยศึกษา 2 ด้านคือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้และความเชื่อที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์สูงอายุซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง การทราบและมีความเชื่อว่าถ้ามีการปฏิบัติตามสภาพหรือสภาวะที่ตนเองเป็นอยู่จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้เกิดอันตรายที่จะเกิดโรคได้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การทราบและมีความเชื่อถึงภาวะความรุนแรงของโรคที่บุคคลนั้นเป็นอยู่หรืออาจเกิดขึ้นได้ ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใดหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือยังคงปฏิบัติตามปกติที่เป็นอยู่อาจทำให้เกิดความรุนแรงของโรคได้ เช่น การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดโรคหรือโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น หรือถ้าไม่ดูแลสุขภาพให้ดีอาจเกิดความรุนแรงของโรคได้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หมายถึง การทราบและมีความเชื่อว่าการที่จะต้องปฏิบัติตัวในขณะที่ป่วยเพื่อจะได้หายเร็วและไม่ลุกลามไปขึ้นที่รุนแรงหรือปฏิบัติตัวอย่างใดในลักษณะที่ถูกต้อง และการปฏิบัติอย่างใดจึงจะป้องกันหรือหลีกเลี่ยงตัวเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หมายถึง การทราบและเชื่อว่าการดูแลที่ไม่ถูกต้อง หรือการปฏิบัติหรือเชื่อในบางสิ่งบางอย่างจะเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ความไม่สะดวกในการตรวจรักษา ค่าใช้จ่าย ความกลัวและไม่อดทนต่อการเจ็บปวดเวลาตรวจรักษา การไม่ให้เวลาต่อการรักษาตนเอง เป็นต้น

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของพระสงฆ์สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพตนเอง 3 สถานการณ์คือ 1) พฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาวะปกติ 2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และ 3) พฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาวะปกติ หมายถึง การที่พระสงฆ์สูงอายุปฏิบัติตามในขณะที่มีภาวะปกติได้มีการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันความเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้มีความแข็งแรง สมบูรณ์ ทั้ง

ทางร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติด้านนี้ได้แก่ การหาข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ออกกำลังกายตามความเหมาะสม ปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ฉันทาอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ หลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การสวมหมวกให้พระ ปฏิบัติสมาธิ วิปัสสนา การพักผ่อนที่พอเหมาะ เป็นต้น

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การที่พระสงฆ์สูงอายุปฏิบัติตนเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอาการเหล่านั้นเกิดขึ้นเพราะโรคใดโรคหนึ่ง หรืออาจจะไม่ได้เป็นโรคใดเลย ซึ่งการปฏิบัตินั้นอาจจะเป็นการปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้อาการเหล่านั้นหายไปหรือเป็นการปฏิบัติในทางตรงข้ามก็ได้ การปฏิบัติด้านนี้ได้แก่ การเพิกเฉยต่ออาการนั้นๆ การหลบหนีจากสังคมเพราะละอายในอาการนั้นๆ วิตกกังวลในอาการนั้นๆ หาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับอาการนั้นว่ามีสาเหตุมาจากอะไร แสวงหาวิธีการรักษาต่างๆ โดยการรักษาด้วยตนเอง รักษาตามตำรา หรือหาผู้รู้แนะนำในการรักษา หรือไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาอาการ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค หมายถึง การที่พระสงฆ์สูงอายุปฏิบัติตนภายหลังจากที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายเป็นเพราะสาเหตุมาจากโรคอะไร ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อบำบัดให้อาการที่เกิดขึ้นจากโรคทุเลาลง หรือหายจากอาการเหล่านั้น การปฏิบัติด้านนี้ได้แก่ การฉันทาตามที่แพทย์สั่ง การเพิ่มหรือลดการออกกำลังกายบางอย่าง การเพิ่มหรือลดอาหารบางอย่างเพื่อที่จะเป็นประโยชน์ต่ออาการเหล่านั้น จดกิจกรรมบางอย่างที่จะทำให้ให้อาการเหล่านั้นกำเริบขึ้น เช่น การดื่มชา กาแฟ การสูบบุหรี่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ความเครียดในสภาพจิตใจ เป็นต้น

บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวคิดในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในศาสนาพุทธ
4. แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
5. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

แนวคิดการดูแลตนเอง (Self - Care)

การดูแลสุขภาพในปัจจุบันได้เป็นที่สนใจของบุคลากรในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพกันมากทั้งในประเทศและต่างประเทศ การให้คำนิยามคำว่า “การดูแลตนเอง” ได้มีการกล่าวถึงกันมาก ดังจะเห็นได้จากในการประชุม First International Symposium ที่กรุงโคเปนเฮเกน ในปี ค.ศ. 1975 มีผู้ให้แนวคิดของ “การดูแลตนเอง” นั้นควรเกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้ (World Health Organization, 1986)

1. การดูแลตัวเองจะต้องเกี่ยวข้องกับการกระทำของผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยในการลดความรุนแรงของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่
2. เป็นกระบวนการของบุคคลในการปฏิบัติภารกิจของตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการวินิจฉัย และการรักษาโรคตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจากแหล่งบริการขั้นพื้นฐานที่ทำได้ในระบบบริการสาธารณสุข

3. เกี่ยวกับบทบาทหลัก 4 ประการ ได้แก่ การดำรงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยอาการด้วยตนเอง การให้ยารักษาอาการของตนเอง รวมถึง การร่วมมือกับบุคลากรวิชาชีพในการดูแลรักษาสุขภาพ

นอกจากนี้ Orem and Taylor (1986 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ได้อธิบายถึงแนวคิดการดูแลตนเอง ไว้ดังนี้

บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และพัฒนาการการดูแลตนเองตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคที่เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองตลอดจนการบาดเจ็บต่างๆ ทั้งนี้มีการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้พร้อมเรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อหน้าที่ และการพัฒนาของตนในด้านร่างกาย Orem ยังกล่าวถึงการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลนั้นมีการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียม ประเพณีที่บุคคลนั้นมีส่วนร่วมในการติดต่อ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อจะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และยังเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพึ่งพา และดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัวและในเครือข่ายทางสังคม

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในประเทศไทย มัลลิกา มัติโก (2534) ได้สรุปที่มาของความพยายามในการผลักดันแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองมาจากความคิดพื้นฐานต่างๆ ดังนี้

1. สุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อมๆ กับสังคม ฉะนั้นการดูแลจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว และชุมชน

2. สุขภาพและความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม บุคคลแต่ละคนย่อมมีวิธีแก้ปัญหาที่แตกต่างออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเดียวกัน เนื่องจากบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน มีประสบการณ์ ค่านิยมและแนวคิดความเชื่อเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยต่างกัน

3. การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยในชุมชนได้ถูกกำหนดไว้แล้วโดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมจะเป็นผู้ระบุและตัดสินใจว่า ใครป่วย ใครเป็นอะไร และควรจะรักษาด้วยอย่างไร ดังนั้น การรักษาเยียวยาจึงเป็นเรื่องของชุมชนและบุคคลมากกว่า

4. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ยังกระจายไปไม่ถึงถึงในประชาชนโดยเฉพาะใน เขตชนบทถ้าจะมีก็เป็นบริการที่มีราคาแพง และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่สังคมจะต้องดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการขั้น พื้นฐานของตนเอง

5. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกระบวนการตัดสินใจด้วยตนเองซึ่งเริ่มตั้งแต่การสังเกต การ รับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษา และการประเมินผลของการรักษาด้วยตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) กล่าวว่าไว้ว่าการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามการ รับรู้และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเอง ซึ่งมีทั้งการดูแลตนเองที่ถูกต้องและไม่ ถูกต้อง การดูแลตนเองนั้นจะเป็นประ โยชน์ต่อชีวิตและสุขภาพก็ต่อเมื่อการกระทำนั้นๆ ก่อให้เกิดผล แก่บุคคลดังต่อไปนี้

1. สนับสนุนขบวนการต่างๆ ของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการบรรลุดีภาวะของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรคและการบาดเจ็บ
4. ส่งเสริมสมรรถภาพ และความผาสุกของบุคคล
5. ป้องกันความพิการหรือปรับชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพ

ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

Gochman (1982 อ้างใน กฤติกา จันทร์หอม, 2542) ได้อธิบายความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง คุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ แลองค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งครอบคลุมภาวะความรู้สึกร าวมดี และลักษณะเฉพาะตน รวมทั้งแบบแผนการแสดงออกที่ชัดเจนเป็นที่สังเกตได้ การกระทำ และลักษณะนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ (Health Maintenance) การทำให้สุขภาพกลับสู่ ภาวะเดิม (Health Restoration) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Improvement) ดังนั้น คำว่าพฤติกรรม

สุขภาพจึงมีความหมายกว้าง แสดงถึงการแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Covert Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ดังเช่น นิสัยการรับประทานอาหาร การพักผ่อน ออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพและการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ และการรับรู้ เป็นต้น

Palank (1982 อ้างใน กฤติกา จันทร์หอม, 2542) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่เริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่างๆ ที่ลดภาวะความเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

Noris (1979 อ้างใน อภิรัชศักดิ์ รัชนิวงศ์, 2539) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองว่า คือกระบวนการที่ให้ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือกันเองและรับผิดชอบกันเองด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากประชาชนเริ่มเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีมูลเหตุและแรงผลักดันมาจากความไม่พอใจต่อการรักษาของแพทย์ที่เห็นตนไข้เป็นเพียงวัตถุหรือชิ้นส่วนในการรักษาเท่านั้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง อีกทั้งตระหนักว่าตนเองก็มีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

องค์การอนามัยโลก (1987 อ้างใน ทิวาพร กลมกล่อม, 2538) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตนหลังจากรับบริการ

Orem (1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ให้ความหมายของคำว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) มีระบบ ระเบียบ เป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพแล้วมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาคำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self – Care Requisites) และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2534) อธิบายความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ โดยกิจกรรมที่กระทำนั้นสามารถบ่งบอกถึงพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างได้ และเป็นสิ่งที่เกิดภายในตัวบุคคล สามารถจะวัดได้โดยใช้เครื่องมือพิเศษและสามารถบอกได้ว่า มี หรือ ไม่มี ได้ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความชอบ ความสนใจ

สมทรง ณ นคร (2533) ให้นิยามของการดูแลสุขภาพตนเองว่าหมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขภายหลังการเจ็บป่วยและเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น โดยจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

จากการศึกษาแนวคิดและความหมายดังกล่าวข้างต้น พบว่า นักวิชาการที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพบางท่าน ใช้คำว่าพฤติกรรมสุขภาพในความหมายเดียวกับคำว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง โดยที่บุคคลนั้นเป็นผู้ที่ริเริ่มกระทำด้วยตนเองในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์แข็งแรง เกิดความสมดุลด้านร่างกายและจิตใจ บุคคลจึงสามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข จากการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีก่อให้เกิดการเพิ่มคุณภาพชีวิตและศักยภาพของตนเอง

ประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2534) ได้จำแนกขอบเขตการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ประเภท คือ การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self – Care in Health) และการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย (Self – Care in Illness) ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self – Care in Health) เป็นการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะคือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงห่างจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคได้ 3 ระดับ

1.2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

1.2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งหมายจะจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะมีอาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น

1.2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มีเป้าหมายต้องการยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

2. การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคลเมื่อเจ็บป่วย (Self – Care in Illness) เป็นพฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย หรือมีความผิดปกติไปจากเดิม สามารถประเมินผล สุขภาพตนเอง ครอบครัว เครือข่ายสังคม และชุมชน ตลอดจนตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำการใดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เช่น การรักษาด้วยวิธีการต่างๆ โดยแสวงหาทางรักษาและขอรับคำแนะนำปรึกษาจากกลุ่มบุคคลและสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น โดยมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ระดับ คือ

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self - Care)

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family Care)

2.3 การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care From the Extended Social Network)

2.4 การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid)

Orem (1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลไว้ 3 ประเภท ได้แก่

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self - Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ ควรบริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกาย

1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ โดยจัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่ายดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เช่น เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ สติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม รับรู้และสนใจถึงความต้องการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐาน การสร้างแบบแผน การพักผ่อน

1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยคงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดเป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion Normalcy) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ปฏิบัติที่ส่งเสริมในกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion and Prevention) รวมทั้งค้นหาความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early Detection)

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Development Self - Care Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในช่วงชีวิตต่าง เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา เป็นต้น หรืออาจเป็นความต้องการโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการความต้องการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนา มี 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ยั่งยืนสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่สภาวะในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดา และการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและต้องตาย ผู้คิดเชื่อส่วนมากเป็นบุคคลที่มีความวิตกกังวลสูง มีอารมณ์เครียด หงุดหงิด รู้สึกสูญเสียความหวัง ผู้คิดเชื่อจะต้องลดความตึงเครียดทางอารมณ์ หรือลดความรู้สึกเหล่านี้เพื่อสามารถจะสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองในด้านอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ความต้องการตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self - Care Requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้คิดเชื่อในวัยแรงงานซึ่งยังอยู่ในวัยทำงานแต่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งความต้องการในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายและผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค

3.5 คัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

Fry (1973 อ้างใน เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย, 2532) ได้จำแนกบทบาทการดูแลสุขภาพตนเองไว้ 4 ประการ คือ

1. การดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรง (Health Maintenance) เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
2. การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ (Disease Prevention) เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การกินฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ การฝากครรภ์
3. การวินิจฉัยความผิดปกติหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (Self Diagnosis)
4. การรักษาตนเองด้วยวิธีการต่างๆ (Self Treatment)

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยส่วนใหญ่นิยมศึกษาถึงรายละเอียดของพฤติกรรมที่แสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ เช่น การปฏิบัติตนทางด้านโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง เป็นต้น แต่การศึกษาในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพสามารถที่จะศึกษาโดยเน้นไปที่สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพในบุคคลนั้นๆ โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย และส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และมีจุดมุ่งหมายของการ

ปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยเน้นที่สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะสถานการณ์ ดังนี้ (Kasl and Cobb 1986 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีสวรรณ, 2534, สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, มัลลิกา มดีโก, 2534)

1. พฤติกรรมป้องกันโรคหรือพฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ (Prevention Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย ป้องกันโรค และการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี สมบูรณ์ แข็งแรง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบคือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ไม่ให้เกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ พยายามหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติตนที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การปฏิบัติตนทางด้านนี้ในส่วนสุขภาพร่างกายได้แก่ การหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ การออกกำลังกาย การปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีต่างๆ การรับประทานอาหารถูกโภชนาการให้ครบถ้วนตามความเหมาะสม ส่วนทางด้านจิตใจได้แก่ การพบปะผู้คนในวัยต่างๆ เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือระบายความอัดอั้นตันใจต่างๆ การสวดมนต์ไหว้พระ การปฏิบัติสมาธิ การท่องเที่ยวที่เหมาะสม และการพักผ่อนที่พอเหมาะ

1.2 การป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติเฉพาะในทางใดทางหนึ่งเป็นพิเศษเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพขึ้น เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรคต่างๆ การงดอาหารไขมันสูง เพื่อสุขภาพ การเลือกรับประทานผักผลไม้เพื่อระบบขับถ่าย หรือเพื่อบำรุงสุขภาพ หลีกเลี่ยงสภาวะต่างๆ อันจะเป็นเหตุให้เกิดความกดดัน หรือความเครียด ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อเกิดอาการผิดปกติขึ้นกับร่างกาย แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอาการเหล่านั้นเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือไม่เป็นโรคก็ได้ ซึ่งการปฏิบัติเหล่านั้นอาจเป็นการปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ก็ได้ การปฏิบัติตนในลักษณะนี้เช่น การเพิกเฉยต่ออาการนั้นๆ การหลบหน้าออกจากสังคมเพราะอายในอาการนั้นๆ วิตกกังวลในอาการที่เกิดขึ้น การพบเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพเพื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยอาการที่เกิดขึ้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (Sick – Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตนที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นเพราะโรคอะไร ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อบำบัดให้อาการที่เกิดขึ้นจากโรคนั้นๆ หายไปหรือหายจากอาการเหล่านั้น การ

ปฏิบัติตนในด้านนี้ได้แก่ การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การพnemหรืองดการออกกำลังกาย เพิ่มปริมาณอาหารบางประเภทที่เป็นประโยชน์กับร่างกายในช่วงที่มีอาการนั้นๆ งดอาหารที่เป็นโทษ งดกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรคนั้นๆ กำเริบขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มชา กาแฟ ไม่อยู่ในที่ที่มีความแออัด เป็นต้น

Pender (1987) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นในแนวทางที่ดี 2 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ คือ การลดโอกาสของการเกิดโรคหรือปัญหาด้านสุขภาพ โดยการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันหรือค้นหาความผิดปกติในระยะที่ยังไม่แสดงอาการ การป้องกันภาวะสุขภาพจึงเป็นการมุ่งเน้นที่ความพยายามเปลี่ยนแปลงแนวทางหรือระมัดระวังภาวะความเจ็บป่วยและการได้รับอันตรายอื่นๆ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการเพิ่มระดับความผาสุก และความสำเร็จในชีวิตของตนเอง หรือมุ่งให้บุคคล หรือกลุ่ม ครอบครัว ชุมชน สังคม มีสุขภาพที่ดี เป็นความพยายามในการที่จะเปลี่ยนแนวทางเพื่อยกระดับสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น และมีความสุขสมบูรณ์ในชีวิต

นอกจากนี้ Pender ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สามารถนำมาใช้กับการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวัน ประกอบไปด้วย 6 ด้าน คือ

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) หมายถึง การที่บุคคลตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม โดยอาจเป็นการดูแลตัวเองไปในขั้นพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การหาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ปรึกษาเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ การตรวจร่างกายประจำปีอย่างสม่ำเสมอ
2. กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical Activity) หมายถึง การที่บุคคลได้ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป อาทิตย์ละไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง การออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินเร็ว ขี่จักรยาน การเดินเอโรบิก หรือการออกกำลังกายขณะทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) หมายถึง การที่บุคคลดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเองด้วยการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมมีประโยชน์ต่อร่างกาย รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รับประทานผลไม้หรืออาหารที่มีกากใยทุกวัน รับประทานอาหารถูกสัดส่วนและครบทั้ง 5 หมู่ทุกวัน เป็นต้น

4. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) หมายถึง การที่บุคคลดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างทั้งในเรื่องการทำงาน การพบปะสังสรรค์ มีการพูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกันตามโอกาสอย่างเหมาะสม เช่น การใช้เวลาวางกับเพื่อนสนิท การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งกับผู้อื่นโดยการพูดคุยอย่างประนีประนอม เป็นต้น

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) หมายถึง การที่บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพทางจิตใจ ด้วยการรักษาจิตและบริหารจิตของตนให้เกิดความสุขสงบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติจิตทางศาสนาพุทธ ให้ความสำคัญกับการฝึกจิตเพื่อให้บุคคลใช้ชีวิตอย่างมีสติ ใช้เหตุผล และนำไปสู่การเกิดปัญญา เช่น การนั่งสมาธิ การศึกษาธรรมะ การฟังเทศน์ฟังธรรม เป็นต้น

6. การจัดการความเครียด (Stress Management) หมายถึง การที่บุคคลสามารถหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ ทั้งที่เกิดจากปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาการเงิน ฯลฯ ได้อย่างเหมาะสม การหาเวลาผ่อนคลายความเครียดในแต่ละวัน ด้วยการพักผ่อน การนอนหลับ ฟังเพลง ดูภาพยนตร์ ฯลฯ จะช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลายทางจิตใจและอารมณ์ได้

จากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และประเภทของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดังกล่าวมาแล้วนั้น สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพหมายถึง ความรู้ ทักษะ ความเข้าใจ ความเชื่อ การรับรู้ และการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค รวมไปถึงการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ สามารถแบ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 2 ประเภทคือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค การศึกษาค้นคว้าวิจัยจะนำแนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางของ Kasl and Cobb ซึ่งมองพฤติกรรมสุขภาพตามสถานการณ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคลมาเป็นกรอบในการศึกษา โดยแบ่งสถานการณ์ด้านสุขภาพที่เกิดกับบุคคลออกเป็น 3 สถานการณ์ คือ 1) พฤติกรรมป้องกันโรค (พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ) 2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และ 3) พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค สำหรับรายละเอียดพฤติกรรมในแต่ละด้านนั้นทำการศึกษาโดยผสมผสานแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Pender ซึ่งมี 6

ด้าน ซึ่งในแต่ละด้านมีเนื้อหาที่ครอบคลุมรูปแบบการดูแลสุขภาพครบถ้วนทั้งการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เพื่อให้ได้เนื้อหาในเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งในด้าน ร่างกาย และจิตใจ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำว่า “สูงอายุ” (Elderly) ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยโดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโส และผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจ ยอมรับ และใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน และใช้แทนคำว่า คนชราหรือคนแก่ (อ้างใน ประสพ รัตนกร, 2526)

สำหรับความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุนั้นมีผู้ให้ความหมายไว้อย่างต่าง ๆ ดังนี้

ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) ได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (อ้างใน สุรกุล เจนอบรม, 2534)

กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย (2537) ได้ให้ความหมายว่า ความสูงอายุเป็นการพัฒนาเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่เดิม และดำเนินต่อเนื่องไปจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้นๆ และกำหนดเกณฑ์อายุให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ Hall (1980 อ้างใน เบญจมา เลหาพูนรังสี, 2534) ได้แบ่งการสูงอายุของ คนออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป และสามารถบอกได้ทันทีว่าใครมีอายุน้อยเพียงใด
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพ และหน้าที่ของร่างกาย เมื่อมีอายุมากขึ้น

3. การสูงอายุด้านสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซาว์ปัญญา และลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่างๆ ของชีวิตแต่ละบุคคลตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น

4. การสูงอายุด้านสภาพสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ และสถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยราชการ เอกชน สโมสร และอื่นๆ

เจก ธนะศิริ (2538) พูดถึงควมชราไว้ว่า ความชรานั้นมี 3 ประเภท

ประเภทแรก คือ ชราโดยอายุ คือ เกิดมานานเท่าใดนับได้ตามปีปฏิทิน

ประเภทสอง คือ ชราโดยสังขาร สภาพเรื้อรังเป็นไปตามสังขาร เช่น หลังโกง ผิวหน้าเหี่ยวย่น ตามัว หูตึง ผมหงอก ฟันหัก ฯลฯ เป็นต้น

ประเภทสาม คือ ชราโดยจิตใจ เป็นสภาพที่เรื้อรังมีจิตใจหรือประสาทไม่ปกติ มีจิตวิตกกังวล ช่างคิด ช่างระแวง ฯลฯ ดูเศร้าหมอง

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น กล่าวโดยสรุปคือ บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย สติปัญญา ความรู้สึกร่างกาย สภาพจิตใจ ย่อมเปลี่ยนแปลงไป บทบาทภาระหน้าที่ก็ย่อมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยทั่วไปแล้วการที่จะบอกว่าผู้ใดเป็นผู้สูงอายุโดยดูจากอายุนั้นค่อนข้างลำบากเนื่องจากบางคนมีอายุเกิน 60 ปี แต่ยังมีสุขภาพแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นอายุจึงไม่ได้เป็นตัวบ่งบอกที่ชัดเจนว่าผู้ใดสมควรเป็นผู้สูงอายุ เป็นเพียงแต่แนวทางที่ทำให้เราทราบว่า ผู้ใดสมควรเป็นผู้สูงอายุเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าได้กำหนดเกณฑ์ในการศึกษาพระสงฆ์สูงอายุไว้ให้พระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอวัยวะต่างๆ จะมีการทำงานที่ลดลง และมีผลต่อเนื่องถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ (เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ และคณะ, 2533) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสรีระวิทยาของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสรีระวิทยา (Physical and Physiological Change)

1.1 ระบบการรับรู้ เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์สมองจะมีการเสื่อมเกิดขึ้น เป็นผลให้ความสามารถของศูนย์กลางควบคุมประสาทลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองก็จะลดลงด้วย การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง ความคิดความจำเสื่อม ความว่องไวในการสั่งงานต่างๆ ของร่างกายช้าลง ระบบประสาทและกล้ามเนื้อตาเสื่อมสมรรถภาพ (ทำให้การมองเห็นไม่ดี) มีการเสื่อมของเยื่อประสาทตอนในของหู เมื่อแก่วัยมากขึ้น (ทำให้สมรรถภาพการได้ยินเสื่อม) การเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง สายเสียงจะบางลง ทำให้เสียงเปลี่ยนเป็นแหลมขึ้นและไม่สามารถควบคุมระดับเสียงได้นานๆ จึงหะการพูดจะช้าลงและหยุดพูดบ่อยขึ้น นอกจากนี้ประสาทสัมผัสทางด้านกลิ่นและรสก็เสื่อมลงด้วย รวมถึงประสาทที่เกี่ยวข้องกับความสมดุลในการทรงตัว (เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอุบัติเหตุจากการหกล้มได้ง่าย)

1.2 ระบบผิวหนัง ผิวหนังเป็นส่วนที่ห่อหุ้มและปกคลุมเนื้อเยื่อภายใน 2 ชั้น คือ Epidermis และ Dermis ซึ่งมีต่อมไขมันและต่อมเหงื่ออยู่ ต่อมไขมันจะทำหน้าที่ขับไขมัน ทำให้ผิวหนังอ่อนนุ่ม และต่อมเหงื่อทำหน้าที่ขับเหงื่อเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ผิวหนังลดการขับไขมันก็จะลดลง ทำให้ผิวหนังแห้งขาดความนุ่มนวล เหี่ยวแห้ง และแตกกระ นอกจากนี้การที่ต่อมไขมันได้ผิวหนังลดลง ยังเป็นผลให้ความสามารถในการทนความหนาวเย็นน้อยลง การรับรู้สีกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง (ทำให้สามารถทนต่อความเจ็บปวดที่ผิวหนังได้ดีขึ้น)

1.3 ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก โครงกระดูกเป็นส่วนที่ยึดเซลล์และกล้ามเนื้อต่างๆ และทำหน้าที่ในการป้องกันอวัยวะภายใน เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของสารแคลเซียมทำให้กระดูกมีความเปราะมากขึ้น กระดูกมีน้ำหนักน้อยลง ความยาวของกระดูกสันหลังน้อยลง หมอนรองกระดูกบางลง น้ำหนักไขข้อลดลงทำให้การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการติดขัดได้ง่าย ฟันจะสึกกร่อนทำให้กินอาหารไม่อร่อย นอกจากนี้ระบบกล้ามเนื้อลาย (ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่ทำงานภายใต้อำนาจของจิตใจ และเป็นกล้ามเนื้อในส่วนที่เกาะติดกับกระดูกโดยมีเส้นเอ็นเป็นตัวยึด) ก็มีความสามารถในการยึด และหดตัวช้าลง ไยคลอโดเจนซึ่งเป็นส่วนประกอบของมัดกล้ามเนื้อมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้การยึดหดตัวของกล้ามเนื้อมัดต่างๆ เป็นไปได้อย่างลำบาก และเมื่อเกิดการฉีกขาดจะประสานตัวซ้ำหรือประสานกันไม่สนิท

1.4 ระบบทางเดินหายใจ เมื่ออายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของระบบหายใจจะลดลงประมาณร้อยละ 50 เพราะเนื้อเยื่อของปอดเปลี่ยนแปลง เป็นผลให้ปริมาณออกซิเจนที่เข้าไปในร่างกายมีน้อย ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ภาวะการขาดออกซิเจนที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการวิงเวียนเป็นลมได้ง่าย (ซึ่งถ้าเกิดภาวะนี้มากก็อาจสลบหรือเสียชีวิตได้)

1.5 ระบบการหมุนเวียนโลหิต หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย เมื่อหัวใจทำงาน เม็ดเลือดแดงมีหน้าที่ส่งออกซิเจนจากปอดไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ และช่วยขนถ่ายคาร์บอนไดร็อกไซด์กลับไปฟอกยังปอดซึ่งถ้าเกิดการแข็งตัวของโลหิตในกระบวนการนี้จะทำให้เกิดการอุดตันได้ แรงดันของเลือดจะเป็นตัวทำลายภาวะการอุดตันนี้ได้ ในผู้สูงอายุ ภาวะการอุดตันนี้อาจเกิดขึ้นได้จากการแข็งตัวของเม็ดเลือดเอง หรืออาจเกิดจากความช้าเพราะความเก่าของเซลล์ได้ ดังนั้นกล้ามเนื้อหัวใจของผู้สูงอายุนั้นต้องทำงานอย่างหนัก ในการสูบฉีดเลือดไปทำลายภาวะการอุดตันที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และมีโอกาสที่จะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนกลุ่มอายุอื่น

1.6 ระบบการย่อยอาหารและการขับถ่าย ผู้สูงอายุจะมีความอยากรับประทานอาหารน้อยลง เพราะประสาทรับกลิ่นและรสชาติความสามารถน้อยลง นอกจากนี้เมื่อรับประทานอาหารการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของเหงือกและฟันยังทำให้กินอาหารได้ลำบากอีกด้วย อาหารที่เข้าสู่ร่างกายโดยปกติจะผ่านเข้าสู่ระบบการย่อยตั้งแต่ในปาก เมื่อฟันมีความสามารถในการบดเคี้ยวน้อยลง อาหารที่ผ่านไปสู่กระเพาะจะมีน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารเป็นตัวช่วย แต่สำหรับผู้สูงอายุแล้วปริมาณการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารจะลดลงเป็นผลให้อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ ผู้สูงอายุจึงเกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อได้ง่าย อาหารที่ย่อยไม่สมบูรณ์นี้เมื่อถูกขับถ่ายเข้าสู่ลำไส้ ลำไส้ที่มีประสิทธิภาพในการย่อยที่น้อยลง จะทำให้กากอาหารมีสภาพแข็งแรงเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะท้องผูกเกิดขึ้นด้วย

นอกจากนี้ขนาดของไตที่ลดลง ผนังหลอดเลือดแข็งตัวขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของเสียของไตและปริมาณน้ำที่ขับออกมาน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีปริมาณปัสสาวะที่ถ่ายออกมาน้อยลงในแต่ละครั้ง แต่ความถี่ในการปัสสาวะในแต่ละวันจะมากขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological Change)

นิตา วงษ์ไทย (2544) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมลงของระบบร่างกาย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกดดันจากสภาพร่างกายที่ไม่ปกติ การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับฐานะและรายได้ที่เคยได้รับน้อยลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสีย

บทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การแยกย้ายของลูกหลาน การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เหล่านี้มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้จิตใจหดหู่ เศร้า นอกจากนี้ความคับข้องใจทางเพศ ค่านิยมทางสังคม ที่เห็นว่าผู้สูงอายุไม่ควรแสดงออกทางเพศ ก็เป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองไม่มีคุณค่า สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่กีดกันทางอารมณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างหนึ่ง

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social and Cultural Change)

ในอดีตที่ผ่านมา ผู้สูงอายุในสังคมไทยนั้นมีบทบาททางสังคมสูง ได้รับการยกย่องนับถือโดยทั่วไป ปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจากดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ทำให้บทบาทของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปโดยเฉพาะบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว ความสัมพันธ์ที่มีต่อบุตรหลานลดน้อยลงกว่าเดิม ผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบอาชีพหรือมีคุณค่าทางเศรษฐกิจและมักถูกทอดทิ้ง ความเคารพนับถือที่ผู้สูงอายุเคยได้รับจากครอบครัวและชุมชนเริ่มลดน้อยถอยลง ดังนั้นผู้สูงอายุที่ปรับตัวกับสภาพใหม่ของตนไม่ได้ก็จะมีผลกระทบต่อจิตใจเป็นอันมาก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534)

Danald และคณะ (1983 อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534) กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุเข้าสู่วัยสูงอายุตอนต้น ตอนท้าย และถึงแก่ความตายในที่สุดนั้น การเข้าสู่ภาวะวัยต่างๆ เหล่านี้จะเกิดภาวะวิกฤติ ซึ่งค่อนข้างจะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นทั่วไป เป็นลักษณะปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุภาวะเหล่านี้ได้แก่ การสูญเสียสถานภาพทางสังคม การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทั้งภายในและภายนอก มีผลทำให้เกิดความเสื่อมโทรมทางกายภาพ การเผชิญกับความตายและสุดท้ายคือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทและกิจกรรมต่างๆ ภาวะที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามทัศนะของ Danald และคณะ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุอย่างชัดเจน การที่ผู้สูงอายุจะประสบกับปัญหามากน้อยเพียงใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถในการยอมรับและการปรับตัวให้เข้ากับภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประสพ รัตนกร (2526) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุว่าเป็น กิจกรรมการดูแลสุขภาพ 5 ข้อ คือ

1. อาหาร ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย จำนวนหรือขนาดที่รับประทานควรเป็นแบบมือละคร้อยๆ วันละประมาณ 4 มื้อ

2. อารมณ์ พึงระมัดระวังการเกิดอารมณ์ต่างๆ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธควรหลีกเลี่ยงเป็นที่สุดเพราะในภาวะโกรธนั้นกล้ามเนื้อจะเกร็ง หลังจากทีกล้ามเนื้อเกร็งบ่อยๆ จะทำให้กล้ามเนื้อเหี่ยวได้ง่าย

3. อากาศ พยายามอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ มีการถ่ายเทของอากาศที่ดี

4. การออกกำลังกาย ให้มีการออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอด้วยการเดิน หรือฝึกการบริหาร

5. อุจจาระ ควรดูแลการขับถ่ายอย่าให้ท้องผูก ซึ่งสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประเภทของอาหารที่รับประทานที่กระตุ้นในการขับถ่าย

เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528) ได้กล่าวถึง หลักสำคัญ 4 ประการ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทุกวัย โดยเฉพาะเมื่อถึงวัยสูงอายุ ดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การกินอาหารที่ถูกต้องได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกาย ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมัน งดเว้นการดื่มชา กาแฟ และสุรา การประเมินสภาพการกินได้จากการประเมินความสมดุลของการกินกับน้ำหนักมาตรฐานตามอายุ และส่วนสูง

2. นอนเป็น หมายถึง การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอโดยจำนวนชั่วโมงของการนอนขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายของแต่ละคน ไม่มีกำหนดมาตรฐานแน่นอนว่าจะต้องเป็น 8 หรือ 10 ชั่วโมง แต่ผู้สูงอายุอาจจำเป็นต้องหลับในตอนกลางวันบ้าง จะช่วยให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า

3. อยู่เป็น หมายถึง การรักษาสุขภาพที่ดีที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักวิถีลดความเครียดทางจิตใจ มีอารมณ์ดี มีการพักผ่อน

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคม ในระยะแรกๆ ของการปรับตัวอาจสร้างความคับข้องใจอยู่บ้าง แต่การใช้เหตุผลความเข้าใจและการยอมรับจะทำให้การปรับตัวดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ไม่ควรที่จะไปคาดหวังจากสังคมมากเกินไป เพราะถ้า

ไม่เป็นไปอย่างที่เราจะทำให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง ในที่สุดก็ต้องแยกตัวออกจากสังคม หรืออยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุข

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2532) เสนอแนะหลักการสำคัญ 4 ประการ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน ได้แก่

1. เพิ่มปัจจัยทางร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย และการจัดการกับเรื่องของการอาหารและโภชนาการ
2. ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยแนะนำให้ลดความเครียดและให้เพิ่มความจำพยายามทำจิตใจให้สบาย
3. ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม โดยแนะนำให้ปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางกาย สภาพแวดล้อมทางสังคม รวมทั้งการป้องกันอาชญากรรมและการป้องกันตนเอง
4. ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเพิ่มพลังให้ตนเอง โดยแนะนำในเรื่องของการเจริญเติบโต และการเรียนรู้อารมณ์และแรงจูงใจ การเพิ่มพลังให้แก่ร่างกายและความตั้งใจเพื่อจะมีชีวิตอยู่

ซึ่งเมื่อกล่าวโดยย่อ อาจกล่าวได้ว่ามีปัจจัย 2 ประการ ที่ทำให้ชีวิตยืนยาวและมีสมรรถภาพประการแรก คือ ใช้กลวิธีที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทางด้านหน้าที่ของระบบร่างกาย จิตใจ ประการที่สอง คือ พยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่จะมาทำอันตรายต่อสุขภาพ อาจกล่าวสรุปได้ว่าปัจจัยที่จะช่วยเพิ่มความยืนยาวของอายุและความเหมาะสมของผู้สูงอายุ มีดังนี้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์ ,2532)

1. การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการเดินหรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เป็นเวลา 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือนานกว่า
2. อาหาร โดยรับประทานอาหารที่ช่วยทำนุบำรุงสุขภาพรวมทั้งผลไม้และผักสด ข้าวที่อยู่ในสภาพธรรมชาติ และเส้นใยต่างๆ พร้อมด้วยโปรตีนที่ได้จากปลาและถั่ว
3. การนอน นอนเป็นเวลา ค่อนข้าง 7-8 ชั่วโมง
4. มีทัศนคติต่อชีวิตที่ดี รื่นริงสนุกสนาน หัวเราะบ่อยๆ

5. ไม่อยู่เฉยๆ ทำงานที่มีประโยชน์
6. สัมผัสกับผู้อื่นทั้งในครอบครัว เพื่อน องค์กรต่างๆ
7. มีพฤติกรรมทางเพศที่เป็นไปตามความต้องการ
8. มีการเรียนรู้และหาประสบการณ์กับสิ่งใหม่ๆ
9. ได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอโดยแพทย์
10. มีความภูมิใจในตนเอง ภูมิใจในความสำเร็จ มีความเชื่อมั่นและยึดมั่นในสิ่งที่ควรยึดมั่น

เจก ธนะศิริ (2538) ได้เสนอแนะวิธีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อชะลอความชราและปราศจากโรคโดยหลัก 9 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. อนาคต ให้เตรียมตัวเตรียมใจก่อนการเกษียณอายุไว้บ้าง
2. อนามัย ให้มีการไปตรวจร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. อารมณ์ แนะนำให้ทำตัวให้อยู่เหนือความทุกข์ ถ้าเกิดความทุกข์ขึ้นก็มีสติพิจารณาอย่างมีเหตุผล
4. ออกกำลังกาย แนะนำหลักการออกกำลังกายโดยเดินทางสายกลางไม่มากและน้อยเกินไป และอุ่นเครื่องก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง
5. อาหาร แนะนำให้ทานอาหารวันละ 3 มื้อ ครบทุกหมู่ อาหารระหว่างมื้อไม่จำเป็น เพราะจะเกินความต้องการของร่างกาย
6. อากาศ แนะนำให้อยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ ถ่ายเทได้สะดวก
7. อาทิตย์ แนะนำให้ผิวหนังส่วนต่างๆ ถูกแสงอาทิตย์ในตอนเช้า เพราะแสงแดดในเวลาดังกล่าวสามารถผลิตวิตามินดีให้กับร่างกายได้ ทำให้กระดูกแข็งแรง

8. อติเรก แนะนำงานอติเรกให้ผู้สูงอายุ มิฉะนั้นผู้สูงอายุจะรู้สึกไม่มีอะไรทำ

9. อบอุ่น หมายถึง การสร้างความอบอุ่นในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน

นอกจากนี้ Walker และคณะ (1986 อ้างใน อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, 2536) ได้เสนอรูปแบบการวัดวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 6 ด้าน ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพของ Pender โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การรับประทานอาหาร (Nutrition)

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ในความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเท่านั้นที่มีความจำเป็นและมีประโยชน์ต่อร่างกาย เพราะร่างกายจะได้รับสารอาหารที่มีความเพียงพอความต้องการในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน การกินอาหารมากเกินไปหรือน้อยเกินไปจะมีผลเสียโดยตรงต่อร่างกาย มีโอกาสในการเกิดโรคเนื่องจากอาหารตามมา ดังนั้นการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการจึงเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง โดยสามารถสรุปรายละเอียดอาหารที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดังต่อไปนี้

1. การลดอาหารไขมัน โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว เช่น เนื้อสัตว์ที่มีมัน เนย นม มะพร้าว
2. การลดการรับประทานน้ำตาล ลดปริมาณของหวานและลดปริมาณน้ำตาลในกาแฟหรือชา และอย่าใช้สารที่ให้รสหวานแทนน้ำตาล
3. การลดการรับประทานเกลือโซเดียม ด้วยการลดการเติมเกลือหรือน้ำปลาในอาหาร และเลือกอาหารที่มีความเค็มน้อย
4. หลีกเลี่ยงสารเคมีที่ปนอยู่ในอาหาร เช่น ดีดีที สารฟอสฟอรีน สารฆ่าแมลง เป็นต้น โดยการตรวจและสังเกตส่วนประกอบของอาหารต่างๆ เลือกผลไม้ที่ไม่ใช่ยาฆ่าแมลง หรือใช้น้อยที่สุด รวมทั้งผักผลไม้ที่เค็มสารเคมีเพื่อกันบูดหรือปรุงแต่งต่างๆ ผักที่เป็นหัวและผลไม้ที่มีเปลือกหนาเช่นกล้วย จะปลอดภัยกว่า
5. การลดการดื่มกาแฟ พยายามดื่มน้ำอย่างอื่นหรือน้ำผลไม้ หรือเครื่องดื่มอื่นที่ไม่มีคาเฟอีน

6. การเพิ่มการรับประทานอาหารประเภทเส้นใย อาหารเส้นใยนี้มีในอาหารธรรมชาติ เช่น ข้าว ถั่ว ผักผลไม้

7. ได้รับแคลเซียมให้เพียงพอ โดยรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมมากทุกวัน เช่น ปลา กุ้งแห้ง ผักคะน้า นม เป็นต้น

8. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 4 แก้ว

หลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2537)

1. อาหารของผู้สูงอายุ การจัดอาหารควรคำนึงถึงสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุด้วย มิใช่มีคุณค่าทางโภชนาการเท่านั้น หลักสำคัญในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุคือ อาหารครบ 5 หมู่ ลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานลง เพิ่มการบริโภคอาหารที่มีเส้นใย เพื่อให้ระบบการขับถ่ายดี

2. แบ่งอาหารเป็น 4-5 มื้อ โดยเพิ่มมื้อสายและมื้อบ่าย ให้มีมื้อกลางวันเป็นอาหารหลัก เพื่อช่วยลดปัญหาแน่นท้องหลังอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซและท้องอืด ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ให้บริโภคในปริมาณที่น้อยๆ ก่อน แล้วจึงค่อยเพิ่มเพื่อให้เกิดความเคยชิน เช่น นมสด ถั่วต่างๆ

3. ตัดแปลงอาหารให้เคี้ยวง่าย รสไม่จัดมาก และแต่งอาหารให้ดูน่ารับประทาน และจัดอาหารขณะอาหารร้อน จะช่วยกระตุ้นให้อยากรับประทาน

เรื่องน้ำที่เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของร่างกาย ทำหน้าที่ควบคุมสภาพทางปฏิกิริยาเคมีของร่างกาย และเป็นตัวจักรสำคัญในการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายทางปัสสาวะ ป้องกันท้องผูก จำนวนน้ำที่ดื่มแต่ละวันจึงควรมีปริมาณมากพอ อย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว หรือประมาณวัน 1,500 – 2,500 ซีซี ภาวะการขาดน้ำของผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นในเวลากลางคืน ทำให้เกิดการกระหายน้ำและต้องตื่นขึ้นมาดื่มน้ำซึ่งขัดจังหวะการนอน การแก้ปัญหาหนึ่งคือการดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มก่อนนอน โดยผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2537)

1. ดื่มน้ำเปล่า

2. ดื่มน้ำก่อนและหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมงเพื่อให้ร่างกายย่อยอาหารได้เต็มที่

3. ดื่มนอนแต่เช้าดื่มน้ำ 3 – 5 แก้ว จะช่วยขับถ่ายปัสสาวะและขับถ่ายของเสีย
4. น้ำอัดลม น้ำขวด น้ำเกลือแร่ ไม่มีคุณค่าทางอาหาร ไม่จำเป็นต้องดื่ม

การออกกำลังกาย (Exercise)

การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้เพิ่มความสามารถทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นการรักษาไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ ปอด และระบบการไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้สูงอายุกิจกรรมการออกกำลังกายจะแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมและความสามารถของแต่ละบุคคล เนื่องจากผู้สูงอายุบางท่านมีสุขภาพไม่แข็งแรง บางท่านอาจมีโรคประจำตัว ดังนั้นหลักสำคัญในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้แก่

1. ควรออกกำลังกายโดยเริ่มจากน้อยๆ เบาๆ ในตอนแรก ตามกำลังที่พอทำได้ แล้วค่อยๆ เพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย อย่ารีบร้อน
2. ควรออกกำลังกายที่ไม่หนักเกินไป ไม่หักโหมจนเหนื่อยหอบ หายใจไม่ทัน อาจหยุดพักหรือลดความเร็วลงจนหายเหนื่อยแล้วจึงเริ่มต้นใหม่
3. ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่เป็นการแข่งขัน เช่น ฟุตบอลหรือยกน้ำหนัก เพราะอาจเกิดอันตรายได้
4. ควรออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยครั้งละ 20 – 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือมากกว่า
5. ควรออกกำลังกายในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ยืดกล้ามเนื้อเพื่อเตรียมส่วนต่างๆ ของร่างกายให้พร้อมและหลังออกกำลังกายทุกครั้งไม่ควรหยุดออกกำลังกายทันที ควรบริหารร่างกายต่อเพื่อคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อและเพื่อให้หัวใจกลับสู่ภาวะปกติก่อนหยุด

การออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีหลายชนิดที่สามารถเลือกทำได้ โดยมีหลักทั่วไปคือ มีการขยายของกล้ามเนื้อ มีการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ เร็วหรือช้า แรงหรือค่อยเป็นค่อยไปตามชนิด และวิธีการของการออกกำลังกายชนิดนั้นๆ (บรรลุ ศิริพานิช, 2537)

ชนิดของการออกกำลังกาย

1. การเดิน เป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ข้อที่ต้องปฏิบัติคือ ต้องเดินเร็วให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วไม่ได้ต้องเพิ่มเวลาในการเดินให้มากขึ้น เนื่องจากการเดินเป็นการออกกำลังกายแต่ส่วนเท้าเป็นส่วนใหญ่ จึงควรจะได้แกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกบ้างตามสมควรขณะเดิน แต่การที่จะให้ประโยชน์สูงสุดจากการเดินนั้น ต้องเป็นการเดินเร็วไม่ใช่เดินตามสบายหรือเดินทอดน่อง
2. การวิ่งช้าๆ ผู้สูงอายุที่สามารถวิ่งได้ก็ไม่มีข้อห้ามที่จะไม่ให้วิ่ง แต่อาจจะต้องมีข้อเท้าดี เพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ข้อเท้ามากกว่าการเดิน อาจทำให้บาดเจ็บได้
3. การบริหารท่าพื้นฐานต่างๆ ก็เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
4. การรำมวยจีน หลักการคือ เคลื่อนไหวช้าๆ แต่ใช้เวลาและสมาธิด้วย เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
5. โยคะ เป็นการใช้ออกกำลังกายที่ผสมกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะกัน ถ้าปฏิบัติอย่างจริงจังจะให้ประโยชน์สูงมาก

นอกจากนี้ยังมีชนิดของการออกกำลังกายอยู่หลายอย่าง ถ้าผู้สูงอายุเรียนรู้หลักที่ถูกต้องและดำเนินการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามสภาพร่างกาย ไม่หักโหม รุนแรง และไม่แข่งขัน จะทำให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี สรุปได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะต้องลดการออกกำลังกายที่รุนแรงลงแต่ควรใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายให้นานมากขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2537)

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง (Health Responsibility)

Orem and Taylor (1978 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ได้กล่าวว่า ความสนใจหรือใส่ใจเป็นพลังงานเฉพาะหรือศักยภาพหนึ่งในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้ Ebersole and Hess (1985) กล่าวว่า ผู้สูงอายุบางคนไม่ใส่ใจและรับผิดชอบต่อสุขภาพที่ดี บางคนต้องการที่จะเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้อื่นเอาใจตนเองมากๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ได้แก่

1. พฤติกรรมการเสาะแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการสนใจหาความรู้ด้านสุขภาพอนามัยจากสื่อต่างๆ การพูดคุยกับเพื่อน ญาติมิตร หรือ เจ้าหน้าที่อนามัยเพื่อการปฏิบัติที่เหมาะสม

2. การตรวจสุขภาพประจำปี การพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายควรทำอย่างสม่ำเสมอ เพราะการตรวจร่างกายจะทำให้ผู้สูงอายุรู้จักสภาพร่างกายตนเอง ค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ทำให้สามารถป้องกันและรักษาได้อย่างทันท่วงที สำหรับผู้สูงอายุนี้ควรมีการตรวจร่างกายปีละครั้ง สิ่งที่ต้องตรวจคือ (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528)

2.1 การตรวจความดันโลหิต เป็นการตรวจหาความดันโลหิตสูงเบื้องต้นหรือภาวะคุกคามของโรค ปกติความดันโลหิตในวัยผู้ใหญ่ประมาณ 120/80 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่มีอายุ 40 ปีไปแล้ว ถ้ามีความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จัดได้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง แต่จะไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจปอดจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีความดันโลหิตสูงจริง ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ 160/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ปรากฏอาการคือ 195/100 มิลลิเมตรปรอท และ 200/102 มิลลิเมตรปรอทในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ การตรวจความดันโลหิตจะเป็นเครื่องบ่งชี้ให้ผู้สูงอายุได้ทราบสภาพของตนเองและหาแนวทางป้องกันการเกิดโรคที่จะตามมาเนื่องจากความดันโลหิตสูง

2.2 การตรวจปัสสาวะและเลือด เป็นการตรวจเพื่อสืบค้นการเป็นโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคไต และโรคโลหิตจาง การตรวจหาความผิดปกติทางห้องทดลองไม่จำเป็นมากนักสำหรับคนวัยหนุ่มสาว แต่เมื่ออายุมากขึ้นความผิดปกติทางห้องทดลองอาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากอาหารที่กินเข้าไปหรือความเสื่อมสภาพของร่างกาย การตรวจหาความผิดปกติของร่างกายทางห้องทดลองนี้แพทย์ผู้ตรวจจะวินิจฉัยว่าควรตรวจอะไรบ้าง การเปลี่ยนแปลงค่าทางห้องทดลองแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายตามอายุหรือความผิดปกติทางสภาพพยาธิได้

2.3 การตรวจสอบความผิดปกติของตา หู และฟัน โดยเฉพาะฟัน ควรพบทันตแพทย์ 6 เดือนต่อ 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย เพื่อขูดหินปูนและตรวจสุขภาพทั่วไปของฟัน

2.4 การเอกซเรย์เพื่อดูสภาพปอดและหลอดลม จะทำเฉพาะในรายที่สูบบุหรี่หรือมีอาชีพที่ต้องอยู่กับฝุ่นละอองในที่ที่มีมลพิษ เพื่อตรวจหารอยโรคมะเร็งปอดและวัณโรค

2.5 การตรวจหัวใจด้วยการฟังและตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ เป็นการดูแลสุขภาพการทำงานของหัวใจ

2.6 การตรวจเฉพาะในเรื่องเพศ เช่น เพศชายจะตรวจหาความผิดปกติของต่อมลูกหมาก หรือเพศหญิงจะตรวจหาความผิดปกติทางนรีเวช เช่น มะเร็งที่มดลูก เป็นต้น

2.7 การตรวจประเมินสุขภาพจิต ในกรณีที่มีความเครียดหรือปัญหาทางจิตใจ

3. การละเว้นสารเสพติดและของมีนเมา การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตรายต่อผู้สูบโดยตรง และผู้ที่ไม่สูบแต่ได้รับควันบุหรี่ อันตรายของบุหรี่โดยตรงและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่คือ โรคมะเร็งปอด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคหัวใจและหลอดเลือด

สำหรับการดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพมาก เนื่องจากสุรามีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อดื่มเข้าไปมากๆ จะทำให้มีอาการมึนเมาเพราะการสะสมของแอลกอฮอล์ที่ดูดซึมเข้าทางกระเพาะอาหารและลำไส้ การดื่มสุราติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง สถิติปัญหาเสื่อม อย่างไรก็ตามเป็นที่ทราบกันแน่ชัดแล้วว่า การสูบบุหรี่และการดื่มสุรามีผลเสียต่อสุขภาพเพียงใด ดังนั้นหากลดหรือเลิกทั้งสองสิ่งนี้ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงได้ และมีอายุยืนยาวออกไป

การจัดการกับความเครียด (Stress Management)

อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2536) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นอารมณ์ในทางลบ เช่น ท้อใจ เสียใจ โกรธ โมโห ขุ่นเคี้ยว อาฆาต พยาบาท อารมณ์เหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียดขึ้นแล้วกระตุ้นให้สารทุกข์โศกโรคภัยเข้ามาในเลือดของทุกระบบ สารทุกข์จะทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ซึ่งเป็นสาเหตุของการปวดหัว ปวดท้ายทอย สารทุกข์นี้จะทำให้ไขมันถูกปล่อยออกมาให้ตับเปลี่ยนเป็นน้ำตาลทำให้กลายเป็นโรคเบาหวาน

สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่

1. หน้าที่การงาน การมูมานะ หรือการให้ความสำคัญกับหน้าที่การงานเป็นสิ่งที่ทำให้คนเราก่อปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความรัก ความอบอุ่น และความเข้าใจในครอบครัว
2. ทรัพย์สินวัตถุ สิ่งของต่างๆ ไม่ใช่สิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตประสบความสำเร็จ ขณะเดียวกันสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ทำให้เจ้าของเกิดความรัก ความหวงแหนในวัตถุสิ่งของเหล่านั้น ซึ่งจะเป็นสิ่งที่เพิ่มความเครียดมากยิ่งขึ้น

วิธีการจัดการกับความเครียด

นักวิชาการหลายท่านได้แนะนำการจัดการกับความเครียด ดังนี้

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528) กล่าวว่า เมื่อเกิดความเครียดแล้ว จะทำให้ร่างกายและจิตใจต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับตัว ถ้าหากการปรับตัวไม่สามารถรักษาสสมดุลของร่างกายและจิตใจในขณะเกิดความเครียดไว้ได้ก็จะมีผลเจ็บป่วย ดังนั้นควรจะใช้วิธีการปรับตัวเมื่อเกิดความเครียดดังต่อไปนี้

1. รับรู้และทำความเข้าใจเหตุการณ์ในทางที่ถูกต้องตามข้อเท็จจริง ยอมรับความจริงและปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์นั้นๆ เมื่อเห็นว่าไม่ขัดกับความรู้สึกของตน และสังคมส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นการลดความเครียดได้ ส่วนการไม่ยอมรับจะเป็นการสร้างความคับข้องใจทำให้เครียดมากขึ้นและเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิต
2. ใช้กลไกการปรับตัวโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาเพื่อลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้น
3. หาที่พึ่งและความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเครียดที่มีอยู่ เช่น การระบายออกด้วยการพูด สนทนาหรือขอคำแนะนำปรึกษา แล้วแต่ว่าปัญหาความเครียดนั้นจะมีลักษณะอย่างไร

ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self Actualization)

ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงเป็นความต้องการสูงสุดของบุคคล ยิ่งอายุมากขึ้นเท่าไรยิ่งมีความสามารถสนองความต้องการขั้นนี้ได้มากขึ้น ผู้สูงอายุที่สามารถบรรลุคุณธรรมนี้ได้คือ ผู้ที่มองโลกในแง่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความกระตือรือร้น และเอาใจใส่ต่อชีวิต มีความคิดสร้างสรรค์ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

Erickson (1974 อ้างใน รังสิต ห่มระฤก, 2533) ได้อธิบายว่า ความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริงเกิดจากการมีความรู้สึกเต็มเปี่ยมไปด้วยความพอใจในชีวิตที่ผ่านมา สามารถมองชีวิตได้อย่างสุขุมเยือกเย็น เกิดความรักและห่วงใยในคนรุ่นต่อไป ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นบุตรหลานโดยตรง โดยเกิดความรู้สึกห่วงใยในอนาคตมนุษยชาติ ห่วงใยสังคมและประเทศชาติ ยินดีและภาคภูมิใจที่ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่ผ่านมาแก่ลูกหลานหรือบุคคลอื่น

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านนี้ ได้แก่

1. รับรู้ความจริงอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเผชิญกับความไม่แน่นอนต่างๆ ที่เกิดจากการเปลี่ยนในวัยสูงอายุ เช่น รายได้ บทบาท และภาวะสุขภาพ เป็นต้น โดยมีการวางแผน กำหนดจุดมุ่งหมายของชีวิตภายในขอบเขตที่เป็นไปได้ มีงานอดิเรก และกิจกรรมพิเศษต่างๆ
2. การยอมรับตนเอง ยอมรับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมในสภาพที่เป็นอยู่ โดยการยอมรับความเสื่อมโทรมของร่างกาย ความแตกต่างระหว่างบุคคล การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม รู้จักช่วยเหลือตนเองในขอบข่ายที่เหมาะสม รู้จักรักผู้อื่นและให้ผู้อื่นรัก ตลอดจนแสวงหาความพอใจจากสภาพที่เป็นอยู่
3. มีการแสดงความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ตามสภาพธรรมชาติ เช่น การให้คำแนะนำปรึกษา หรือแสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผล ไม่ดิ่งดันให้ผู้อื่นทำตามเพราะตนเองอาวุโส และมีการวางตัวที่เหมาะสมตามกาลเทศะ
4. เอาใจใส่ต่อสวัสดิการของมนุษย์ มีความห่วงใยในสังคมและประเทศชาติ ให้ความร่วมมือในการทำประโยชน์ต่อส่วนรวมและเป็นตัวอย่างที่ดีในสังคม

5. มีความประทับใจในประสบการณ์พื้นฐานอย่างลึกซึ้ง และนำประสบการณ์เหล่านั้นถ่ายทอดให้เกิดประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

6. สร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้วยความพอใจและจริงใจในกลุ่มคน 2 – 3 คน มากกว่าคนส่วนใหญ่ในสังคม มีบุคคลใกล้ชิดที่จะปรึกษาหรือรับความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

7. เข้าใจชีวิตจากโลกทัศน์ที่มีเป้าหมาย มีความคิดสร้างสรรค์ มีการแก้ปัญหาโดยยึดปัญหาเป็นศูนย์กลางมากกว่ายึดตนเอง และมีอารมณ์ขัน

การช่วยเหลือพึ่งพากัน (Interpersonal Support)

ในวัยผู้สูงอายุนี้เป็นวัยที่มีเวลามากขึ้นเนื่องมาจากการไม่ได้ประกอบอาชีพ บุตร ธิดา ที่โตขึ้นอาจออกเรือนไปแล้ว หรือไปทำงานยังต่างถิ่น การตายของเพื่อนสนิท สามีหรือภรรยา ทำให้คนชรามีความต้องการทางสังคมในด้านต่างๆ ค่อนข้างสูง เช่น ความเป็นเพื่อน การมีกลุ่มบุคคลร่วมวัย การต้องการผู้สนใจ ผู้ร่วมทุกข์ ผู้ยอมรับนับถือ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งร่วมวัยและต่างวัย นอกเหนือไปจากสมาชิกในครอบครัวและญาติพี่น้อง แม้ว่าศูนย์กลางของสัมพันธ์ทางสังคมจะเน้นในทางครอบครัวก็ตาม การร่วมกิจกรรมทางสังคม งานพิเศษและงานอดิเรก เป็นหนทางสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534)

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2532) ได้เสนอแนะวิธีปฏิบัติตัวในการให้ความช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกันของผู้สูงอายุคือ

1. การติดต่อกับผู้อื่น เป็นการร่วมกิจกรรมกับบุคคลต่างๆ เช่น เพื่อนบ้าน หรือการเข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์กรหรือชมรมต่างๆ ที่ชอบและเห็นว่าจะทำประโยชน์แก่สังคมได้ตามความรู้ความสามารถของตนเอง ติดตามข่าวสาร คุุปายประกาศ การไปฟังบรรยาย ร่วมกิจกรรมของชุมชนตามแต่โอกาสจะเอื้ออำนวย

2. ติดต่อกับผู้ใกล้ชิด ควรพยายามหาผู้ใกล้ชิดเพื่อจะได้ปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ ควรไปมาหาสู่ญาติเพื่อมีการติดต่อกันอย่างเป็นประจำโดยวิธีการต่างๆ เช่น การเขียนจดหมาย การพูดคุย โทรศัพท์ เชิญญาติมาที่บ้าน หรือเชิญร่วมเดินทางไปพักผ่อน หรือทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยกัน เป็นต้น

3. ควรคงความเป็นเพื่อน โดยการติดต่อกับเพื่อนเก่า ในวัยสูงอายุเพื่อนรุ่นเดียวกันมักเสียชีวิต ทำให้จำนวนเพื่อนในกลุ่มลดลง การสร้างเพื่อนใหม่จึงจำเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อขยายวงสังคมให้กว้างขึ้น เพื่อนของผู้สูงอายุจึงไม่ควรจำกัดอยู่ในวงแคบๆ เฉพาะบุคคลรุ่นราวคราวเดียวกันเท่านั้น ความแตกต่างของอายุจะทำให้เกิดจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน โดยเฉพาะความเป็นเพื่อนกับผู้ที่มียุคต่างกันในหมู่ญาติด้วยกันนั้นมีความสำคัญมาก หลานๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขชื่น ร่าเริง และยังทำให้เป็นครอบครัวที่มีความอบอุ่นด้วย

4. การติดต่อกับสิ่งมีชีวิตอื่นๆ การใช้เวลาว่างในการทำสวน ปลูกผัก เลี้ยงสัตว์ จะช่วยให้ชีวิตมีความสุขจากการได้เห็นการเจริญเติบโตของพืชหรือสัตว์นั้นๆ

5. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ศาสนาเป็นเครื่องช่วยให้มนุษย์ได้ยึดเหนี่ยว เพื่อเปลี่ยนจากการที่เป็นเพียงมนุษย์ โดยเป็นการมีชีวิตที่มีความหมาย และอยู่อย่างมีความสำคัญ กิจกรรมทางศาสนาต่างๆ เป็นกิจกรรมสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

จากการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น สามารถสรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุนั้น โดยพื้นฐานจะมีความแตกต่างกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคลทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของอาหารการกินที่ควรต้องระมัดระวังอาหารบางประเภทอันอาจก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายได้ หรือควรเพิ่มอาหารประเภทเส้นใยมากขึ้นเพื่อสะดวกต่อการขับถ่าย หรือเรื่องของการออกกำลังกายซึ่งควรทำให้เหมาะสมไม่หักโหมเกินไป เป็นต้น การศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุครั้งนี้ จะได้นำข้อมูลในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุมาใช้เป็นแนวทางการศึกษาเรื่องความรู้ในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพในศาสนาพุทธ

วิชิต เปานิล (2546) กล่าวว่า ศาสนาพุทธให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพในฐานะที่เป็นพื้นฐานความเข้าใจโลก ชีวิต และสรรพสิ่งแบบศาสนาพุทธ เรื่องของสุขภาพในศาสนาพุทธได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดคุณค่า และความหมายของการเจ็บป่วย รวมทั้งทำที่ต่อการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และกิจกรรมอื่นๆ อันสืบเนื่องอยู่กับชีวิต และสุขภาพ ในสังคมที่ยอมรับศาสนาพุทธนั้น พระพุทธเจ้าทรงให้ความสำคัญกับชีวิตและร่างกาย ทั้งในส่วนของปฏิบัติส่วนบุคคล เช่น การดูแลสุขภาพอนามัยด้านต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ การไว้ผม การไว้เล็บและการตัดเล็บ การถ่ายอุจจาระ การใช้ไม้ชำระฟัน การใช้ภาชนะในการฉันอาหารหรือการดื่มร่วมกัน การสวมรองเท้า การฉันอาหาร การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการเดินจงกรมที่ช่วยให้ร่างกายมีอาพาธน้อย การดูแลสุขภาพจิต และ

การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข เช่น การสอนให้พระสงฆ์ช่วยกัน รักษาพยาบาลยามเจ็บไข้ การให้ความเชื่อถ้อยซึ่งกันและกัน

พระมหาจรรยา สุทธิญาโน (2544) กล่าวว่าสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงมีทัศนะเกี่ยวกับ เรื่ององค์ประกอบต่างๆ ของชีวิต เป็นมุมมองชีวิตแบบองค์รวมที่สำคัญคือ การไม่ดำเนินชีวิตอย่าง ประมาท กล่าวคือการดูแลสุขภาพกายและจิตของตนเองอย่างต่อเนื่อง ไม่ปล่อยปละละเลย ดังพุทธ พจน์ว่า “ความประมาทเป็นหนทางแห่งความตาย” ในแง่มุมทางสุขภาพสามารถอธิบายได้อย่าง ชัดเจนว่า ถ้าดำรงชีวิตอย่างไม่ประมาทจะไม่ตายก่อนเวลาอันสมควร เรื่องของอุบัติเหตุและโรคร้ายไข้ เจ็บหลายๆ เรื่อง มีสาเหตุมาจากการดำเนินชีวิตอย่างประมาท ขาดสติ ขาดความยั้งคิดใคร่ครวญ สุดท้ายจะเกิดผลกลับมาทำลายสุขภาพตนเอง เช่น การกิน การดื่ม ถ้าทำไปอย่างขาดสติ ทำไปเพื่อ สนองกิเลสตัณหาในตนเอง ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมถึงตายได้ หากมองจากมุมมองของศาสนาพุทธ จะพบว่า โรคร้ายไข้เจ็บหลายชนิดป้องกันได้ด้วยการเจริญสติ และดำรงชีวิตอย่างมีสติ หรือพูด โดยรวมว่าการปฏิบัติธรรมอย่างถูกต้องและต่อเนื่องสามารถป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บและอุบัติเหตุอัน เป็นสาเหตุแห่งการทำลายสุขภาพที่ดีได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การปฏิบัติธรรมเพื่อความสมบูรณ์ของ สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ กระทำได้กับทุกคน ทุกเวลา ทุกสถานที่

การปฏิบัติตนด้านสุขภาพตามหลักการของศาสนาพุทธจะให้ความสำคัญกับทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต โดยคำนึงถึงทั้งสองส่วนอย่างสมดุลกันคือ นามกับรูป หรือกายกับจิต ไม่เน้นส่วนใด ส่วนหนึ่งหรือแยกส่วนไปอย่างเดียวๆ เพราะทางศาสนาพุทธมองว่ากายกับจิตมีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องกัน ถ้าแยกกายกับจิตออกจากกันสุขภาพของมนุษย์ก็จะอยู่ในสภาพครึ่งๆ กลางๆ ไม่สมบูรณ์ แท้ ในเรื่องของหลักการดำเนินชีวิตตามหลักพุทธธรรมนั้น เน้นการดำเนินชีวิตที่เรียบง่ายท่ามกลาง สิ่งแวดล้อมอันบริสุทธิ์สงบ รับประทานอาหารที่บริสุทธิ์ ดื่มน้ำที่บริสุทธิ์ หายใจได้อากาศที่บริสุทธิ์ จิตใจได้รับอารมณ์ที่บริสุทธิ์ ช่วยให้ชีวิตบริสุทธิ์มีโรคร้ายไข้เจ็บน้อย ร่างกายกระปรี้กระเปร่าอยู่เป็น สุข สิ่งที่สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าเน้นเป็นอย่างยิ่งคือการดำเนินชีวิตอย่างมีสติสัมปชัญญะ

สำหรับในเรื่องการปฏิบัติตน และการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ปรากฏในพระไตรปิฎก พอ สรุปได้ดังนี้ (มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2548)

ด้านร่างกาย

1. การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ศาสนาพุทธเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ อนามัยส่วนบุคคลของพระสงฆ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การไว้ผม ไม่ให้ไว้ผมยาว อนุญาตให้ไว้ผมยาวได้ 2 เดือน หรือยาวได้ประมาณ 2 นิ้ว ถ้าภายใน 2 เดือน ผมยาวถึง 2 นิ้ว ให้ตัดภายใน 2 เดือนไม่ควรปล่อยไว้ หรือแม้ว่าผมจะยังไม่ยาว ก็ไม่ควรปล่อยไว้เกิน 2 เดือนแม้แต่วันเดียว นอกจากนี้ยังห้ามใช้แปลงหวีผม หรือนิ้วมือเสยผม ไม่ให้ใช้น้ำมันเสยผมด้วยประการทั้งปวง

1.2 การไว้เล็บและการตัดเล็บ โดยห้ามพระสงฆ์ไว้เล็บยาว

1.3 การใช้ไม้ชำระฟัน (แปรงสีฟัน) เป็นตัวอย่างที่สอนให้พระสงฆ์ดูแลร่างกายอยู่เสมอเพื่อไม่ให้เกิดอาพาธ โดยมีการกล่าวถึงประโยชน์ของการใช้ไม้ชำระฟัน (แปรงสีฟัน) ไว้ 5 ประการคือ ช่วยให้ตาสว่าง ปากไม่มีกลิ่น ประสาทลิ้นรับรสได้ดี น้ำดีและเสมหะไม่ก่อหุ้มอาหาร และเจริญอาหาร

1.4 การไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่น

1.5 กรณีพระสงฆ์ทำแตกอนุญาตให้สวมรองเท้าหลายชั้นที่ใส่แล้ว รวมทั้งอนุญาตให้พระสงฆ์สวมรองเท้าในอารามได้ ยกเว้นขณะเดินจงกรม

1.6 ห้ามพระสงฆ์ทำเปื้อน ไม่ล้างเท้า ทำเปื้อน หรือสวมรองเท้าเหยียบเสนาสนะ

1.7 การถ่ายอุจจาระ หลังจากถ่ายแล้วต้องล้างทำความสะอาดทุกครั้งเมื่อน้ำอยู่จะไม่ล้างไม่ได้ รูปใดไม่ล้างต้องอาบัติทุกกฏ

1.8 พระสงฆ์สามารถอาบน้ำได้ตลอดเวลา ยกเว้นประเทศที่ขาดแคลนน้ำ อนุญาตให้ 15 วัน สามารถอาบน้ำได้ 1 ครั้ง

1.9 พระสงฆ์ที่ทุพพลภาพเพราะชรา เมื่อสรงน้ำไม่สามารถถูกายได้พระพุทธรูปเจ้าทรงอนุญาตให้ใช้เกลียวถูกายได้ และในกรณีที่พระสงฆ์อาพาธต้องทายาในที่ลับอนุญาตให้โกนขนในที่ลับได้

2. การฉันอาหาร

การบริโภคอาหารในทางศาสนาพุทธนั้น ไม่ได้เป็นจุดมุ่งหมายสุดท้ายเหมือนดังที่สังคมทั่วไปปฏิบัติกัน แต่ศาสนาพุทธถือว่าการบริโภคอาหารเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติเพื่อไปถึง

จุดมุ่งหมายสูงสุดในศาสนาพุทธคือ พระนิพพาน การบริโภคอาหารของพระสงฆ์ในศาสนาพุทธ เรียกว่า “การฉัน” ซึ่งเป็นศัพท์เฉพาะที่ใช้กันในกลุ่มสงฆ์ สามเณร การบริโภคหรือการฉันในทางศาสนาพุทธมีข้อวัตรปฏิบัติเหมือนพระพุทธรเจ้า ซึ่งพระพุทธรเจ้าตรัสไว้เป็นข้อบัญญัติแก่พระสงฆ์ในเรื่องการฉันอาหาร ดังนี้

2.1 อาหารที่ทรงอนุญาต อาหารทุกชนิดที่อนุญาตนั้นจะมีเงื่อนไขคือ จะต้องฉันภายในเวลาที่กำหนด แม้ในพระไตรปิฎกและอรรถกถา เมื่อกล่าวถึงชนิดอาหารที่ฉันหรืออาหารที่มีคนนำมาถวาย จะกล่าวรวมๆว่าเป็น ของควรเคี้ยว (ขาทนิยะ) ของควรฉัน (โกชนนิยะ) ไม่ระบุแน่ชัดไปว่าชนิดไหนก็ตาม แต่ก็หมายถึงอาหารที่ทรงอนุญาตไว้ว่าควรฉันได้ หรือที่เรียกว่า “ของฉัน” ได้แก่ โภชนะ 5 ชนิด ดังนี้

2.1.1 ข้าวสุก ได้แก่ ธัญพืชทุกชนิดที่หุงสุกแล้ว เช่นข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวฟ่าง เป็นต้น

2.1.2 กุมมาส ได้แก่ ขนมสดชนิดต่างๆ ที่จะบูดได้เมื่อเลยเวลาอันสมควร เช่น ขนมหอม ขนมเปรี้ยว เป็นต้น

2.1.3 สัตต ได้แก่ ขนมหั้วชนิดต่างๆ ที่ไม่บูด เช่น ลูกกี้ ขนมหั้วกรอบ เป็นต้น

2.1.4 ปลา ได้แก่ สัตว์น้ำต่างๆ ทุกประเภท

2.1.5 เนื้อ ได้แก่ เนื้อของสัตว์บกและสัตว์มีปีกบางชนิดที่ทรงอนุญาต

ส่วนผลไม้ชนิดต่างๆ และพืชผักทั้งที่มีเหง้า และไม่มีเหง้า เช่น เผือกมัน เป็นต้น ของขบเคี้ยว ไม่นับเข้าเป็นโภชนะแต่ก็จัดเป็นอาหารเหมือนกัน เหล่านี้พระสงฆ์สามารถฉันได้ แต่ต้องฉันภายในเวลาที่กำหนดให้เท่านั้น คือตั้งแต่เช้าถึงเที่ยงวัน หรือฉันได้เพียงมือเช้ากับมือกลางวัน ถ้าพระสงฆ์รูปใด ฉันของเคี้ยวของฉันที่เป็นอาหารในเวลาวิกาล คือตั้งแต่เที่ยงไปแล้วจนถึงวันใหม่ ต้องอาบัติปาจิตติย์ ลิกขาบทที่ 6 โภชนวรรค ในปาจิตติยกัณฑ์

อาหารที่ฉันกับกาลนั้น เรียกว่า กาลิก คืออาหารที่อนุญาตให้พระสงฆ์เก็บไว้และฉันในเวลาที่กำหนดมี 4 อย่าง คือ

1. ยาวกาลิก คืออาหารและผลไม้ที่รับประทานไว้และเคี้ยวกินได้ในที่จำกัดเวลา คือช่วงเวลาเช้าถึงเที่ยงวัน เช่น ข้าวสุก แกง กับ เป็นต้น

2. ยามกาลิก คืออาหารชนิดที่รับประทานและสามารถเก็บไว้ฉันได้ชั่วยาม คือ 1 วัน กับ 1 คืน ก่อนรุ่งอรุณของวันใหม่ ได้แก่ผลไม้บางชนิดที่ทรงอนุญาตไว้ เรียกว่า น้ำอัฐูปานะ

3. สัตตหาลิก คืออาหารที่รับประทานและสามารถเก็บไว้ฉันภายใน 7 วัน เช่น เกล็ดทั้ง 5 คือ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย

4. ยาวชีวิก คืออาหารที่รับประทานแล้วสามารถเก็บไว้ฉันได้ตลอดชีวิต เช่น ยารักษาโรคต่างๆ

กาลิกทั้ง 4 นี้ถ้าระคนปนกันจะนับอายุตามกำหนดเวลาของกาลิกที่มีอายุสั้น เช่น น้ำอัฐูปานะ ปนกับอาหารที่ฉันได้เพียงเช้าถึงเที่ยงวัน น้ำผึ้งปนกับน้ำอัฐูปานะจะฉันได้เพียงวันคืนหนึ่ง ก่อนรุ่งอรุณเท่านั้น หรือยารักษาโรคปนกับน้ำผึ้ง น้ำอ้อย ก็เก็บไว้ฉันได้เพียง 7 วัน สำหรับอาหารที่เป็นยาวกาลิก ทรงอนุญาตให้ฉันเพื่อบำบัดความหิว สืบต่อชีวิตเพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ พระสงฆ์ที่ฉันอาหารเกินเที่ยงวัน ไปต้องอาบัติปาจิตตีย์ ตกเป็นโทยเพราะฉันอาหารในยามวิกาล น้ำอัฐูปานะ รวมทั้งน้ำผลไม้สังเคราะห์พระสงฆ์ฉันได้เพื่อแก้กระหาย เพื่ออนุเคราะห์แก่ทายกผู้ปรารถนาจะทำทานในยามวิกาล อัฐูปานทาน สามารถถวายได้ทั้งกลางวันและกลางคืน สัตตหาลิก หรือเรียกว่า “เกล็ดขร” ดังที่ได้กล่าวข้างต้น พระสงฆ์จะฉันได้ก็ต่อเมื่ออาพาธเป็นโรคผอมเหลือง ฉันอาหารไม่ได้ หรือ อ่อนเพลียไม่มีแรง ถ้าไม่มีเหตุดังกล่าวพระสงฆ์ฉันต้องอาบัติทุกกฏ ยารักษาโรคที่เป็นยาวชีวิกก็เช่นกันเมื่อมีเหตุป่วยไข้จึงฉันได้

เกล็ดขร หรือยา รวมถึงอุปกรณ์ในการรักษาโรคต่างๆ ในพระไตรปิฎกนั้น เกล็ดขรเป็นสิ่งที่พระพุทธรเจ้าอนุญาตให้ฉันได้ตลอดชีวิต และมีข้อห้ามน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าพระพุทธรเจ้าได้เล็งเห็นความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ และยังจะเห็นได้จากพุทธพจน์ที่ตรัสว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” นอกจากนี้ พระพุทธรเจ้ายังทรงให้พิจารณาในการฉันยาทุกครั้ง เพื่อให้คำถึงอรรถประโยชน์ที่แท้จริง โดยให้พระสงฆ์พิจารณาอย่างแยกคางว่า ยาเป็นเครื่องประกอบอันเป็นปัจจัยสำหรับคนไข้ มิใช่ไว้เพื่อกำจัดเวทนาทั้งหลายเนื่องจากอาพาธต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อความเป็นผู้ที่ไม่มิโรคลัยมาเบียดเบียน (พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาส อินทปัญโญ), 2529)

อาหารที่ทรงห้าม

นอกจากอาหารที่ทรงอนุญาตตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ยังมีอาหารประเภทเนื้อสัตว์บางชนิดที่ทรงห้ามไม่ให้พระสงฆ์ฉันโดยเด็ดขาด ได้แก่ เนื้อสัตว์ 10 ชนิด คือ เนื้อมนุษย์ เนื้อช้าง เนื้อม้า เนื้อสุนัข เนื้องู เนื้อราชสีห์ เนื้อเสือโคร่ง เนื้อเสือเหลือง เนื้อหมี เนื้อเสือดาว จะเห็นได้ว่าพระพุทธเจ้าไม่ได้ทรงห้ามพระสงฆ์ฉันเนื้อทุกชนิดโดยเด็ดขาด พระสงฆ์สามารถฉันอาหารประเภทเนื้อสัตว์ได้เมื่อไม่เห็นว่าเป็นขมา ไม่ได้ยินมาว่าเขาเตรียมมาเพื่อเรา ไม่ทราบว่าเป็นขมาเพื่อตน

พระพุทธเจ้าทรงให้พิจารณาก่อนการฉันอาหารทุกครั้ง หรือหลังจากการฉันแล้ว โดยมีหลักคือ การฉันนั้นจะต้องเป็นไปเพื่อการดำรงอยู่ได้ เพื่อระงับความหิว เพื่ออนุเคราะห์แก่พรหมจรรย์ ไม่ใช่ฉันอาหารเพื่อความมัวเมา มุ่งหวังให้มีผิวพรรณสวยงาม หรือเพื่อให้ร่างกายอ้วนพี เพราะการฉันอาหารโดยพิจารณาคุณค่าที่แท้จริง คือเพื่อระงับความหิวนั้นจะปราศจากโทษ และทำให้มีชีวิตที่มีความสุข การได้รับอาหารมาฉันสำหรับพระสงฆ์นั้นจะต้องเป็นไปอย่างบริสุทธิ์ พระสงฆ์ต้องเป็นผู้เลี้ยงง่ายเป็นผู้มีสติในการฉันทุกครั้ง และต้องรู้คุณค่าที่แท้จริงของอาหารนั้นว่าฉันไปเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกายให้ดำเนินกิจกรรมไปด้วยดี ไม่เกิดสิ่งที่เป็นโทษกับตนเอง พระสงฆ์มีข้อปฏิบัติในการฉันอาหารคือ ไม่สามารถประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคตนเองได้ ไม่สามารถฉันของฉันในยามวิกาลได้ พระสงฆ์นั้นต้องฝากท้องไว้กับผู้อื่น คือต้องอาศัยข้าวปลาที่ผู้อื่นถวายมาเลี้ยงชีวิต การเป็นอยู่ของพระสงฆ์จึงเกี่ยวข้องกับผู้อื่น ดังนั้นพระสงฆ์ต้องดำรงชีพอยู่ได้ด้วยสิ่งของที่เขากวายนมาด้วยศรัทธา (พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ อินทปญฺญ), 2529)

นอกจากหลักในการปฏิบัติเรื่องอาหาร และการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับอาหารที่กล่าวไว้ในเบื้องต้น ในพระไตรปิฎกยังมีกล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เจ็บไข้หรืออายุสั้นไว้ 7 ประการ คือ (สมเด็จพระมหาธีรราช (มานิต ถาวโร), 2514)

1. ทำสิ่งที่ไม่เป็นที่สบายแก่ตนเอง คือไม่รู้จักรักษาความสะอาดในที่อยู่อาศัย ตลอดถึงเรือน้ำและอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่นอน และภาชนะ รวมความไว้ว่า ไม่รู้จักรักษาสุขภาพอนามัย บริโภคไม่เลือกกว่าสะอาดปลอดโรคภัยหรือไม่ ไม่รู้จักระวังภัยสิ่งอันให้โทษเป็นสื่อแห่งโรคภัยไข้เจ็บ
2. ไม่รู้จักประมาณในสิ่งที่เป็นที่สบายนั้น คือไม่รู้จักพอดีพอควรในสิ่งอันเป็นที่สบายนั้น เช่น บริโภคเกินความต้องการของร่างกาย

3. บริโภคสิ่งที่ย่อยยาก คือสิ่งใดย่อยยาก สิ่งนั้นเป็นอันตรายต่อกระเพาะและลำไส้ เมื่อบริโภคมากหรือบริโภคเสมอ ก็พาให้เจ็บป่วย เข้าลักษณะเห็นแก่กินหรือเห็นแก่อร่อย ไม่คำนึงถึงโทษหรือทุกข์ที่จะเกิดจากการกิน

4. การเที่ยว การเที่ยวเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ คลายความเหน็ดเหนื่อยกายใจ ถ้าเที่ยวในที่ไม่ควรเที่ยว เช่น ในเวลากลางคืนที่ควรจะนอนพักผ่อนให้ร่างกายมีกำลัง แต่ไปเที่ยวไม่ยอมนอน ต้องอดนอนเพราะเที่ยว ก็พาให้ร่างกายทรุดโทรมอ่อนแอ เป็นบ่อเกิดแห่งโรคได้ง่าย ทำให้เจ็บป่วยต้องเสียเวลารักษา

5. ไม่สำรวมในกามนั้น คือการประพฤติดุปฏิบัติตามอำนาจความใคร่ ย่อมพาให้ร่างกายทรุดโทรมอ่อนแอ เป็นบ่อเกิดแห่งโรคได้มาก ข้อนี้เน้นสำหรับผู้ครองเรือน

6. เป็นคนทูลีล ประพฤติปฏิบัติให้เกิดความเดือดร้อนทั้งตนเองและผู้อื่น การปฏิบัติเช่นนี้ย่อมก่อให้เกิดศัตรูเวรภัยมากมาย กินอยู่หลับนอนไม่เป็นปกติสุข มีความหวาดระแวงอยู่เสมอหาความสุขไม่ได้ พาให้สุขภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมไปด้วย

7. การคบเพื่อนชั่ว การคบเพื่อนชั่วย่อมพากันไปในทางเลวทราม ตกต่ำลงทุกวัน ย่อมเสื่อมเสียทั้งร่างกายและจิตใจ

ส่วนเหตุแห่งความไม่เจ็บไข้ พึงทราบโดยในตรงข้าม บุคคลผู้ปรารถนาความไม่มีโรคจึงต้องเป็นคนรักสะอาด รังเกียจสกปรก รักษาที่อยู่อาศัยของตนให้สะอาด เครื่องอุปโภคบริโภคต้องสะอาด อยู่เสมอ รู้จักความพอดีในอาหารการกิน บริโภคสิ่งที่ย่อยง่าย เที่ยวในกาลที่ควรเที่ยว สำรวมในกาม ความใคร่ความอยาก ตั้งอยู่ในศีลธรรมเว้นการก่อเวรภัยอันจะนำทุกข์มาสู่ตนทั้งร่างกายและจิตใจ คบเพื่อนที่พากันแสพแต่สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย จิตใจ

3. การออกกำลังกาย

เนื่องจากพระสงฆ์ฉันอาหารประณีต จนร่างกายอ้วนและมีอาพาธมาก พระพุทธเจ้าจึงอนุญาตในการจงกรม และเวียนไฟ สำหรับเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งการเดินจงกรมเป็นการปฏิบัติทั้งเพื่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต เป็นการเดินที่พระสงฆ์จะต้องกำหนดสติอยู่ที่การเดินทุกก้าว ไม่ว่าจะเป็นการเดินเร็วหรือช้า สิ่งสำคัญคือการกำหนดสติที่การเดิน โดยเป็นการเดินไปมาในที่ที่ไม่ไกลมาก

นัก เป็นการออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไปตามธรรมชาติ ความอบอุ่นหรือความร้อนที่ได้จากการเดินจงกรมจึงเป็นความอบอุ่นของร่างกายที่ออกมาอย่างสมดุล (พระมหาจรรยา สุทธญาโณ, 2544)

นอกจากนี้พระพุทธเจ้ายังได้ตรัสอานิสงส์ของการเดินจงกรมไว้ 5 ประการ คือ เป็นผู้มีความอดทนต่อการเดินทางไกล เป็นผู้มีความอดทนต่อการบำเพ็ญเพียร เป็นผู้มีความอดทนน้อย อาหารที่กินเข้าไปย่อยย่อยง่าย และสมาธิที่ได้จากการเดินจงกรมจะตั้งอยู่ได้นาน เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ของการเดินจงกรมจะเห็นได้ว่าการเดินจงกรมเป็นการดูแลสุขภาพสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจวิธีหนึ่ง เป็นการดูแลสุขภาพที่ไม่ต้องลงทุนอะไรเลย โดยทางร่างกาย การเดินจงกรมจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง อาหารย่อยง่าย ไม่มีสิ่งหมักหมมในร่างกายในอันที่จะก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ส่วนในทางจิตใจ การเดินจงกรมจะช่วยให้มีจิตใจที่เป็นสมาธิ จิตใจก็จะปลอดจากความเศร้าหมองและกิเลสรบกวนซึ่งถือเป็นเรื่องของสุขภาพจิตโดยตรง (สมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า (มานิต ถาวโร), 2514)

หลักการออกกำลังกายของพระสงฆ์

พระสงฆ์เป็นบุคคลที่ควรแก่การเคารพกราบไหว้ เนื่องจากเป็นบุคคลที่ต้องดำรงอยู่ในกฎระเบียบที่เรียกว่า พระธรรมวินัย การกระทำใดแม้กระทั่งไม่ปรากฏในธรรมวินัย แต่เข้าข่ายเป็นโลกวัชชะ คือ โลกดำเนินดีแต่ทำไม่ได้ ไม่เหมาะสมกับสมณะสาธูป ก็ทำไม่ได้ ดังนั้นจึงทำให้พระสงฆ์ โดยเฉพาะพระสงฆ์ฝ่ายเถรวาทนั้นติดขัดด้วยกฎนอกจากที่เป็นกฎในพระธรรมวินัย และยังมิมีกฎทางวัฒนธรรม ประเพณีด้วย แต่สำหรับในเรื่องของการออกกำลังกายของพระสงฆ์นั้น การออกกำลังกายในความหมายของคนทั่วไปกับความหมายในพระพุทธศาสนานั้นใช้ต่างกัน ความหมายของการออกกำลังกายของคนทั่วไปนั้นเป็นไปเพื่อให้เกิดกำลังเพื่อให้ ร่างกายเป็นประโยชน์ต่อการกระทำกิจของชาวโลก ทำทางการออกกำลังกายจึงกระทำได้อย่างหลากหลายและกระทำได้ในที่ๆ เปิดเผยได้ บางครั้งการออกกำลังกายมีคำว่า เล่นออกกำลังกายด้วย แต่การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์นั้นมีความหมายจำกัดเฉพาะ ทางพระพุทธศาสนาใช้คำว่า "บริหารชั้น" หรือ การบริหารร่างกาย การออกกำลังกายของพระสงฆ์จึงแคบกว่า โดยต้องคำนึงถึงคำว่า ไม่ใช่เพื่อเล่นเพื่อเมามัน เพื่อความกำยำของร่างกาย แต่เพื่อให้ชั้นนี้ดำเนินไปได้ ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ในพระพุทธศาสนาจึงถือว่า การบิณฑบาต กวาดวัด เป็นการบริหารชั้นไปด้วย นอกเหนือจากการกระทำกิจวัตรของพระสงฆ์แล้ว ทำปฏิบัติแบบโยคะบางท่าก็เป็นการออกกำลังกายด้วย เมื่อดูจากคำว่า การบริหารชั้น คือ ร่างกายนี้ ก็หมายความว่า พระสงฆ์สามารถจะออกกำลังกายคือบริหารชั้นนี้ได้ แต่ต้องเป็นการออกกำลังกายด้วยความสำรวม ระวัง ไม่ยังให้ศรัทธาปสาทะของสาธุชนผู้เฝ้าในธรรมเสื่อมไป ต้องทำด้วยความเหมาะสม พอดี ทำในที่อันควร ไม่แสดงไปตามวิสัยของชาวบ้านพระพุทธเจ้าทรงใช้วิธี ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสมณเพศเป็นอย่างดี ทรงยึด

หลักการปรับเปลี่ยนอิริยาบถทั้ง ๔ ยืน เดิน นั่ง นอน ให้มีความสมดุล โดยเฉพาะอิริยาบถเดิน ได้แก่ การเดินบิณฑบาต เช้าตรู่ของทุกวัน พระพุทธเจ้าและพระสาวก จะออกเดินบิณฑบาต ไปตามหมู่บ้านเป็นประจำ การบริหารกายนั้นต้องประกอบไปด้วยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน ส่วนการบริหารทางจิตนั้นต้องรู้จักปล่อยวาง รู้จักคิดให้ถูกทางให้เป็นประโยชน์ เมื่อสุขภาพทางกายและสุขภาพทางใจมีความสมดุลอย่างเหมาะสม ชีวิตจึงจะมีความสุข เมื่อร่างกายขาดความสมดุลกัน สิ่งใดสิ่งหนึ่งทำงานหนัก หรือหย่อนเกินไป การบริหารกายไม่สม่ำเสมอเป็นสาเหตุให้เกิดโรค (พระพรหมคุณาภรณ์ (ประยุทธ ปยุตโต), 2547)

ดังนั้น การออกกำลังกายทุกวัน ก็เพื่อต้องการให้พระภิกษุ สามเณร มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง มีสภาวะจิตที่ดี จึงเป็นเรื่องที่ต้องนำมาพิจารณา เพื่อกำหนดให้พระสงฆ์ได้ออกกำลังกายในท่าทางและสถานที่อันเหมาะสมได้ ประโยชน์อันจะได้จากการออกกำลังกายนั้นมีจำนวนมาก ทั้งเพื่อให้มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เหมาะสมต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพระสงฆ์ในการเผยแผ่พระพุทธศาสนาและเพื่อ ป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บ เป็นการรักษาสุขภาพ และเพื่อรักษาโรคร้ายที่เป็นอยู่แล้วให้หาย สำหรับบางวัดได้กำหนดท่าทาง การออกกำลังกายทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติธรรม บำเพ็ญสมาธิภาวนา เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตและอวัยวะทั้งภายนอกและภายใน และเพื่อให้ข้อต่อและกล้ามเนื้อของอวัยวะส่วนต่างๆ มีการพับและหดตัวอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน โดยกำหนดอิริยาบถต่างๆ ผลแห่งการได้ออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพดีขึ้น เจ็บป่วยน้อยลง ร่างกายต้องการอาหารดี หายใจเป็นปกติ อารมณ์จิตใจผ่องใสสำหรับทำบริหารชั้นของพระสงฆ์ที่สามารถทำได้ โดยการเคลื่อนไหวตามอิริยาบถทั้ง ๔ คือ ยืน เดิน นั่ง และนอน แต่การบริหารชั้นนี้มีใช้การบริหารธรรมดา แต่เป็นการกำหนดรู้เรียกว่า “การบริหารชั้นด้วยสติ” กล่าวคือ กำหนดรู้การเคลื่อนไหว ตามทันอิริยาบถ สามารถนำแนวการทำโยคะที่เหมาะสมและซึ่งงมาปรับใช้ได้ (สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2551) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกายของพระสงฆ์ในลักษณะที่ไม่ขัดต่อวินัยของสงฆ์ พระสงฆ์สามารถปฏิบัติเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงได้ ดังต่อไปนี้

1) การฝึกบริหารร่างกาย หรือ อาสนะ

อาสนะเป็นการฝึกบริหารร่างกายที่ดัดแปลงมาจากการบริหารร่างกายในท่า “อาสนีคัตถน” ซึ่งถือว่าเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นของประเทศไทย ในการดัดแปลงมาใช้สำหรับพระสงฆ์เพื่อบริหารร่างกายนั้น ได้นำมาใช้ในบางท่าที่ครอบคลุมการบริหารร่างกายในทุกะบบของร่างกาย และเป็นท่าทางที่สำรวม เหมาะสมแก่การปฏิบัติของพระสงฆ์ ซึ่งประกอบไปด้วย การบริหารร่างกายในท่านั่งต่างๆ เช่น การเหยียดแขน เหยียดขา การเอนตัวไปทางใดทางหนึ่ง การบริหารกล้ามเนื้อต้นคอโดย

หมุนกอไปรอบๆ เป็นต้น หรือทำยื่นโน้มตัวอย่างเข้าไปในทางใดทางหนึ่ง เป็นต้น (สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2551)

2) การเดินจงกรม

การเดินจงกรม หมายถึง การก้าวเดินอย่างมีสติ คำว่าจงกรม มาจากภาษาบาลีว่า จังกะมะ แปลว่าการก้าวย่าง โดยนำมาใช้ในการเจริญสติให้อยู่กับความเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อฝึกฝนให้มีสติ และเกิดสมาธิในการเดิน ซึ่งประกอบไปด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ (สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2551)

1. ยืนตัวตรงประสานมือไว้ด้านหน้าหรือด้านหลัง กำหนดพิจารณาไว้ว่ากำลังยืน
2. กำหนดในใจว่าจะเดิน
3. กำหนดเดินตามจังหวะที่ต้องการเดิน เช่น ยก ย่างเหยียบ
4. เมื่อจะหยุดกำหนดในใจว่าหยุด
5. เมื่อหยุดแล้วกำหนดในใจว่ายืน
6. จากนั้นกำหนดในใจว่าจะเดินกลับ
7. เมื่อเดินกลับก็กำหนดสติรู้ทันทุกอย่างก้าวจนกว่าจะหยุดการเดินนั้นๆ

ด้านจิตใจ

ศาสนาพุทธนั้นถือว่าจิตใจของคนโดยทั่วไปแล้วนั้นดั้งเดิมมีความบริสุทธิ์ผุดผ่อง เป็นจิตใจที่เบาสบายไม่มีภาวะความเครียด ความหนักใจ หรือความทุกข์ใดๆ อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากมีกิเลสต่างๆ เข้ามากระทบกับจิตใจนั้น ทำให้จิตใจขุ่นมัว เกิดเป็นอาการทางจิตใจ ส่งผลให้สุขภาพจิตไม่ดี และส่งผลต่อสุขภาพกายได้ โดยเรื่องการบำบัดจิตใจที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับกิเลส นั้นถือเป็นเรื่องสำคัญสูงสุดของศาสนาพุทธเพื่อที่จะให้จิตใจนั้นกลับเข้าสู่ภาวะบริสุทธิ์ผุดผ่องดังเช่นเดิม ในศาสนาพุทธนั้นมีวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการฝึกฝนจิตใจอยู่มากมาย โดยสามารถสรุปอุปาย

ต่างๆ ในการฝึกจิตใจตามที่ปรากฏอยู่ในพระไตรปิฎกได้ดังนี้ (สมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า (มานิต ถาวโร), 2514)

1. อุบายระงับความโกรธ โดยกล่าวถึงวิธีการพูดที่บุคคลอื่นจะใช้พูดกับพระสงฆ์ทั้งหลาย 5 ประการ คือ พูดตามกาลสมควรหรือไม่สมควร พูดเรื่องที่เป็นจริง หรือไม่เป็นจริง พูดคำที่อ่อนหวาน หรือหยาบคาย คำพูดที่มีประโยชน์ และมีเมตตาพูดหรือมีโทสะพูด ไม่ว่าบุคคลจะใช้วิธีการพูดอย่างไรให้พระสงฆ์ทั้งหลายพึงระลึกอยู่เสมอ

2. การทำจิตใจให้หนักแน่น ทำจิตใจให้ว่าง เยือกเย็น และบริสุทธิ์

3. การภาวนาต่างๆ บุคคลผู้ได้รับการอบรมกายและจิต มีลักษณะดังต่อไปนี้คือ เมื่อมีสุข เวทนาเกิดขึ้นก็ไม่มีความยินดีในสุขเวทนานั้น และเมื่อมีทุกข์เวทนาเกิดขึ้นก็ไม่เศร้าโศกเสียใจ ไม่ให้ทั้งสองสิ่งครอบงำจิตใจ เพราะเหตุที่อบรมจิตใจเช่นนี้อย่างดีแล้วความทุกข์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นก็ไม่สามารถครอบงำจิตใจได้

4. การอบรมจิตใจด้วยหลักกรรมฐานโดยการฝึกจิต ข่มจิตไม่ให้เผลอได้ รูป รส กลิ่น เสียง หรือสัมผัสที่น่าพอใจ ไม่ให้มีความขัดเคือง มองคนอื่นในแง่ร้าย ไม่ให้ฟุ้งซ่านต่างๆ

5. การอบรมจิตใจด้วยการเจริญภาวนา 4 อย่าง คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา

การฝึกฝนจิตใจในทางศาสนาพุทธนั้นเป็นไปเพื่อการดูแลรักษาจิตใจ คือ การทำจิตใจให้ปกติ บริสุทธิ์ ปราศจากการรบกวนจากอารมณ์อันขุ่นมัว มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อตนเอง และศาสนาดังต่อไปนี้ (พระพรหมมงคลจารย์ (ปัญญานันทภิกขุ), 2538)

1. ประโยชน์ต่อตนเอง

1.1 ด้านสุขภาพจิต ช่วยในการส่งเสริมให้สุขภาพจิตดีขึ้น ทำให้จิตใจผ่องใส สงบ เยือกเย็น ปลอดโปร่ง สบาย มีความจำ และสติปัญญาดีขึ้น รวมทั้งส่งเสริมสมรรถภาพทางจิตใจทำให้คิดอะไรได้รวดเร็วถูกต้อง และเลือกคิดแต่ในสิ่งที่ดีเท่านั้น

1.2 ด้านพัฒนาบุคลิกภาพ จะเป็นผู้ที่มิบุคลิกภาพที่ดี กระฉับกระเฉง มีความมองอาจสง่าผ่าเผย มีความมั่นคงทางอารมณ์ หนักแน่น เชื้อมั่นในตนเอง

1.3 ด้านชีวิตประจำวัน ช่วยให้เกิดความเครียด เป็นเรื่องการส่งเสริมประสิทธิภาพในการทำงาน และการศึกษาเล่าเรียน ช่วยส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง เพราะว่าร่างกายและจิตใจย่อมมีความสัมพันธ์กัน ถ้ามีจิตใจที่เข้มแข็งย่อมส่งผลเป็นภูมิคุ้มกันทางโรคที่ดีต่อร่างกาย

1.4 ด้านศีลธรรมจรรยา เป็นผู้มีสัมมาทิฐิ เป็นผู้มีคุณประพฤดี เนื่องจากจิตใจดีทำให้ความประพฤติทางกายและวาจาดีไปด้วย เห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน

2. ประโยชน์ต่อศาสนา ทำให้เข้าใจศาสนาพุทธได้อย่างถูกต้อง และรู้ซึ่งถึงคุณค่าของศาสนา พุทธเกิดศรัทธาตั้งมั่นในพระรัตนตรัย เป็นกำลังสำคัญในการเผยแผ่ศาสนาต่อไป

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพในด้านที่เกี่ยวกับศาสนาพุทธนั้นสามารถสรุปได้ว่า หลักการปฏิบัติด้านสุขภาพในทางศาสนาพุทธแบ่งเป็น 2 หลักใหญ่คือ เรื่องสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ทางด้านสุขภาพกายนั้น พระพุทธเจ้าทรงบัญญัติพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพกายไว้เช่นเรื่องการไว้มผม การไว้เล็บ หรือการออกกกำลังกายโดยการเดินจงกรมเพื่อให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง การดูแลรักษาตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้สะอาด ห่างไกลจากเหตุแห่งความเจ็บป่วยหรือสุขภาพที่เสื่อมโทรม และทางด้านสุขภาพจิตในทางศาสนาพุทธก็มีวิธีการปฏิบัติทางจิตเพื่อฝึกฝนตนเองอยู่มากมาย เช่น การเจริญกรรมฐาน การเจริญภาวนา เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีสุขภาพจิตที่แข็งแรง ปราศจากความเศร้าหมองภายในจิตใจ เพื่อประโยชน์ต่อตนเอง ศาสนา และสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำแนวทางการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับสุขภาพทางศาสนาพุทธมาศึกษาถึงความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นการเฉพาะ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM) พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์เรื่องสุขภาพอนามัย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะปฏิบัติแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างเช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้

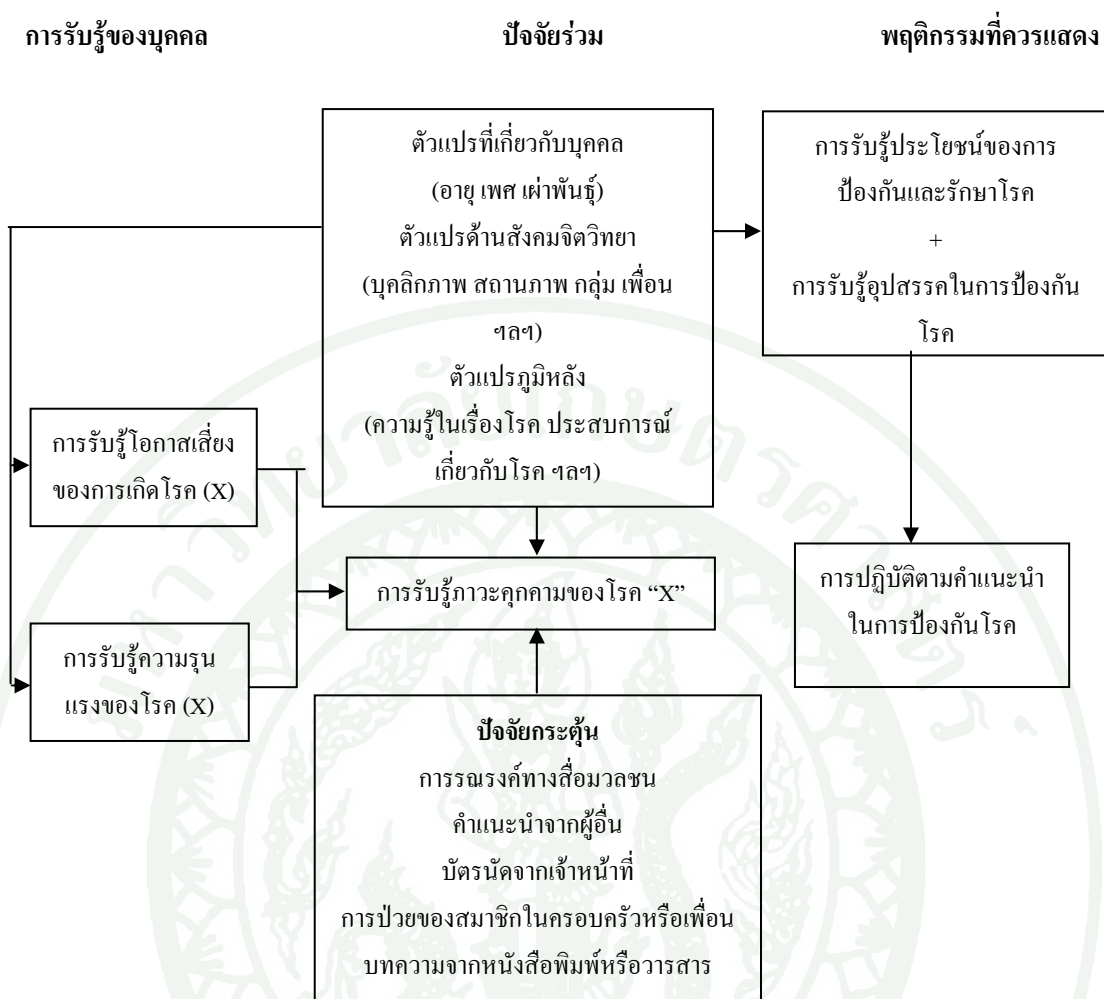
เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่สนใจอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527)

Rosenstock (1974 อ้างใน นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2529) เป็นคนแรกที่ทำการศึกษานำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาด้านสาธารณสุข โดยแนวคิดดังกล่าวของ Rosenstock ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin (1951 อ้างใน นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2529) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้ของการเกิดพฤติกรรม โดยบุคคลจะเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพึงพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีออกจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่ปรารถนา

องค์ประกอบสำคัญในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามที่ Rosenstock (1966 อ้างใน นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2529) สรุปไว้ในระยะแรก คือ การรับรู้และความคาดหวังของบุคคล การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร และ (3) การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะให้ผลดีแก่เขาในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมียุบสรรคทางด้านจิตวิทยาที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของผู้ป่วย เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น

Kasl and Cobb (1966 cited in Becker, 1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเช่นกัน แต่นำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อที่จะทราบว่าอะไรเกิดขึ้น และเขาควรทำอย่างไรกับความผิดปกตินั้น Kasl และ Cobb เน้นว่า มีองค์ประกอบ 4 อย่าง ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจกระทำของบุคคล ได้แก่ (1) แรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากการอาการเจ็บป่วยที่ผ่านมาและระดับความสนใจต่อสุขภาพร่างกายของตน (2) ภาวะคุกคามของโรคที่มีต่ออาการเจ็บป่วยของร่างกาย (3) ประโยชน์ผลดี หรือคุณค่าของการปฏิบัติต่อการดูแลของโรค และ (4) อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติ

ต่อมา Becker (1974 อ้างใน นิตยา เพ็ญศิริินภา, 2529) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล โดยเขียนเป็นแผนภูมิดังนี้



ภาพที่ 1 “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
ที่มา: Becker (1974 อ้างใน นิติยา เพ็ญศิริรักษา, 2529)

Becker and Maiman (1979) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบายและทำนายการป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค รายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน บุคคลเหล่านี้จึงมีการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากันหรือไม่เหมือนกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของแต่ละบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการ การเสียชีวิต ความยากลำบาก การใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบทางสังคมของบุคคล แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเกิดโรคสูงเกินไป อาจทำให้นำข้อเสนอแนะไปใช้ในการปฏิบัติได้น้อย

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค (Perceived Benefits) คือ การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์เหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลของเจ้าหน้าที่ที่เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วย และพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วยได้เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยแบ่งตัวแปรออกเป็นแต่ละด้าน ดังนี้

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

อายุ

อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล ความแตกต่างด้านพัฒนาการร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด และความรับผิดชอบ ตลอดจนถึงวุฒิภาวะ และการรับรู้ของตนต่ออายุต่างกัน อาจมีการดูแลสุขภาพที่เหมือนหรือต่างกันได้

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 181 คน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 278 คน จากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์ (2543) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างคือประชากรที่อาศัยอยู่ในรัศมี 3 กิโลเมตร รอบๆ โรงงานอุตสาหกรรม ในอำเภอเขาชัย อำเภอมือง อำเภอชะอำ อำเภอท่ายาง จำนวน 400 คน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยมีความสัมพันธ์ในเชิงลบ คือ เมื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงมีอายุมากขึ้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก็จะลดลง หรือขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งตรงข้ามกับผลการศึกษาของ กิตติมา โอภารัตน์ (2543) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อมลพิษรอบเขตนิคมอุตสาหกรรมบางปู จังหวัดสมุทรปราการ ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 200 ราย พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวกคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นก็จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น

กนกพร พนาวัลย์ (2549) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่สถานเอนามัยทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีการดูแลตัวเองที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี จะมีการปฏิบัติในเรื่องการดูแลตัวเองที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรกมล คงงามศิลป์ (2546) ศึกษา ปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง 157 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จะมีการดูแลตัวเองที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จะมีการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูลนำมาคิดพิจารณาตัดสินใจการกระทำได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีการศึกษาจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและการซักถามปัญหาต่างๆ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษาและดูแลเอาใจใส่สุขภาพได้อย่างถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 278 คน พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกัน ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กนกพร พนาวัลย์ (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับการถ่ายภาพบำบัดที่สถานีนอนามัยทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย พบว่า การศึกษาต่างกันผู้สูงอายุจะมีการดูแลตัวเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมจะมีการดูแลตัวเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถม และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมจะมีการดูแลตัวเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา

ภัทรพร ไพเราะ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอเมือง อำเภอนครชัยศรี อำเภอสามปราชญ์ อำเภอกำแพงแสน จำนวน 400 ราย พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย คือ เมื่อผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นการออกกำลังกายของผู้สูงอายุมากขึ้นซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของกิตติมา โอภารัตน์ (2543) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อมลพิษรอบเขตนิคมอุตสาหกรรมบางปู จังหวัดสมุทรปราการ ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 200 ราย พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง โดยเป็นความสัมพันธ์ทางบวกคือ เมื่อผู้สูงอายุมีการศึกษามากขึ้นการดูแลตัวเองจะดีขึ้น

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นข้อบ่งชี้สถานะระบบของครอบครัว และเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม สำหรับพระสงฆ์สูงอายุ สถานภาพสมรสจะแสดงให้เห็นถึงแรงเสริมหรือการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง

สุทธศิริ ตระกูลสิทธิโชค (2535) ศึกษาเรื่องผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์จำนวน 149 คน โดยศึกษาถึงสถานภาพสมรสที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีสถานภาพการสมรสที่แตกต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

Wanwalee (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตัวเองของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมในกรุงเทพมหานคร จำนวน 253 ราย พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ

ตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หย่า และแยกกันอยู่ ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของ สุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอื่น

รายได้

รายได้เป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Pender, 1987)

ภัทรพร ไพเราะ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง อำเภอนครชัยศรี อำเภอสามพราน อำเภอกำแพงแสน ในจังหวัดนครปฐม จำนวน 400 ราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า

อารีพร ประเสริฐสิทธิโชค (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัด ยโสธร โดยศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของ อมร ชัยกุลวัฒน์ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตัวเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 322 ราย พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย กิตติมา โอภารัตน์ (2543) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อมลพิษรอบเขตนิคมอุตสาหกรรมบางปู จังหวัดสมุทรปราการ ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 200 ราย พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง โดยเป็นความสัมพันธ์ในทางบวก คือ เมื่อผู้สูงอายุมีรายได้มากการดูแลตัวเองจะดีขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และผลการศึกษาของกนกพร พนาวัลย์ (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัดที่สถานีนอนามัยทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันการดูแลตนเองจะไม่เท่ากัน

โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ 100,000 บาทต่อปี ขึ้นไป จะมีการดูแลตัวเองที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า

ส่วน อรรถมล กองมศิลป์ (2546) ศึกษา ปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง 157 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันแต่การดูแลตัวเองไม่ต่างกัน ในขณะที่การศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) สุทธิณี หุณฑสาร (2539) สุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540) ผลการศึกษาพบว่ามีความเหมือนกันคือ รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ภูมิสำเนา

ภูมิสำเนาเป็นสิ่งที่อาจบ่งบอกถึงสุขภาวะส่วนบุคคลไม่ว่าจะเป็นเรื่องของ พฤติกรรมการรับประทาน ความคิด ความเชื่อส่วนบุคคล ที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ มีมีอยู่ในสภาพวังคมในสถานที่นั้นๆ และอาจจะมีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อ ทักษะคติ ของผู้คนได้โดยสามารถรวบรวมงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภูมิสำเนาและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุดังนี้

อารีพร ประเสริฐสิทธิโชค (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดยโสธร จำนวนทั้งสิ้น 350 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภูมิสำเนาท้องถิ่นดั้งเดิมจะมีระดับการดูแลสุขภาพที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ย้ายมาตั้งหลักแหล่งจากกรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทศพร กองแก้ว (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ 250 คน พบว่าผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นฐานมาจากกรุงเทพมหานคร หรือ จังหวัดใกล้เคียงกรุงเทพมหานครจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภูมิสำเนาเดิมในจังหวัดสกลนคร

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

มนัสยา โอมาก (2545) ศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 119 ราย พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคระดับมาก 89.3% ปานกลาง 6.4% น้อย 4.3% ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก 95.2% ปานกลาง 4.8% ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค ระดับมาก 93.3% ปานกลาง 4.1% น้อย 2.6% ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ระดับมาก 96.2% ปานกลาง 3.8%

จากการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้มากในแต่ละด้านจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ในแต่ละด้านปานกลางหรือน้อย

ศุภัญญา สุวรรณกาญจนชัย (2544) ศึกษารูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในนิคมสร้างตนเองเขตจังหวัดภาคอีสาน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 449 ราย พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคระดับมาก 94.3% ปานกลาง 5.7% ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก 93.2% ปานกลาง 6.8% ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค ระดับมาก 97.3% ปานกลาง 2.7% ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ระดับมาก 96.4% ปานกลาง 3.6% จากการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้มากในแต่ละด้านจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ในแต่ละด้านปานกลางหรือน้อย

สุนทร นาสมบูรณ์ (2548) ศึกษาการรักษาอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 219 ราย พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคระดับมาก 84.6% ปานกลาง 9.1% น้อย 6.3% ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับมาก 91.2% ปานกลาง 5.5% น้อย 3.3% ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและการรักษาโรค ระดับมาก 84.1% ปานกลาง 9.3% น้อย 6.6% ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ระดับมาก 95.8% ปานกลาง 4.2% จากการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้มากในแต่ละด้านจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ในแต่ละด้านปานกลางหรือน้อยสอดคล้องกับ สุกวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ซึ่งศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การศึกษาตัวแปรที่ในเรื่องความรู้เรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นพบว่ายังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจะได้นำผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุที่พ้องกันมาได้นำมาศึกษาต่อไป

สุกวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง จากการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ วนลดา เอกอมรสข (2540) ศึกษา

รูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกเวลา โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 162 คน พบว่าปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ อารีพร ประเสริฐสิทธิโชค (2549) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอเมืองจำนวนทั้งสิ้น 350 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวแปรที่ศึกษา

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อายุพรรษา สถานภาพสมรสก่อนบวช อาชีพก่อนบวช สมณศักดิ์ ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ภูมิลำเนา การมีโยมอุปฐาก ประจำตัว รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ อาหารที่ได้รับจากการทำบุญ
2. สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว น้ำหนักตัว ส่วนสูงสภาพแวดล้อม
3. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุ ศึกษา 2 เรื่องดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

ตัวแปรตาม

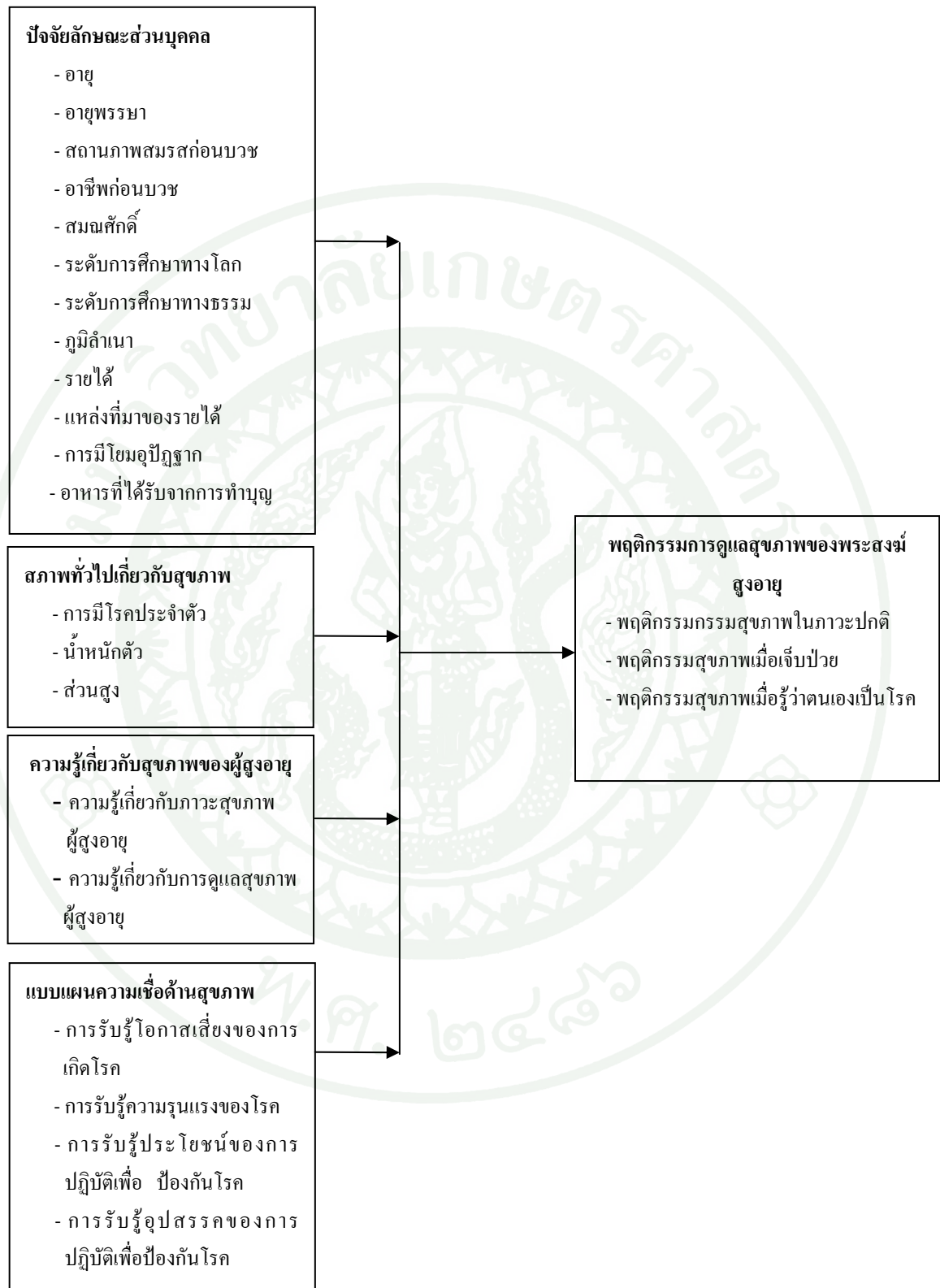
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

สมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่ศึกษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย และศึกษาหาตัวแปรอิสระใดที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาคือ พระสงฆ์สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี และเกินกว่า 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งจำพรรษาที่วัดในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร รวม 20 วัด มีจำนวนพระสงฆ์สูงอายุ 202 รูป ข้อมูลตามสถิติของ สำนักงานเจ้าคณะจังหวัดกรุงเทพมหานคร (2551) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทุกวัด

ขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตารางของ Krejcie and Morgan (1970 อ้างใน สุวิมล ติรกันนท์, 2546) ที่ขนาดของประชากรที่ศึกษามีจำนวน 202 รูป เมื่อเปิดตารางที่ระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 เปอร์เซนต์ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 รูป แต่เนื่องจากบางวัดมีพระสงฆ์สูงอายุต่ำกว่า 10 รูป ผู้วิจัยจึงศึกษาวัดที่มีจำนวนพระสงฆ์สูงอายุต่ำกว่า 10 รูปทั้งหมด ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงมีมากกว่า 136 รูป คือมีจำนวนพระสงฆ์ที่ถูกศึกษาเท่ากับ 161 รูป ส่วนวัดใดที่มีจำนวนพระสงฆ์สูงอายุมากกว่า 10 รูปผู้วิจัยได้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนส่วนของพระสงฆ์สูงอายุของแต่ละวัดได้จำนวนสัดส่วนของพระสงฆ์แต่ละวัดนั้น จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายชื่อวัด จำนวนประชากรทั้งหมด และขนาดตัวอย่างที่ศึกษา

รายชื่อวัด	จำนวนพระสงฆ์อายุ ≥ 60 ปี (N)	จำนวนตัวอย่าง (n)
1. วัดระฆังโฆสิตาราม	21	14
2. วัดอมรินทราราม	13	9
3. วัดอัมพวา*	6	6
4. วัดสุวรรณคีรี*	7	7
5. วัดศรีสุธาราม	11	7
6. วัดบางขุนนนท์*	9	9
7. วัดสุทธาวาส	10	7
8. วัดเจ้าอาม	13	9
9. วัดรวกสุทธาราม*	8	8
10. วัดนิมิตทายกาฬ*	7	7
11. วัดเพลงวิปัสสนา*	5	5
12. วัดชินวราราม	15	10
13. วัดนายโรง	11	7
14. วัดดงมูลเหล็ก*	5	5
15. วัดกวางนาภิรตาราม*	6	6
16. วัดโพธิ์เรียง*	8	8
17. วัดคูสิดาราม	18	12
18. วัดปฐมบุตริศรา*	7	7
19. วัดเชิงเลน*	6	6
20. วัดสุวรรณาราม	16	12
รวม	202	161

* วัดที่มีพระสงฆ์สูงอายุต่ำกว่า 10 รูป

การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างพระสงฆ์สูงอายุแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) โดยผู้วิจัยทำการแจ้งเจ้าอาวาสหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องขอความร่วมมือให้แจ้งแก่พระสงฆ์สูงอายุในแต่ละวัดตามจำนวนตัวอย่างที่ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ

ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุมี 2 ด้าน คือ

3.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

4.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ

5.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

5.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

5.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

ตอนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคของพระสงฆ์สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การวัดตัวแปร

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยศึกษา 2 ด้านคือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งความรู้ทั้ง 2 ด้านนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การวัดและให้คะแนนที่เหมือนกันดังนี้คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน

1.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ดังนั้นช่วงคะแนนเท่ากับ 0-10 ค่าคะแนนของภาพรวมและความมีดังนี้

$$\text{การหาช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าได้} &= \frac{10 - 0}{3} \\ &= 3.33 \end{aligned}$$

ช่วงค่าคะแนนและความหมายในภาพรวมมีดังนี้

$$\begin{aligned} 0.00 - 3.33 &= \text{มีความรู้ระดับน้อย} \\ 3.34 - 6.66 &= \text{มีความรู้ระดับปานกลาง} \\ 6.67 - 10.00 &= \text{มีความรู้ระดับมาก} \end{aligned}$$

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ดังนั้นมีช่วงคะแนนเท่ากับ 0-15 ค่าคะแนนภาพรวมและความหมายดังนี้

$$\text{การหาช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าได้} &= \frac{15 - 0}{3} \\ &= 5 \end{aligned}$$

ช่วงค่าคะแนนและความหมายในภาพรวมมีดังนี้

$$\begin{aligned} 0.00 - 5.00 &= \text{มีความรู้ระดับน้อย} \\ 5.01 - 10.00 &= \text{มีความรู้ระดับปานกลาง} \\ 10.01 - 15.00 &= \text{มีความรู้ระดับมาก} \end{aligned}$$

1.3 คะแนนและความหมายเป็นรายชื่อของการวัดความรู้ทั้ง 2 ด้าน ผู้วิจัยได้จัดช่วงคะแนนและให้ความหมายดังนี้

$$\text{การหาช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\begin{aligned}\text{แทนค่าได้} &= \frac{1 - 0}{3} \\ &= 0.33\end{aligned}$$

ช่วงค่าคะแนนและความหมายเป็นรายข้อมีดังนี้

$$\begin{aligned}0.00 - 0.33 &= \text{มีความรู้ระดับน้อย} \\ 0.34 - 0.66 &= \text{มีความรู้ระดับปานกลาง} \\ 0.67 - 1.00 &= \text{มีความรู้ระดับมาก}\end{aligned}$$

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และ 4) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ผู้วิจัยใช้วิธีการวัดและให้คะแนนและความหมายเหมือนกันคือวัดเป็น 6 ระดับโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีคะแนนและความหมายของข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ดังนี้

ระดับการรับรู้	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
	คะแนน	คะแนน
น้อยที่สุด	1	6
น้อย	2	5
ค่อนข้างน้อย	3	4
ค่อนข้างมาก	4	3
มาก	5	2
มากที่สุด	6	1

2.1 รายละเอียดในการวัดตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านนั้น เนื่องจากในแต่ละด้านที่ผู้วิจัยศึกษามีข้อคำถาม 12 ข้อเท่ากันทุกด้าน ดังนั้น รายละเอียดในการวัดตัวแปรจึง

เหมือนกัน และในแต่ละด้านมีช่วงคะแนนเท่ากันคือ 12 – 72 คะแนน ดังนั้นช่วงคะแนนและความหมายภาพรวมของแต่ละด้าน มีดังนี้

$$\text{การหาช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\begin{aligned}\text{แทนค่าได้} &= \frac{72 - 12}{3} \\ &= 20\end{aligned}$$

ช่วงค่าคะแนนและความหมายในภาพรวมของแต่ละด้านมีดังนี้

$$\begin{aligned}12.00 - 32.00 &= \text{มีการรับรู้ระดับน้อย} \\ 32.01 - 52.00 &= \text{มีการรับรู้ระดับปานกลาง} \\ 52.01 - 72.00 &= \text{มีการรับรู้ระดับมาก}\end{aligned}$$

2.2 สำหรับการให้ค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อของตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ผู้วิจัยได้วัดและจัดช่วงคะแนนเหมือนกัน และให้ความหมายดังนี้

$$\text{การหาช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\begin{aligned}\text{แทนค่าได้} &= \frac{6 - 1}{6} \\ &= 0.83\end{aligned}$$

ช่วงค่าคะแนนและความหมายในรายชื่อมีดังนี้

$$\begin{aligned}1.00 - 1.83 &= \text{มีการรับรู้ที่น้อยที่สุด} \\ 1.84 - 2.66 &= \text{มีการรับรู้ที่น้อย} \\ 2.67 - 3.49 &= \text{มีการรับรู้ค่อนข้างน้อย} \\ 3.50 - 4.32 &= \text{มีการรับรู้ค่อนข้างมาก} \\ 4.33 - 5.15 &= \text{มีการรับรู้มาก} \\ 5.16 - 6.00 &= \text{มีการรับรู้มากที่สุด}\end{aligned}$$

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ผู้วิจัยศึกษา 3 ด้านตามแนวทางของ Kasl and Copp คือ 1) พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติหรือพฤติกรรมป้องกันโรค 2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และ 3) พฤติกรรมสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค ผู้วิจัยได้ทำการวัดพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านโดยการให้คะแนนและความหมายเหมือนกันโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) วัดเป็น 6 ระดับ การกำหนดคะแนนและความหมายดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
	คะแนน	คะแนน
น้อยที่สุด	1	6
น้อย	2	5
ค่อนข้างน้อย	3	4
ค่อนข้างมาก	4	3
มาก	5	2
มากที่สุด	6	1

3.1 พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ดังนั้นจึงมีค่าคะแนนเท่ากับ 15–90 คะแนน ช่วงค่าคะแนนและความหมาย มีดังนี้

$$\begin{aligned} \text{การหาช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ \text{แทนค่าได้} &= \frac{90 - 15}{3} \\ &= 25 \end{aligned}$$

ช่วงค่าคะแนนและความหมายในภาพรวมมีดังนี้

15.00 – 40.00	=	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อย
41.01 – 65.00	=	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพปานกลาง
65.01 – 90.00	=	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมาก

3.2 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ดังนั้นจึงมีค่าคะแนนเท่ากับ 12 – 72 คะแนน ช่วงค่าคะแนนและความหมาย มีดังนี้

$$\text{การหาช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าได้} &= \frac{72 - 12}{3} \\ &= 20 \end{aligned}$$

ช่วงค่าคะแนนและความหมายในภาพรวมมีดังนี้

12.00 – 32.00	=	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อย
32.01 – 52.00	=	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพปานกลาง
52.01 – 72.00	=	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมาก

3.3 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ดังนั้นจึงมีค่าคะแนนเท่ากับ 8 – 48 คะแนน ช่วงค่าคะแนนและความหมาย มีดังนี้

$$\text{การหาช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าได้} &= \frac{48 - 8}{3} \\ &= 13.33 \end{aligned}$$

ช่วงค่าคะแนนและความหมายในภาพรวมมีดังนี้

8.00 – 21.33	=	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อย
21.34 – 34.66	=	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพปานกลาง
34.67 – 48.00	=	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมาก

3.4 ค่าคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อของตัวแปรพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ผู้วิจัยได้วัดและจัดช่วงคะแนนเหมือนกัน และให้ความหมายดังนี้

$$\begin{aligned}\text{การหาช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ \text{แทนค่าได้} &= \frac{6 - 1}{6} \\ &= 0.83\end{aligned}$$

ช่วงค่าคะแนนและความหมายในภาพรวมมีดังนี้

1.00 – 1.83	=	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อยที่สุด
1.84 – 2.66	=	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพการรับรู้ต่ำ
2.67 – 3.49	=	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพการรับรู้ค่อนข้างน้อย
3.50 – 4.32	=	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพค่อนข้างมาก
4.33 – 5.15	=	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมาก
5.16 – 6.00	=	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุด

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่สร้างเสนอต่อ

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อตรวจสอบว่าข้อคำถามที่สร้างขึ้นสามารถวัดได้ตรงตามจุดมุ่งหมาย และครอบคลุมเนื้อหาของการศึกษาหรือไม่ หลังจากนั้นจึงได้นำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้แบบสอบถามมีความเที่ยงตรงยิ่งขึ้น

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไป

ทดลองใช้กับพระสงฆ์สูงอายุที่อยู่ในเขตบางพลัดซึ่งเป็นเขตที่ติดกับเขตบางกอกน้อยและมีจำนวนพระสงฆ์สูงอายุมากเป็นอันดับที่สองของกรุงเทพฯ จำนวน 2 วัด คือวัดบางพลัด และวัดอาวสุวิสิฐคาราม วัดละ 15 รูป รวมทั้งหมด 30 รูป และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม คือ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การ

รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Coefficient Alpha) ในส่วนตัวแปรความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการของ KR – 20

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของตัวแปร มีดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1.1 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ค่าอัลฟา = .757

2.1.2 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ค่าอัลฟา = .755

2.1.3 ความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ค่าอัลฟา = .755

2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2.2.1 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทางด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ค่าอัลฟา = .806

2.2.2 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทางด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ค่าอัลฟา = .834

2.2.3 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทางด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ค่าอัลฟา = .844

2.2.4 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทางด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน ค่าอัลฟา = .816

2.2.5 ความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าอัลฟา = .835

2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.3.1 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ ค่าอัลฟา = .852

2.3.2 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ค่าอัลฟา = .894

2.3.3 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าเป็นโรค ค่าอัลฟา = .798

2.3.4 ความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ค่าอัลฟา = .935

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยนักวิจัย ผู้วิจัยนัดพบพระสงฆ์สูงอายุล่วงหน้าในแต่ละวัดที่ทำการศึกษา อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและอธิบายข้อคำถามให้พระสงฆ์ที่เป็นตัวอย่างในการศึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยแจกแบบสอบถามแก่พระสงฆ์ที่ศึกษา สำหรับพระสงฆ์ที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถาม หรือมีปัญหาทางด้านสายตา ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะอ่านให้พระสงฆ์รูปนั้นฟังเป็นกรณีพิเศษ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าพิสัย ใช้ในการบรรยายข้อมูลทั่วไปที่ศึกษา

2. การทดสอบทำนายตัวแปรอิสระใดที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม ใช้สถิติวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาเป็น 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ

ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

3.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

4.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

5.1 พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ

5.2 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

5.3 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

ตอนที่ 6 การทดสอบสมมุติฐาน

ตอนที่ 7 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

ตอนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของพระสงฆ์สูงอายุที่ศึกษาประกอบด้วย อายุ อายุพรรษา สถานภาพสมรสก่อนบวช อาชีพก่อนบวช การดำรงสมณศักดิ์ ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ภูมิฐานะ รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ การมีใบอนุญาตประกอบอาหารที่ได้รับจากการбинทนาหรือทำบุญ ผลการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

อายุ

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีอายุเฉลี่ย 70.83 ปี มีอายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 93 ปี เมื่อศึกษารายละเอียดพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีอายุระหว่าง 65 - 74 ปี ร้อยละ 54.03 รองลงมามีอายุต่ำกว่า 65 ปี ร้อยละ 21.73 และมีอายุระหว่าง 75 - 84 ปี ร้อยละ 16.78 นอกนั้นที่เหลือเป็นพระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 84 ปี ร้อยละ 7.46 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ	
ต่ำกว่า 65 ปี	35	21.73	
65 - 74 ปี	87	54.03	
75 - 84 ปี	27	16.78	
สูงกว่า 84 ปี	12	7.46	
รวม	161	100.00	
อายุน้อยสุด 60 ปี	อายุสูงสุด 93 ปี	อายุน้อยเฉลี่ย 70.83 ปี	SD. 7.47

อายุพรรษา

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีอายุพรรษาเฉลี่ย 29.52 พรรษา มีอายุพรรษาต่ำสุด 1 พรรษา สูงสุด 67 พรรษา เมื่อศึกษารายละเอียดพบว่า มีอายุพรรษาระหว่าง 15 - 29 พรรษา ร้อยละ 27.30 รองลงมามีอายุพรรษาระหว่าง 30 - 39 พรรษา ร้อยละ 22.40 และพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีอายุพรรษาต่ำกว่า 15 พรรษาและอายุพรรษาระหว่าง 40 - 49 พรรษา มีจำนวนใกล้เคียงกันคิดเป็น ร้อยละ 19.90 และ ร้อยละ 18.60 ตามลำดับ และมีอายุพรรษาสูงกว่า 49 พรรษา ร้อยละ 11.80 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุน้อยในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามอายุพรรษา

อายุพรรษา	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 15 พรรษา	32	19.90
15 - 29 พรรษา	44	27.30
30 - 39 พรรษา	36	22.40
40 - 49 พรรษา	30	18.60
สูงกว่า 49 พรรษา	19	11.80
รวม	161	100.00
อายุพรรษาต่ำสุด 1 ปี	อายุพรรษาสูงสุด 67 ปี	อายุพรรษาเฉลี่ย 29.52 ปี
SD. 16.29		

สถานภาพสมรสก่อนบวช

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุน้อยในเขตบางกอกน้อยมีสถานภาพสมรสก่อนบวชดังนี้ โสด ร้อยละ 40.40 รองลงมาได้แก่ มีสถานภาพสมรสที่อยู่ด้วยกัน และแยกกันอยู่ ร้อยละ 29.80 สถานภาพหม้าย ร้อยละ 21.10 ส่วนสถานภาพหย่า / แยกกันอยู่พบเพียง ร้อยละ 8.70 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุน้อยในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามสถานภาพสมรสก่อนบวช

สถานภาพสมรสก่อนบวช	จำนวน	ร้อยละ
โสด	65	40.40
สมรสและอยู่ด้วยกัน/แยกกันอยู่	48	29.80
หย่า/แยกกันอยู่	14	8.70
หม้าย	34	21.10
รวม	161	100.00

อาชีพก่อนบวช

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีอาชีพก่อนบวช คือ อาชีพรับจ้างคิดเป็น ร้อยละ 29.20 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรรมคิดเป็น ร้อยละ 23.00 ค้าขาย ร้อยละ 19.90 รับราชการและไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละเท่ากันคือ 12.40 ที่เหลือเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจและทำงานบริษัทเอกชนคิดเป็น ร้อยละ 1.90 และ 1.20 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามอาชีพก่อนบวช

อาชีพก่อนบวช	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ	20	12.40
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	1.90
ค้าขาย	32	19.90
เกษตรกรรม	37	23.00
รับจ้าง	47	29.20
พนักงานบริษัทเอกชน	2	1.20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	12.40
รวม	161	100.00

การดำรงสมณศักดิ์

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยไม่มีการดำรงสมณศักดิ์ ร้อยละ 69.60 มีสมณศักดิ์ ร้อยละ 30.40 เมื่อศึกษาในรายละเอียดของพระสงฆ์สูงอายุที่ดำรงสมณศักดิ์ทั้งหมด พบว่า พระสงฆ์สูงอายุดำรงสมณศักดิ์เป็นพระครูปลัด ร้อยละ 18.60 รองลงไปคือดำรงสมณศักดิ์เป็นพระราชาคณะ ร้อยละ 6.20 และพระครูใบฎีการ้อยละ 4.40 ส่วนพระสงฆ์สูงอายุที่ดำรงสมณศักดิ์ตำแหน่งพระธรรมธร และพระสมุห์คิดเป็นร้อยละเท่ากันคือ ร้อยละ 0.60 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามการดำรงสมณศักดิ์
(n = 161)

การดำรงสมณศักดิ์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีสมณศักดิ์	112	69.60
มีสมณศักดิ์	49	30.40
รวม	161	100.00
สมณศักดิ์ที่ครอง		
พระราชกณะ	10	6.20
พระครูปลัด	30	18.60
พระธรรมธร*	1	0.60
พระครูใบฎีกา	7	4.40
พระสมุห์	1	0.60

*พระสงฆ์ที่มีหน้าที่ด้านการดูแลปกครอง

ระดับการศึกษาทางโลก

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีระดับการศึกษาทางโลก ดังนี้
ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 21.70 ได้รับการศึกษาทางโลก ร้อยละ 78.30 เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า
พระสงฆ์สูงอายุมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.80 รองลงไปที่ระดับมัธยมต้น ร้อยละ
14.30 อาชีวศึกษา ร้อยละ 8.10 ปริญญาตรี ร้อยละ 6.80 มัธยมศึกษา ร้อยละ 3.10 และสูงกว่าปริญญา
ตรีเพียงร้อยละ 1.20 (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามระดับการศึกษา
ทางโลก

		(n = 161)
ระดับการศึกษาทางโลก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ศึกษา	35	21.70
ได้รับการศึกษา	126	78.30
รวม	161	100.00

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ระดับการศึกษาทางโลก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาทางโลกที่ได้รับ		
ประถมศึกษา	72	44.80
มัธยมต้น	23	14.30
มัธยมปลาย	5	3.10
อาชีวศึกษา	13	8.10
ปริญญาตรี	11	6.80
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.20

ระดับการศึกษาทางธรรม

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีระดับการศึกษาทางธรรม ดังนี้ ไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 54.70 ได้รับการศึกษาทางธรรมคิดเป็น ร้อยละ 45.70 จากการศึกษาในรายละเอียดพบว่า พระสงฆ์สูงอายุได้รับการศึกษาในระดับนักธรรมเอก ร้อยละ 13.00 รองลงมาคือระดับเปรียญธรรม 1 – 3 ประโยค คิดเป็น ร้อยละ 11.20 พระสงฆ์ที่ได้รับการศึกษาในระดับเปรียญธรรม 7 - 9 และ 4 – 6 ประโยคมีใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 9.90 และ 7.50 ตามลำดับ ที่เหลือเป็นการศึกษาในระดับนักธรรมตรีและโท คิดเป็น ร้อยละ 2.50 และ 1.20 ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยจำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรม

(n = 161)		
ระดับการศึกษาทางธรรม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ศึกษา	88	54.70
ได้รับการศึกษา	73	45.70
รวม	161	100.00
ระดับการศึกษาทางธรรม		
นักธรรมตรี	4	2.50
นักธรรมโท	2	1.20

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ระดับการศึกษาทางธรรม	จำนวน	ร้อยละ
นักธรรมเอก	21	13.00
เปรียญธรรม 1 – 3 ประโยค	18	11.20
เปรียญธรรม 4 – 6 ประโยค	12	7.50
เปรียญธรรม 7 – 9 ประโยค	16	9.90

ภูมิสำเนา

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีภูมิสำเนาที่ใกล้เคียงกันคือในเขตภาคกลางและกรุงเทพมหานคร คิดเป็น ร้อยละ 26.70 และ 21.50 ตามลำดับ รองลงมาคือเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็น ร้อยละ 18.60 ที่เหลือเป็นภาคเหนือ ภาคตะวันตก ภาคใต้ และภาคตะวันออก คิดเป็น ร้อยละ 9.90 8.80 7.40 และ 3.10 ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามภูมิสำเนา

ภูมิสำเนา	จำนวน	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร	41	21.50
ภาคกลาง	43	26.70
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	30	18.60
ภาคเหนือ	16	9.90
ภาคตะวันตก	14	8.80
ภาคใต้	12	7.40
ภาคตะวันออก	5	3.10
รวม	161	100.00

รายได้ต่อเดือน

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 10,472.05 บาท มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 1,000 บาท สูงสุด 70,000 บาท เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่า 9,999 บาท และต่ำกว่า 5,000 บาท มีใกล้เคียงกันคือร้อยละ 36.00 และ 35.40 ตามลำดับ ที่เหลือเป็นพระสงฆ์ที่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000 – 9,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.60 (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุ จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน (บาท)	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 5,000 บาท	57	35.40
5,000 – 9,999 บาท	46	28.60
สูงกว่า 9,999 บาท	58	36.00
รวม	161	100.00

รายได้ต่อเดือนต่ำสุด 1000 บาท รายได้ต่อเดือนสูงสุด 70,000 บาท รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 10,472.05 บาท SD. 12,284.04

แหล่งที่มาของรายได้

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีแหล่งที่มาของรายได้จากกิจกรรมนิมนต์คิดเป็น ร้อยละ 72.70 รองลงมาคือ การได้รับเงินจากโยมอุปัฏฐาก และการได้รับเงินจากเงินกองกลางของวัดคิดเป็น ร้อยละ 57.80 และ 34.20 ตามลำดับ นอกนั้นเป็นเงินที่ได้รับจากเงินบำนาญ เพียงร้อยละ 8.70 (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามแหล่งที่มาของรายได้
(n = 161)

แหล่งที่มาของรายได้*	จำนวน	ร้อยละ
เงินกองกลางของวัด	55	34.20
กิณนิมนต์	117	72.70
โยมอุปัฏฐาก	93	57.80
เงินบำนาญ	14	8.70

หมายเหตุ: * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

การมีโยมอุปฐาก

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการมีโยมอุปฐากของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย ผลการศึกษาพบดังนี้ พระสงฆ์สูงอายุไม่มีโยมอุปฐาก ร้อยละ 48.40 มีโยมอุปฐาก ร้อยละ 51.60 เมื่อศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการมีโยมอุปฐากของพระสงฆ์สูงอายุ มีการแบ่งโยมโยมอุปฐากออกได้ดังนี้ บุตร/ธิดา มีจำนวนร้อยละ 29.20 รองลงมาเป็นญาติ ร้อยละ 21.10 ภรรยา ร้อยละ 11.20 และคนรู้จักมีเพียงร้อยละ 8.10 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามการมีโยมอุปฐาก

การมีโยมอุปฐาก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโยมอุปฐาก	78	48.40
มีโยมอุปฐาก	83	51.60
รวม	161	100.00
บุคคลที่เป็นโยมอุปฐาก*		
ภรรยา	18	11.20
บุตร/ธิดา	47	29.20
ญาติ	34	21.10
คนรู้จัก	13	8.10

หมายเหตุ: * มีโยมอุปฐากมากกว่า 1 ประเภท

อาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาตหรือทำบุญ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ศึกษาอาหารที่พระสงฆ์สูงอายุได้รับจากการบิณฑบาตหรือการทำบุญ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ได้ดังนี้ ข้าว กับข้าว ขนมและของว่าง น้ำ และอาหารเสริมต่างๆ ซึ่งผลการศึกษาถึงการได้รับอาหารจากการทำบุญของพระสงฆ์สูงอายุมีดังนี้

อาหารประเภทข้าว ผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยได้รับอาหารประเภทข้าวโดยเป็นข้าวขาวตามปกติพระสงฆ์สูงอายุได้รับทุกรูป คิดเป็นร้อยละ 100.00 นอกนั้นเป็นข้าวกล้องและข้าวซ้อมมือได้รับ ร้อยละ 56.50 เท่ากัน

อาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาตและทำบุญของพระสงฆ์สูงอายุในประเภทถัดมาที่ศึกษา คือ อาหารประเภทกับข้าว พบว่าพระสงฆ์สูงอายุได้รับอาหารประเภทผัดผักรวมและแกงจืดคิดเป็นร้อยละ 99.40 และ 98.80 ตามลำดับ รองลงไปเป็นกับข้าวประเภทแกงกะทิคิดเป็นร้อยละ 83.90 นอกจากนี้ อาหารประเภทน้ำพริกพร้อมผักสดหรือผักต้ม อาหารประเภทยำ อาหารประเภททอด และอาหาร ประเภทปิ้งย่าง คิดเป็นร้อยละ 79.50 73.30 64.00 และ 61.50 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามพระสงฆ์ สูงอายุยังได้รับกับข้าวที่เป็นอาหารที่มีไขมันสูงถึงร้อยละ 50.30

สำหรับอาหารประเภทขนมและของว่าง ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุได้รับผลไม้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 98.10 รองลงมาคือขนมไทย ร้อยละ 79.50 และขนมประเภทเบเกอรี่ ร้อยละ 60.20

อาหารที่สำคัญที่ศึกษาอีกประเภทคือ น้ำ ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุได้รับ น้ำเปล่ามากที่สุด ร้อยละ 97.50 รองลงมาคือน้ำผลไม้ ร้อยละ 81.40 และ ชา/กาแฟ ร้อยละ 72.70 และ ยังมีผู้ทำบุญใส่บาตรหรือทำบุญถวายน้ำอวดลมให้แก่พระสงฆ์สูงอายุถึง ร้อยละ 52.80

อาหารประเภทสุดท้ายที่ศึกษาคืออาหารประเภทอาหารเสริม จากการศึกษาพบว่าอาหาร เสริมที่พระสงฆ์สูงอายุได้รับคือ อาหารเสริมประเภทธัญพืชมากที่สุดร้อยละ 42.90 รองลงมาเป็นอาหาร เสริมประเภทต่างๆ ได้แก่ พรุนสกัด วิตามินต่างๆ สมุนไพรสกัด ฯลฯ คิดเป็นร้อยละ 36.60 และ อาหารเสริมประเภทซูปลั๊กสกัดพระสงฆ์สูงอายุได้รับร้อยละ 28.60 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามอาหารที่ได้รับ จากการบิณฑบาตหรือทำบุญ

(n = 161)		
อาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาตหรือทำบุญ	จำนวน	ร้อยละ
ข้าว*		
ข้าวขาวปกติ	161	100.00
ข้าวกล้อง	91	56.50
ข้าวซ้อมมือ	91	56.50
กับข้าว*		
น้ำพริกพร้อมผักสดหรือผักต้ม	128	79.50
อาหารประเภทยำ	118	73.30
อาหารปิ้งย่าง	99	61.50

ตารางที่ 13 (ต่อ)

อาหารที่ได้รับจากการบิดบาตหรือทำบุญ	จำนวน	ร้อยละ
อาหารประเภททอด	103	64.00
แกงกะทิ	135	83.90
แกงจืด	159	98.80
ผัดผัก	160	99.40
อาหารที่มีไขมันสูง	81	50.30
ขนมและของว่าง*		
ขนมไทย	128	79.50
ขนมเบอเกอรี่	97	60.20
ผลไม้	158	98.10
น้ำ*		
น้ำเปล่า	157	97.50
น้ำอัดลม	85	52.80
ชา/กาแฟ	117	72.70
น้ำผลไม้	131	81.40
อาหารเสริม*		
ซูปลั๊กสกัด	46	28.60
รังนก	69	42.90
อื่นๆ (พรุณสกัด, วิตามิน, สมุนไพรสกัด, ฯลฯ)	59	36.60

*ตอบได้มากกว่า 1 ประเภท

ตอนที่ 2 สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ

การศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย ประกอบด้วย การมีโรคประจำตัวของพระสงฆ์สูงอายุ น้ำหนักตัว และส่วนสูงของพระสงฆ์สูงอายุ ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

การมีโรคประจำตัวก่อนบวชและปัจจุบันของพระสงฆ์สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีภาวะการเป็นโรคประจำตัวก่อนบวช ดังนี้

พระสงฆ์สูงอายุไม่มีโรคประจำตัวก่อนบวช ร้อยละ 61.60 มีโรคประจำตัวก่อนบวช ร้อยละ 38.50 โดยโรคที่พบมีรายละเอียด ดังนี้ โรคที่พบมากที่สุดคือโรคภาวะความดันโลหิตสูงและโรคมะเร็งต่อมลูกหมากคิดเป็นร้อยละ 5.00 เท่ากันทั้งสองโรค รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.40 โรคหัวใจ และโรคตับอักเสบพบเท่ากันคือร้อยละ 2.50 และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคตับแข็ง โรคภูมิแพ้ พบเท่ากันในระดับรองลงมาคือร้อยละ 1.90 และที่พบรองลงมาอีกคือโรคมะเร็งตับอ่อน โรคข้อเข่าอักเสบ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โรคหอบ โรคผิวหนัง ภาวะกระดูกพรุน และโรคกระเพาะ สามารถคิดเป็นร้อยละ 1.20 เท่ากัน นอกนั้นเป็นโรคที่พบน้อยสุดโดยมีภาวะเส้นเลือดในสมองแตก โรคมะเร็งหลอดอาหาร ภาวะเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ และโรคปอดอักเสบพบเท่ากันคือร้อยละ 0.60

สำหรับภาวะการเป็นโรคในปัจจุบันของพระสงฆ์สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจุบันไม่เป็นโรค คิดเป็นร้อยละ 28.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.00 โดยโรคที่พบมีรายละเอียด ดังนี้ ภาวะความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 11.20 รองลงมาคือโรคเบาหวานพบร้อยละ 9.90 โดยโรคหัวใจ โรคต่อมลูกหมากอักเสบ และโรคภูมิแพ้ พบใกล้เคียงกันโดยคิดเป็นร้อยละ 6.80 6.30 และ 5.00 ตามลำดับ เช่นเดียวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและโรคปอดอักเสบที่พบใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 4.30 และ 3.70 ตามลำดับ รองลงมาคือ โรคตับอักเสบและโรคตาต้อกระจกพบเท่ากันคือร้อยละ 3.10 ภาวะโลหิตจาง ภาวะกระดูกพรุน พบเท่ากันคือร้อยละ 2.50 รองลงมาคือ โรคมะเร็งลำไส้ โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคกระเพาะ โรคหอบ พบเท่ากันที่ร้อยละ 1.90 โดยโรคไตและมะเร็งตับ พบเท่ากันร้อยละ 1.20 ส่วนที่เหลือคือ โรคหลอดอาหารอักเสบ โรคผิวหนัง ภาวะปวดหัวเรื้อรัง (ไมเกรน) และโรคหมอนรองกระดูกอักเสบ พบน้อยสุดโดยคิดเป็นร้อยละ 0.60 เท่ากัน (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุ จำแนกตามการมีโรคประจำตัวก่อนบวชและในปัจจุบัน

(n = 161)

การมีโรคประจำตัวก่อนบวช	ก่อนบวช		ปัจจุบัน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	99	61.60	45	28.00
มีโรคประจำตัว	62	38.40	116	72.00
รวม	161	100.00	161	100.00
โรคประจำตัวที่พบ*				
โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร				
โรคลำไส้อักเสบ	3	1.90	3	1.90
โรคกระเพาะ	2	1.20	3	1.90
โรคหลอดอาหารอักเสบ	0	0	1	0.60
โรคมะเร็งหลอดอาหาร	1	0.60	0	0
โรคมะเร็งลำไส้	0	0	3	1.90
โรคเกี่ยวกับตับและไต				
โรคตับแข็ง	3	1.90	0	0
โรคไต	1	0.60	2	1.20
โรคตับอักเสบ	4	2.50	5	3.10
โรคมะเร็งตับ	2	1.20	4	2.50
โรคเกี่ยวกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์				
โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก	8	5.00	0	0
โรคต่อมลูกหมากอักเสบ	0	0	10	6.30
โรคเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดหัวใจ				
ภาวะความดันโลหิตสูง	8	5.00	18	11.20
โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน	1	0.60	0	0
โรคหัวใจ	0	0	11	6.80
โรคเกี่ยวกับระบบประสาทและสมอง				
ภาวะเส้นเลือดในสมองแตก	1	0.60	0	0

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การมีโรคประจำตัวก่อนบวช	ก่อนบวช		ปัจจุบัน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไมเกรน	0	0	1	0.60
โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อเข่า				
โรคข้อเข่าอักเสบ/เสื่อม	2	1.20	7	4.30
ภาวะกระดูกพรุน	2	1.20	4	2.50
หมอนรองกระดูกอักเสบ	0	0	1	0.60
โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ/ปอด				
โรควัณโรค	4	2.50	0	0
โรคหอบ	2	1.20	3	1.90
โรคภูมิแพ้	3	1.90	8	5.00
โรคปอดอักเสบ	1	0.60	6	3.70
โรคหลอดลมอักเสบ	0	0	2	1.20
อื่นๆ				
โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง	2	1.20	0	0
เบาหวาน	7	4.40	16	9.90
ภาวะโลหิตจาง	3	1.90	4	2.50
โรคผิวหนัง	2	1.20	1	0.60
โรคต่อกระจาก	0	0	5	3.10

* ตอบได้มากกว่า 1 โรค

น้ำหนักตัว

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 66.42 กิโลกรัม มีน้ำหนักตัวต่ำสุด 49 กิโลกรัม สูงสุด 94 กิโลกรัม เมื่อศึกษารายละเอียดพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีน้ำหนักตัวระหว่าง 60 – 69 กิโลกรัม ร้อยละ 37.90 รองลงมา มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 60 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 30.40 และมีน้ำหนักตัวระหว่าง 70 – 79 กิโลกรัม ร้อยละ 17.40 และพบพระสงฆ์สูงอายุมีน้ำหนักตัวระหว่าง 80 – 89 กิโลกรัม และสูงกว่า 89 กิโลกรัม ในจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 14.30 (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามน้ำหนักตัว

น้ำหนักตัว	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 60 กิโลกรัม	49	30.40
60 – 69 กิโลกรัม	61	37.90
70 - 79 กิโลกรัม	28	17.40
80 - 89 กิโลกรัม	23	14.30
สูงกว่า 89 กิโลกรัม	23	14.30
รวม	161	100.00
น้ำหนักน้อยสุด 49 กิโลกรัม น้ำหนักมากที่สุด 94 กิโลกรัม น้ำหนักเฉลี่ย 66.42 กิโลกรัม		SD. 10.23

ส่วนสูง

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีส่วนสูงเฉลี่ย 164.6 เซนติเมตร มีส่วนสูงต่ำสุด 152 เซนติเมตร สูงสุด 178 เซนติเมตร เมื่อศึกษารายละเอียดพบว่า มีส่วนสูงระหว่าง 160 – 164 เซนติเมตร และมีส่วนสูงระหว่าง 165 – 169 เซนติเมตร ที่ใกล้เคียงกันคือมากที่สุด ร้อยละ 36.60 และร้อยละ 35.40 โดยพระสงฆ์สูงอายุที่มีส่วนสูงต่ำกว่า 160 เซนติเมตร และสูงกว่า 169 เซนติเมตร มีจำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 14.30 และ 13.70 ตามลำดับ (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามส่วนสูง

ส่วนสูง	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 160 เซนติเมตร	23	14.30
160 – 164 เซนติเมตร	59	36.60
165 – 169 เซนติเมตร	57	35.40
สูงกว่า 169 เซนติเมตร	22	13.70
รวม	161	100
ส่วนสูงต่ำสุด 152 เซนติเมตร ส่วนสูงสูงสุด 178 เซนติเมตร ส่วนสูงเฉลี่ย 164.60 เซนติเมตร		SD. 4.65

ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่พระสงฆ์สูงอายุควรทราบในเบื้องต้น โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษามีดังนี้

3.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.29 คะแนน ซึ่งมีความรู้อยู่ในระดับมาก มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3 และ สูงสุดเท่ากับ 10 เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.20 รองลงมามีความรู้ปานกลาง ร้อยละ 24.20 และมีความรู้น้อยเพียง ร้อยละ 0.60 (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามคะแนน ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ	
0.00 - 3.33 (น้อย)	1	0.60	
3.34 - 6.66 (ปานกลาง)	39	24.20	
6.67 -10 .00 (มาก)	121	75.20	
รวม	161	100.00	
คะแนนต่ำสุด 3	คะแนนสูงสุด 10	คะแนนเฉลี่ย 7.29	SD. 1.42

เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.73 เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นคำถามพบว่า ประเด็นคำถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.71 – 0.93 โดยมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุมีความสามารถทนต่ออากาศหนาวเย็นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 รองลงมา คือ การเสื่อมลงของระบบต่างๆในร่างกายจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิด ความวิตกกังวลและสภาพจิตใจ หดหู่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 ส่วนความรู้ที่อยู่ในระดับน้อยคือความรู้เกี่ยวกับ ผู้สูงอายุจะมีความถี่ในการปัสสาวะลดลง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.28 (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
ผู้สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

(n = 161)

ประเด็นคำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความรู้
1. ผู้สูงอายุมีความสามารถทนต่ออากาศหนาวเย็น*	149 (92.50%)	12 (7.50%)	-	0.93	มาก
2. ผู้สูงอายุจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายจะลดลง	122 (75.80%)	35 (21.70%)	4 (2.50%)	0.76	มาก
3. ผู้สูงอายุจะมีเสียงแหลมขึ้นและไม่สามารถพูดระยะเวลานานๆ ได้	115 (71.40%)	33 (20.50%)	13 (8.10%)	0.71	มาก
4. ผู้สูงอายุจะมีการอยากอาหารมากขึ้นกว่าวัยอื่นๆ*	139 (86.30%)	19 (11.80%)	3 (1.90%)	0.86	มาก
5. ผู้สูงอายุจะมีความถี่ในการปัสสาวะลดลง*	45 (28.00%)	113 (70.20%)	3 (1.90%)	0.28	น้อย
6. การเสื่อมลงของระบบต่างๆในร่างกายจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลและสภาพจิตใจหดหู่	148 (91.90%)	11 (6.80%)	2 (1.20%)	0.92	มาก
7. การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิดเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้	146 (90.70%)	14 (8.70%)	1 (0.60%)	0.91	มาก
8. ผู้สูงอายุมักมีความแปรปรวนทางอารมณ์มาก	76 (47.20%)	84 (52.20%)	1 (0.60%)	0.47	ปานกลาง
9. โรคที่เกี่ยวกับต่อมลูกหมากมักเกิดขึ้นในชายที่ สูงอายุมากขึ้น	129 (80.10%)	5 (3.10%)	27 (16.80%)	0.80	มาก
10. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เป็นอยู่รอบข้างได้*	105 (65.20%)	53 (32.90%)	3 (1.90%)	0.65	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม				0.73	มาก

* คำถามลวง

หมายเหตุ: ตัวเลขที่อยู่ในวงเล็บคือค่าร้อยละ

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.07 ซึ่งอยู่ในระดับมาก คะแนนต่ำสุดคือ 5 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 15 คะแนน เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีความรู้ที่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.10 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.30 และระดับน้อยเพียง ร้อยละ 0.60 (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ		จำนวน	ร้อยละ
0.00 - 5.00 (น้อย)		1	0.60
5.01 – 10.00 (ปานกลาง)		60	37.30
10.01 – 15.00 (มาก)		100	62.10
รวม		161	100.00
คะแนนต่ำสุด 5	คะแนนสูงสุด 15	คะแนนเฉลี่ย 11.07	SD. 2.18

เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายชื่อของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย มีความรู้ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.74 เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นคำถาม พบว่า มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.72 – 0.98 โดยมีความรู้ในเรื่อง ผู้สูงอายุควร รด/เลิก บุหรี เพราะการสุม บุหรีทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.98 รองลงมาคือ ผลไม้สุก เนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.95 ซึ่งเท่ากับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องทำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.95 เช่นกัน และที่สำคัญพระสงฆ์สูงอายุมีความรู้ในการดื่มน้ำที่ถูกต้องคือ ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำเปล่าวันละ 6 – 8 แก้ว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.72 สำหรับความรู้ที่พระสงฆ์สูงอายุมีความรู้ระดับปานกลางคือเรื่องเกี่ยวกับ อาหารรสจัดทุกประเภทช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานได้มากขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.39 หรือความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการน้ำตาเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษเนื่องจากร่างกายต้องการพลังงานมากกว่าวัยอื่น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.58 ซึ่งทั้งสองประเด็นถือว่าพระสงฆ์สูงอายุมีความรู้ไม่ถูกต้องนัก (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อ จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุ

(n = 161)

ประเด็นคำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความรู้
1. อาหารแป้งหรือข้าวเหมาะสำหรับ ผู้สูงอายุเพราะมีพลังงานมากกว่า อาหารประเภทอื่นๆ*	107 (66.50%)	44 (27.30%)	10 (6.20%)	0.66	ปานกลาง
2. การรับประทานผักผลไม้ทุกวัน ไม่ช่วยในการขับถ่ายของผู้สูงอายุ*	139 (86.30%)	22 (13.70%)	-	0.86	มาก
3. ลำไย ขนุน ทูเรียน เป็นผลไม้ หวานจัด ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ	118 (73.30%)	41 (25.50%)	2 (1.20%)	0.73	มาก
4. ผลไม้สุก เนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย ไม่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ*	153 (95.00%)	7 (4.30%)	1 (0.60%)	0.95	มาก
5. ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารที่ ครบ 5 หมู่ใน 1 วัน	147 (91.30%)	5 (3.10%)	9 (5.60%)	0.91	มาก
6. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหาร ไม่มากในแต่ละมื้อแต่ให้ รับประทานบ่อยครั้ง	77 (47.80%)	57 (35.40%)	27 (16.80%)	0.48	ปานกลาง
7. อาหารรสจัดทุกประเภทช่วยให้ ผู้สูงอายุรับประทานได้มากขึ้น*	63 (39.10%)	79 (49.10%)	19 (11.80%)	0.39	ปานกลาง
8. การกินปลาเล็ก ปลาน้อย กุ้งแห้ง ทุกวัน ช่วยให้กระดูกผู้สูงอายุแข็งแรง	95 (59.00%)	10 (6.20%)	56 (34.80%)	0.59	ปานกลาง
9. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำเปล่าวันละ 6-8 แก้ว	116 (72.00%)	11 (6.80%)	34 (21.10%)	0.72	มาก
10. ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการน้ำตาล เพิ่มขึ้นเป็นพิเศษเนื่องจากร่างกาย ต้องการพลังงานมากกว่าวัยอื่น*	93 (57.80%)	62 (38.50%)	6 (3.70%)	0.58	ปานกลาง
11. การรับประทานอาหารที่มีกากใย ไม่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ เพราะพลังงานต่ำ*	136 (84.50%)	22 (13.70%)	3 (1.90%)	0.84	มาก
12. อาหารปิ้งย่าง ทอด ผู้สูงอายุ ไม่ควรรับประทานเพราะจะ ทำให้ย่อยยาก	143 (88.80%)	15 (9.30%)	3 (1.90%)	0.89	มาก

ตารางที่ 20 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ	ค่าเฉลี่ย	ระดับความรู้
13. การออกกำลังกายทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิตของผู้สูงอายุเสื่อมลง* (52.80%)	85	60 (37.30%)	16 (9.90%)	0.53	ปานกลาง
14. ผู้สูงอายุควร งด/เลิกบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายอ่อนแอ (98.10%)	158	2 (1.20%)	1 (0.60%)	0.98	มาก
15. การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องทำ (95.00%)	153	4 (2.50%)	4 (2.50%)	0.95	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม				0.74	มาก

* คำถามลวง

หมายเหตุ: ตัวเลขที่อยู่ในวงเล็บคือค่าร้อยละ

3.3 สรุปภาพรวมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีความรู้รวมทั้ง 2 ด้านอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.73 เมื่อศึกษารายด้านของความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า มีความรู้ในระดับมากทั้ง 2 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.73 และ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.74 (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 สรุปค่าคะแนนเฉลี่ยและระดับความรู้ในเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุเป็นรายด้านและภาพรวม ของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ความรู้เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	SD .	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	0.73	0.14	มาก
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	0.74	0.14	มาก
ค่าเฉลี่ยรวมสองด้าน	0.73	0.14	มาก

ตอนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- 4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
- 4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- 4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมียุทธศาสตร์
- 4.4 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

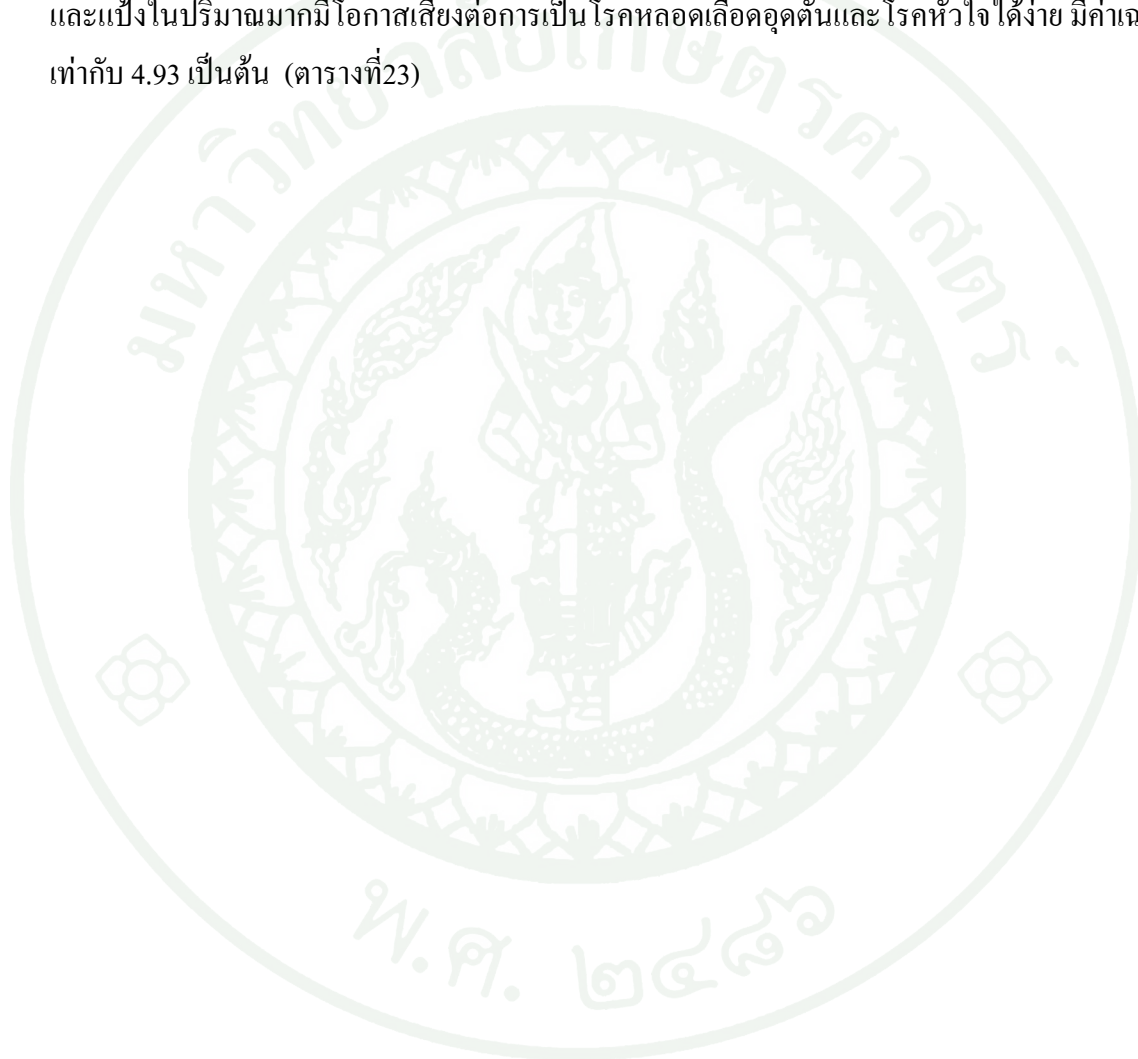
ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.00 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 46 และคะแนนสูงสุด 72 เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.30 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.70 และไม่พบพระสงฆ์สูงอายุที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับน้อย (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามคะแนนภาพรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	จำนวน	ร้อยละ
12.00 – 32.00 (น้อย)	0	0
32.01 – 53.00 (ปานกลาง)	43	26.70
53.01 – 72.00 (มาก)	118	73.30
รวม	161	100.00
คะแนนต่ำสุด 46	คะแนนสูงสุด 72	คะแนนเฉลี่ย 59.00
SD. 7.17		

เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.91 และเมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นคำถามพบว่า มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับมากที่สุดในเรื่อง การสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด และเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมากสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.65 และ 5.40 ตามลำดับ และมีการรับรู้ในระดับค่อนข้างมากเกี่ยวกับเรื่อง การรับประทานอาหารรสเค็มจัดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 และ การดื่มชา กาแฟ มากเกินไปมี

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 นอกนั้นเป็นประเด็นข้อคำถามต่างๆ ไปที่พระสงฆ์สูงอายุนั้นจะรับรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะทำให้เกิดโรคได้ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.83 – 5.14 อาทิ อาการเครียดที่มีบ่อยๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไมเกรน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.14 การออกกำลังกายที่หนักเกินไปมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.11 การไม่ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.98 การไม่สูบบุหรี่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง มีค่าเฉลี่ย 4.95 การรับประทานอาหารที่มีไขมันและแป้งในปริมาณมากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันและโรคหัวใจได้ง่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.93 เป็นต้น (ตารางที่ 23)



ตารางที่ 23 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อ จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

(n = 161)

ประเด็นคำถาม	ระดับการรับรู้						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างไม่มาก	น้อย	น้อยที่สุด		
1. การขาดปริมาณแคลเซียมมีโอกาสเสี่ยงต่อ การเป็น โรคกระดูก	47 (29.20%)	41 (25.50%)	72 (44.70%)	1 (0.60%)	0	0	4.83	มาก
2. การรับประทานอาหารไขมันและแป้งในปริมาณมาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันและโรคหัวใจได้ง่าย	54 (33.50%)	42 (26.10%)	65 (40.40%)	0	0	0	4.93	มาก
3. การรับประทานอาหารรสเค็มจัดมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง	27 (16.80%)	26 (16.10%)	70 (43.50%)	26 (16.10%)	2 (1.20%)	10 (6.20%)	4.12	ค่อนข้างมาก
4. การไม่ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่าย	57 (35.40%)	44 (27.30%)	59 (36.60%)	1 (0.60%)	0	0	4.98	มาก
5. การสูบบุหรี่มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิด โรคมะเร็งปอด	122 (75.80%)	22 (13.70%)	17 (10.60%)	0	0	0	5.65	มากที่สุด
6. เพศชายมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมากสูง	98 (60.90%)	30 (18.60%)	33 (20.50%)	0	0	0	5.40	มากที่สุด
7. การรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลสูง ไม่เกี่ยวกับการเกิดโรคอ้วน*	1 (0.60%)	2 (1.20%)	9 (5.60%)	64 (39.80%)	8 (5.00%)	77 (47.80%)	4.91	มาก
8. การไม่สูบบุหรี่ลดการเสี่ยงต่อการเกิด โรคถุงลมโป่งพอง	58 (36.00%)	38 (23.60%)	64 (39.80%)	1 (0.60%)	0	0	4.95	มาก
9. การดื่มชา กาแฟ มากเกินไปมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้	26 (16.10%)	23 (14.30%)	68 (42.20%)	25 (15.50%)	6 (3.70%)	13 (8.10%)	3.99	ค่อนข้างมาก

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับการรับรู้						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างไม่มาก	น้อย	น้อยที่สุด		
10. การไม่รับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก ท้องอืดมาก	62 (38.50%)	38 (23.60%)	59 (36.60%)	1 (0.60%)	1 (0.60%)	0	4.98	มาก
11. การออกกำลังกายที่หนักเกินไป มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อล้า	71 (44.10%)	37 (23.00%)	53 (32.90%)	0	0	0	5.11	มาก
12. อาการเครียดที่มีบ่อยๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไมเกรน	73	40	45	3	0	0	5.14	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม							4.91	มาก

* ข้อความเชิงนิเสธ

หมายเหตุ: ตัวเลขที่อยู่ในวงเล็บคือค่าร้อยละ

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58.45 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 45 และคะแนนสูงสุด 72 เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก ร้อยละ 78.30 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.70 และไม่พบพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับน้อย (ตารางที่ 24)

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค	จำนวน	ร้อยละ
12.00 – 32.00 (น้อย)	0	0
32.01 – 53.00 (ปานกลาง)	35	21.70
53.01 – 72.00 (มาก)	126	78.30
รวม	161	100.00
คะแนนต่ำสุด 45	คะแนนสูงสุด 72	คะแนนเฉลี่ย 58.45
SD. 6.86		

เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.87 และเมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นคำถามพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับมากที่สุดคือการรับรู้ในเรื่อง อาการโรคเบาหวานจะบรรเทาหากงดรับประทานอาหารรสหวาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.76 นอกจากนี้มีการรับรู้ในเรื่องการรู้จักจัดการกับความเครียดหรือการควบคุมอารมณ์ โดยรับรู้ว่า ความรุนแรงของภาวะความเครียดลดลงได้ถ้ารู้จักควบคุมอารมณ์โกรธหรือเสียใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.30 และมีการรับรู้ในระดับค่อนข้างมากเกี่ยวกับเรื่องอาการของโรคเมื่เริ่มช่องปากรุนแรงขึ้นหากเคี้ยวหมากพลูเป็นประจำ มีค่าเฉลี่ย 4.11 นอกนั้นเป็นประเด็นข้อคำถามต่างๆ ไปที่พระสงฆ์สูงอายุจะรับรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงได้ ระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.65 – 5.76 อาทิ อาการของโรคจะทุเลาลงเมื่อออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเต็มที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.11 อาการ โรคเมื่เริ่มดื่มน้ำได้รุนแรงขึ้นเมื่อไม่งดอาหารทอด ปิ้งย่างอย่างเด็ดขาด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.09 อาการ โรคกระเพาะรุนแรงขึ้นเมื่อรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.03 เป็นต้น (ตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

(n = 161)

ประเด็นคำถาม	ระดับการรับรู้						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างไม่มาก	น้อย	น้อยที่สุด		
1. ภาวะกระดูกพรุนจะรุนแรงขึ้นเมื่อดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ	44 (27.30%)	39 (24.20%)	77 (47.80%)	1 (0.60%)	0	0	4.78	มาก
2. โรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมากรุนแรงมากยิ่งขึ้นถ้ามีการสูบบุหรี่จัด	59 (36.60%)	35 (21.70%)	67 (41.60%)	0	0	0	4.95	มาก
3. อาการโรคเมร็งลำไส้รุนแรงขึ้นเมื่อไม่งดอาหารทอด ปิ้งย่าง อย่างเด็ดขาด	66 (41.00%)	43 (26.70%)	52 (32.30%)	0	0	0	5.09	มาก
4. อาการโรคเบาหวานจะบรรเทาหากงดรับประทานอาหารรสหวาน	134 (83.20%)	15 (9.30%)	12 (7.50%)	0	0	0	5.76	มากที่สุด
5. อาการโรคภูมิแพ้รุนแรงขึ้นเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่สะอาด	63 (39.10%)	37 (23.00%)	61 (37.90%)	0	0	0	5.01	มาก
6. อาการโรคหัวใจรุนแรงขึ้นเมื่อดื่มชา กาแฟเป็นประจำ	21 (13.00%)	15 (9.30%)	66 (41.00%)	35 (21.70%)	2 (1.20%)	22 (13.70%)	3.70	ค่อนข้างมาก
7. เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูง ควรรับประทานอาหารรสเค็ม*	0	3 (1.90%)	7 (4.30%)	89 (55.30%)	7 (4.30%)	55 (34.20%)	4.65	มาก
8. โรคในช่องปากที่รุนแรงขึ้นเนื่องจาก การไม่ดูแลเหงือก	65 (40.40%)	26 (16.10%)	70 (43.50%)	0	0	0	4.97	มาก

ตารางที่ 25 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับการรับรู้						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างไม่มาก	น้อย	น้อยที่สุด		
9. อาการโรคกระเพาะรุนแรงขึ้นเมื่อรับประทานอาหาร ไม่เป็นเวลา	63 (39.10%)	40 (24.80%)	58 (36.00%)	0	0	0	5.03	มาก
10. อาการของโรคกระเพาะเรื้อรังช่องปากรุนแรงขึ้นหากเคี้ยวหมากพลูเป็นประจำ	35 (21.70%)	34 (21.10%)	44 (27.30%)	26 (16.10%)	5 (3.10%)	17 (10.60%)	4.11	ค่อนข้างมาก
11. อาการของโรคจะทุเลาลงเมื่อออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเต็มที่	72 (44.70%)	35 (21.70%)	53 (32.90%)	1 (0.60%)	0	0	5.11	มาก
12. ความรุนแรงของภาวะความเครียดลดลงได้ถ้ารู้จักควบคุมอารมณ์ โกรธหรือเสียใจ	90 (55.90%)	31 (19.30%)	39 (24.20%)	1 (0.60%)	0	0	5.30	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม							4.87	มาก

* ข้อความเชิงนิเสธ

หมายเหตุ: ตัวเลขที่อยู่ในวงเล็บคือค่าร้อยละ

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.94 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 47 และคะแนนสูงสุด 72 เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันในระดับมาก ร้อยละ 90.10 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.90 และไม่พบพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้ในระดับน้อย (ตารางที่26)

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	จำนวน	ร้อยละ	
12.00 – 32.00 (น้อย)	0	0	
32.01 – 52.00 (ปานกลาง)	16	9.90	
52.01 – 72.00 (มาก)	145	90.10	
รวม	161	100.00	
คะแนนต่ำสุด 47	คะแนนสูงสุด 72	คะแนนเฉลี่ย 60.94	SD. 6.47

เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายชื่อของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ผลการศึกษาพบว่า มีการรับรู้ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.08 และเมื่อศึกษาเป็นรายประเด็นพบว่ามีการรับรู้ระดับมากที่สุดในเรื่อง การปฏิบัติอานาปนสติทำให้จิตใจเกิดความผ่อนคลาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.68 นอกจากนั้นเป็นการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความสงบเช่น การนั่งสมาธิ ภาวนา สามารถลดความเครียดในชีวิตประจำวันได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.63 การสวดมนต์ ไหว้พระเป็นประจำทำให้จิตใจสบายขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.60 และมีประเด็นที่มีการรับรู้ในระดับค่อนข้างมากคือ การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้กับผู้ป่วยหรือไม่ได้ ส่งผลอะไรต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.27 นอกนั้นเป็นประเด็นที่มีรับรู้ในระดับมากซึ่งมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 5.04 – 4.76 เช่น การงดสูบบุหรี่ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.04 การหาความรู้ในเรื่องสุขภาพ ทำให้มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพดีขึ้น มีค่าเฉลี่ย 5.00 หรือ การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอทำให้รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้ มีค่าเฉลี่ย 4.96 (ตารางที่27)

ตารางที่ 27 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อ จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

(n = 161)

ประเด็นคำถาม	ระดับการรับรู้						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างไม่มาก	น้อย	น้อยที่สุด		
1. การดื่มนมทำให้กระดูกแข็งแรง	49 (30.40%)	33 (20.50%)	77 (47.80%)	2 (1.20%)	0	0	4.80	มาก
2. การจัดสถานที่พักอาศัยให้สะอาดจะทำให้ หลีกเลี่ยงจากการภูมิแพ้	46 (28.60%)	40 (24.80%)	75 (46.60%)	0	0	0	4.82	มาก
3. การงดสูบบุหรี่ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจ	59 (36.60%)	52 (32.33%)	47 (29.20%)	3 (1.90%)	0	0	5.04	มาก
4. การตรวจสอบสภาพอย่างสม่ำเสมอทำให้รับรู้ ภาวะสุขภาพของตนเองได้	54 (33.50%)	47 (29.20%)	60 (37.30%)	0	0	0	4.96	มาก
5. การหาความรู้ในเรื่องสุขภาพ ทำให้มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพดีขึ้น	56 (34.80%)	49 (30.40%)	56 (34.80%)	0	0	0	5.00	มาก
6. การนั่งสมาธิ ภาวนา สามารถลดความเครียดในชีวิตประจำวันได้	121 (75.20%)	21 (13.00%)	18 (11.20%)	1 (0.60%)	0	0	5.63	มากที่สุด
7. การปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งหรือนำอย่างเคร่งครัดจะทำให้ร่างกายมีสุขภาพดี	47 (29.20%)	48 (29.80%)	64 (39.80%)	2 (1.20%)	0	0	4.87	มาก
8. การปฏิบัติกิจกรรมเป็นการปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ	107 (66.50%)	31 (19.30%)	23 (14.30%)	0	0	0	5.52	มากที่สุด
9. การสวดมนต์ไหว้พระเป็นประจำทำให้จิตใจสบายขึ้น	116 (72.00%)	26 (16.10%)	18 (11.20%)	1 (0.60%)	0	0	5.60	มากที่สุด
10. การปฏิบัติอานาปนสติทำให้จิตใจเกิดความผ่อนคลาย	125 (77.60%)	22 (13.70%)	13 (8.10%)	1 (0.60%)	0	0	5.68	มากที่สุด

ตารางที่ 27 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับการรับรู้						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างไม่มาก	น้อย	น้อยที่สุด		
11. การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่ไม่ได้ ส่งผลอะไรต่อสุขภาพ*	4 (2.50%)	5 (3.10%)	28 (17.40%)	75 (46.60%)	5 (3.10%)	44 (27.30%)	4.27	ค่อนข้างมาก
12. การทำงานอดิเรกเป็นการลดความเครียดและใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์	50 (31.10%)	31 (19.30%)	73 (45.30%)	5 (3.10%)	2 (1.20%)	0	4.76	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม							5.08	มาก

* ข้อมูลเชิงนิเสธ

หมายเหตุ: ตัวเลขที่อยู่ในวงเล็บคือค่าร้อยละ

4.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.09 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 26 และคะแนนสูงสุด 72 เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 69.60 รองลงมาพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้ในระดับมาก ร้อยละ 27.30 และมีการรับรู้ระดับน้อยเพียง ร้อยละ 3.10 (ตารางที่28)

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	จำนวน	ร้อยละ
12.00 – 32.00 (น้อย)	5	3.10
32.01 – 52.00 (ปานกลาง)	112	69.60
52.01 – 72.00 (มาก)	44	27.30
รวม	161	100.00
คะแนนต่ำสุด 26	คะแนนสูงสุด 72	คะแนนเฉลี่ย 48.09
SD. 8.73		

เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อในเรื่องการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับค่อนข้างมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 และเมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นคำถามพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับมากที่สุดซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.76 – 4.47 ในเรื่อง การทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียดเป็นเรื่องยากมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 รองลงมาคือการรับรู้ในเรื่องการทำสมาธิต้องทำแบบเป็นพิธีการเท่านั้นคือทำนั่งต้องนั่งขัดสมาธิทำนั่งต้องนั่งขัดสมาธิเพชร ซึ่งลำบาก เมื่อย่ำ ทำนั่งจึงไม่ปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 และประเด็นการรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดซึ่งมีระดับการรับรู้ในระดับค่อนข้างน้อยคือการรับรู้ในเรื่อง อาหารที่มีประโยชน์บางชนิดไม่สามารถกินได้เพราะเป็นของแสลง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 (ตารางที่29)

ตารางที่ 29 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

(n = 161)

ประเด็นคำถาม	ระดับการรับรู้						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างไม่มาก	น้อย	น้อยที่สุด		
1. การฉันทมนมีประโยชน์ต่อสุขภาพแต่ท่านไม่ฉันทมนเพราะท่านไม่ชอบ*	12 (7.50%)	11 (6.80%)	56 (34.80%)	42 (26.10%)	6 (3.70%)	34 (21.10%)	3.75	ค่อนข้างมาก
2. การฉันทผักผลไม้มีประโยชน์แต่ท่านไม่ฉันทผักผลไม้เพราะเห็นว่าไม่อร่อย*	2 (1.20%)	15 (9.30%)	82 (50.90%)	15 (9.30%)	47 (29.20%)	0	4.56	มาก
3. การฉันทผักผลไม้มีประโยชน์แต่ท่านไม่ค่อยได้ฉันทผักผลไม้เพราะไม่มีใครนำมาทำบุญถวาย*	1 (0.60%)	8 (5.00%)	24 (14.90%)	65 (40.40%)	7 (4.30%)	56 (34.80%)	4.47	มาก
4. การฉันทอาหารให้ครบ 5 หมู่มีประโยชน์แต่ท่านไม่ฉันทอาหารครบ 5 หมู่เพราะมีขั้นตอนยุ่งยาก*	18 (11.20%)	9 (5.60%)	66 (41.00%)	46 (28.60%)	7 (4.30%)	15 (9.30%)	3.37	ค่อนข้างน้อย
5. อาหารที่มีประโยชน์บางชนิด ไม่สามารถฉันทได้เพราะเป็นของแสลง*	36 (22.40%)	16 (9.90%)	61 (37.90%)	32 (19.90%)	3 (1.90%)	13 (8.10%)	2.93	ค่อนข้างน้อย
6. การเลิกละมีประโยชน์ต่อสุขภาพแต่ท่านไม่สามารถเลิกละได้เพราะไม่รู้วิธีเลิก*	9 (5.60%)	4 (2.50%)	41 (25.50%)	51 (31.70%)	7 (4.30%)	49 (30.40%)	4.18	ค่อนข้างมาก
7. การออกกำลังกายมีประโยชน์ แต่ว่าการออกกำลังกาย เป็นเรื่องยากเพราะต้องหาท่าออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์*	29 (18.00%)	14 (8.70%)	65 (40.40%)	30 (18.60%)	1 (0.60%)	22 (13.70%)	3.16	ค่อนข้างน้อย
8. การทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียดเป็นเรื่องยากมาก*	1 (0.60%)	3 (1.90%)	20 (12.40%)	55 (34.20%)	13 (8.10%)	69 (42.90%)	4.76	มาก
9. การทำสมาธิต้องทำแบบเป็นพิธีการเท่านั้นคือท่านั่งต้องนั่งขัดสมาธิท่านั่งต้องนั่งขัดสมาธิเพชร ซึ่งลำบาก เมื่อยลำ ท่านจึงไม่ปฏิบัติ*	3 (1.90%)	3 (1.90%)	19 (11.80%)	55 (34.20%)	15 (9.30%)	66 (41.00%)	4.70	มาก

ตารางที่ 29 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับการรับรู้						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างไม่มาก	น้อย	น้อยที่สุด		
10. การตรวจสอบภาพจะทำให้ทราบภาวะสุขภาพของตนเองแต่ท่านไม่ไปตรวจสุขภาพเพราะเห็นว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก*	11 (6.80%)	8 (5.00%)	64 (39.80%)	47 (29.20%)	6 (3.70%)	25 (15.50%)	3.65	ค่อนข้างมาก
11. การตรวจสอบภาพจะทำให้ทราบภาวะสุขภาพของตนเองแต่ท่านไม่ไปตรวจสุขภาพเพราะเห็นว่ามีค่าใช้จ่ายสูง*	6 (3.70%)	7 (4.30%)	57 (35.40%)	48 (29.80%)	3 (1.90%)	40 (24.80%)	3.96	ค่อนข้างมาก
12. ท่านไม่ปรึกษาเรื่องราวต่างๆ กับบุคคลใกล้ชิดเพราะท่านอาย*	6 (3.70%)	32 (19.90%)	51 (31.70%)	5 (3.10%)	67 (41.60%)		4.59	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม							4.00	มาก

* ข้อความเชิงนิเสธ

หมายเหตุ: ตัวเลขที่อยู่ในวงเล็บคือค่าร้อยละ

4.5 สรุปภาพรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยทั้งหมดมีการรับรู้ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.62 และเมื่อศึกษาเป็นรายด้านของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมียาคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.00 58.45 และ 60.94 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมียาคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.09 (ตารางที่30)

ตารางที่ 30 สรุปค่าคะแนนเฉลี่ยและระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้านของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

(n = 161)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	59.00	7.17	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	58.45	6.86	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค	60.94	6.47	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค	48.09	8.73	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	56.62	6.88	มาก

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาพฤติกรรมออกเป็น 3 สถานการณ์ ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค ผลการศึกษามีดังนี้

5.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 69.51 โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 54 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 84 และเมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติในระดับ

มาก ร้อยละ 67.10 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.90 และไม่พบพระสงฆ์สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับน้อย (ตารางที่ 31)

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ	จำนวน	ร้อยละ
15.00 – 40.00 (น้อย)	0	0
40.01 – 65.00 (ปานกลาง)	53	32.90
65.01 – 90.00 (มาก)	108	67.10
รวม	161	100.00
คะแนนต่ำสุด 54	คะแนนสูงสุด 84	คะแนนเฉลี่ย 69.51
SD. 6.99		

เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายชื่อของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ พบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพตามพระธรรมวินัยมากที่สุดโดยพฤติกรรมเรื่อง ทานปลงผมตามระยะเวลาที่พระธรรมวินัยกำหนด และท่านตัดเล็บตามระยะเวลาที่พระธรรมวินัยกำหนด มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 5.63 และ 5.62 ตามลำดับ นอกจากนี้เป็นประเด็นที่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติในระดับมากมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.57 – 5.07 อาทิ ประเด็นในเรื่องของพฤติกรรมการฉันอาหาร เช่น เรื่องการงดรับประทานอาหารแป้ง และไขมัน มีค่าเฉลี่ย 5.07 การงดการฉันอาหารสัจจะว่าจะเป็นเปรี้ยวจัด เค็มจัด เผ็ดจัด มีค่าเฉลี่ย 4.94 เป็นต้น และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติที่ปฏิบัติในระดับค่อนข้างน้อยคือ ท่านดื่มนมเป็นประจำ มีค่าเฉลี่ย 2.77 (ตารางที่ 32)

ตารางที่ 32 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

(n = 161)

ประเด็นคำถาม	ระดับการปฏิบัติ						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างไม่มาก	น้อย	น้อยที่สุด		
1. ท่านฉัน ผักใบเขียวเสมอ	48 (29.80%)	42 (26.10%)	70 (43.50%)	1 (0.60%)	0	0	4.85	มาก
2. ท่านดื่มนมเป็นประจำ	2 (1.20%)	5 (3.10%)	43 (26.70%)	57 (35.40%)	12 (7.50%)	42 (26.10%)	2.77	ค่อนข้างน้อย
3. ท่านฉันอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้	48 (0.60%)	41 (44.10%)	71 (25.50%)	1 (29.80%)	0	0	4.84	มาก
4. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 4-6 แก้ว	102 (63.40%)	32 (19.90%)	27 (16.80%)	0	0	0	5.47	มากที่สุด
5. ท่านฉันอาหารที่มีรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัดเป็นประจำ*	0 (0.60%)	1 (5.00%)	8 (37.30%)	60 (13.70%)	22 (43.50%)	70	4.94	มาก
6. ท่านชอบฉันอาหารแป้งและไขมันมากกว่าอาหารอื่น*	8 (5.00%)	48 (29.80%)	30 (18.60%)	75 (46.60%)	0	0	5.07	มาก
7. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง	59 (36.60%)	17 (10.60%)	80 (49.70%)	4 (2.50%)	1 (0.60%)	0	4.80	มาก
8. ท่านไม่ฉันขนมที่มีรสชาติดหวานมาก	94 (58.40%)	16 (9.90%)	42 (26.10%)	6 (3.70%)	1 (0.60%)	2 (1.20%)	5.18	มากที่สุด
9. ท่านฉันไข่วันละหลายฟอง*	2 (1.20%)	1 (0.60%)	8 (5.00%)	74 (46.00%)	13 (8.10%)	63 (39.10%)	4.76	มาก
10. ท่านได้ฉันข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือเป็นประจำ	5 (3.10%)	10 (6.20%)	76 (47.20%)	32 (19.90%)	11 (6.80%)	27 (16.80%)	3.29	ค่อนข้างน้อย

ตารางที่ 32 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับการปฏิบัติ						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างไม่มาก	น้อย	น้อยที่สุด		
11. ในแต่ละวันท่านจะพยายามเดินให้ได้ระยะเวลาติดต่อกัน 10 นาที สะสมทั้งวันไม่ต่ำกว่า 30 นาที	31 (19.30%)	10 (6.20%)	77 (47.80%)	26 (16.10%)	4 (2.50%)	13 (8.10%)	3.99	ค่อนข้างมาก
12. ท่านได้รับการตรวจร่างกายประจำปีทุกปี	59 (36.60%)	19 (11.80%)	57 (35.40%)	15 (9.30%)	3 (1.90%)	8 (5.00%)	4.57	มาก
13. ท่านซักถามอาการสุขภาพตนเองเมื่อพบแพทย์	33 (20.50%)	19 (11.80%)	53 (32.90%)	15 (9.30%)	8 (5.00%)	33 (20.50%)	3.72	ค่อนข้างมาก
14. ท่านตัดสินใจตามระยะเวลาที่พระธรรมวินัยกำหนด	118 (73.30%)	25 (15.50%)	18 (11.20%)	0	0	0	5.62	มากที่สุด
15. ท่านปลงผมตามระยะเวลาที่พระธรรมวินัยกำหนด	120 (74.50%)	23 (14.30%)	18 (11.20%)	0	0	0	5.63	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม							4.63	มาก

* ข้อความเชิงนิเสธ

หมายเหตุ: ตัวเลขที่อยู่ในวงเล็บคือค่าร้อยละ

5.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเท่ากับ 54.06 ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนต่ำสุด 35 และคะแนนสูงสุด 72 เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในระดับมาก ร้อยละ 53.40 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.60 และไม่พบพระสงฆ์สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับน้อย (ตารางที่ 33)

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
12.00 – 32.00 (น้อย)	0	0
32.01 – 52.00 (ปานกลาง)	75	46.60
52.01 – 72.00 (มาก)	86	53.40
รวม	161	100.00
คะแนนต่ำสุด 35	คะแนนสูงสุด 72	คะแนนเฉลี่ย 54.06
SD. 7.04		

เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 และเมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายข้อ พบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากที่สุดในเรื่อง เมื่อท่านเกิดอาการปวดฟันขึ้นท่านจะรีบไปพบทันตแพทย์เพื่อหาสาเหตุของอาการ มีค่าเฉลี่ย 5.12 นอกจากนั้นเป็นประเด็นที่พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยที่อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.34 – 4.77 เช่น เมื่อเกิดอาการอาเจียนหรือเบื่ออาหารติดๆ กันในระยะ 1-2 สัปดาห์ท่านจะสังเกตอาการ และรีบไปพบแพทย์ มีค่าเฉลี่ย 4.77 และเมื่อเกิดอาการไม่สบายขึ้นกับร่างกายท่านได้หันมาดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.64 เป็นต้น และยังพบประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างมาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.04 – 4.22 เช่น เมื่อท่านมีอาการเป็นไข้หวัด 1-2 วัน และมีไข้สูงท่านจะรีบไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาอาการเหล่านั้นทันที มีค่าเฉลี่ย 4.04 ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นที่อยู่ในระดับค่อนข้างมากที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด (ตารางที่ 34)

ตารางที่ 34 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

(n = 161)

ประเด็นคำถาม	ระดับการพฤติกรรม						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ค่อนข้างจริง	จริงค่อนข้างน้อย	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
1. เมื่อท่านมีอาการเป็นไข้หวัด 1-2 วัน และมีไข้สูงท่านจะ รีบไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาอาการเหล่านั้นทันที	18 (11.20%)	35 (21.70%)	59 (36.60%)	39 (24.20%)	4 (2.50%)	6 (3.70%)	4.04	ค่อนข้างมาก
2. เมื่อท่านมีอาการเป็นไข้หวัด 1-2 วัน และมีไข้สูง ท่านจะพักผ่อนจนอาการเหล่านั้นหายดีขึ้น	44 (27.30%)	33 (20.50%)	70 (43.50%)	11 (6.80%)	1 (0.60%)	2 (1.20%)	4.63	มาก
3. เมื่อท่านมีอาการเป็นไข้หวัด 1-2 วัน และมีไข้สูงท่านก็ยังไม่สนใจ ในอาการเหล่านั้น*	0	1 (0.60%)	39 (24.20%)	79 (49.10%)	7 (4.30%)	35 (21.70%)	4.22	ค่อนข้างมาก
4. เมื่อท่านมีอาการเป็นไข้หวัด 1-2 วัน และมีไข้ท่านจะงดภารกิจ เพื่อพักผ่อนและดื่มน้ำให้มากที่สุด	29 (18.00%)	30 (18.60%)	97 (60.20%)	5 (3.10%)	0	0	4.52	มาก
5. เมื่อท่านเกิดอาการปวดฟันขึ้นท่านจะรีบไปพบทันตแพทย์ เพื่อหาสาเหตุของอาการ	76 (47.20%)	33 (20.50%)	49 (30.40%)	2 (1.20%)	1 (0.60%)	0	5.12	มาก
6. เมื่อเกิดอาการอาเจียนหรือเบื่ออาหารติดๆ กันในระยะ 1-2 สัปดาห์ ท่านจะปล่อยให้อาการเหล่านั้นรุนแรงขึ้น*	1 (0.60%)	4 (2.50%)	23 (14.30%)	73 (45.30%)	5 (3.10%)	55 (34.20%)	4.50	มาก
7. เมื่อเกิดอาการอาเจียนหรือเบื่ออาหารติดๆ กันในระยะ 1-2 สัปดาห์ ท่านจะสังเกตอาการ และรีบไปพบแพทย์	50 (31.10%)	28 (17.40%)	79 (49.10%)	4 (2.50%)	0	0	4.77	มาก
8. เมื่อเกิดอาการภูมิแพ้ท่านจะรักษานามัยส่วนบุคคลให้สะอาดกว่าปกติ	27 (16.80%)	39 (24.20%)	90 (55.90%)	5 (3.10%)	0	0	4.55	มาก
9. เมื่อเกิดอาการไม่สบายขึ้นกับร่างกายท่านได้หันมาดูแลสุขภาพ ของตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น	29 (18.00%)	47 (29.20%)	83 (51.60%)	2 (1.20%)	0	0	4.64	มาก

ตารางที่ 34 (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับการพฤติกรรม						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	ค่อนข้างจริง	จริงค่อนข้างน้อย	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด		
10. เมื่อเกิดอาการเป็นไข้หวัด ไอจาม ท่านจะหลีกเลี่ยงไม่ไปคุยกับพระรูปอื่นหรือญาติโยม เพื่อไม่ให้อาการของโรคนั้นกำเริบหรือแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น	25 (15.50%)	46 (28.60%)	49 (30.40%)	22 (13.70%)	8 (5.00%)	11 (6.80%)	4.16	ค่อนข้างมาก
11. เมื่อเกิดอาการแพ้ผิวดังเกิดขึ้นกับท่านท่านจะรีบไปพบแพทย์ทันที	35 (21.70%)	37 (23.00%)	80 (49.70%)	5 (3.10%)	1 (0.60%)	3 (1.90%)	4.57	มาก
12. เมื่อเกิดอาการผิวดังเกี่ยวกับระบบการย่อยอาหารในเรื่องอาหารการกินมากขึ้น เพราะเห็นว่าจะช่วยรักษาอาการเหล่านั้น	22 (13.70%)	30 (18.60%)	96 (59.60%)	10 (6.20%)	3 (1.90%)	0	4.34	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม							4.50	มาก

* ข้อความเชิงนิเสธ

หมายเหตุ: ตัวเลขที่อยู่ในวงเล็บคือค่าร้อยละ

5.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคเท่ากับ 34.20 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนต่ำสุด 22 และคะแนนสูงสุด 47 และเมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.40 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 41.60 และไม่พบพระสงฆ์สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับน้อย (ตารางที่ 35)

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค	จำนวน	ร้อยละ	
8.00 – 21.33 (น้อย)	0	0	
21.34 – 34.66 (ปานกลาง)	94	58.40	
34.67 – 48.00 (มาก)	67	41.60	
รวม	161	100.00	
คะแนนต่ำสุด 22	คะแนนสูงสุด 47	คะแนนเฉลี่ย 34.20	SD. 4.75

เมื่อพิจารณารายละเอียดเป็นรายชื่อของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 ซึ่งอยู่ในระดับค่อนข้างมาก และเมื่อพิจารณาประเด็นคำถามรายชื่อ พบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคมากที่สุดในเรื่อง เมื่อท่านทราบว่าโรคที่ท่านจะรับประทานอาหารบางประเภทที่จะทำให้อาการของโรคนั้นรุนแรงขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.63 ซึ่งใกล้เคียงกับประเด็นการดูแลสุขภาพในเรื่อง เมื่อท่านทราบว่าโรคที่ท่านจะรักษานามัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด มีค่าเฉลี่ย 4.57 นอกจากนี้พระสงฆ์สูงอายุยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคในระดับค่อนข้างมากโดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.85 – 4.25 ในเรื่องเกี่ยวกับ เมื่อท่านทราบว่าโรคที่ท่านจะปฏิบัติสมาธิภาวนาเพื่อคลายความเครียด มีค่าเฉลี่ย 4.25 หรือเมื่อท่านทราบว่าโรคที่ท่านจะหางานอดิเรกทำเพื่อคลายความวิตกกังวล มีค่าเฉลี่ย 4.15 และประเด็นสำคัญที่พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมคือประเด็นเรื่อง ในขณะที่ท่านยาตามแพทย์สั่ง แต่เกิดอาการข้างเคียงขึ้นท่านจะปรับการทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ มีค่าเฉลี่ย 4.00 (ตารางที่ 36)

ตารางที่ 36 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็น โรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

(n = 161)								
ประเด็นคำถาม	ระดับการปฏิบัติ						ค่าเฉลี่ย	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างไม่มาก	น้อย	น้อยที่สุด		
1. เมื่อท่านทราบว่าเป็นโรคท่านจะรีบหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคนั้นๆเพื่อเป็นความรู้ในการดูแลตนเอง	12 (7.50%)	20 (12.40%)	78 (48.40%)	40 (24.80%)	5 (3.10%)	6 (3.70%)	3.85	ค่อนข้างมาก
2. เมื่อท่านทราบว่าเป็นโรคท่านจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด	26 (16.10%)	26 (16.10%)	99 (61.50%)	8 (5.00%)	2 (1.20%)	0	4.41	มาก
3. เมื่อท่านทราบว่าเป็นโรคท่านจะคอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคนั้นๆ หลังจากปฏิบัติตามแพทย์สั่ง	18 (11.20%)	42 (26.10%)	81 (50.30%)	17 (10.60%)	2 (1.20%)	1 (0.60%)	4.34	มาก
4. เมื่อท่านทราบว่าเป็นโรคท่านจะงดรับประทานอาหารบางประเภทที่จะทำให้อาการของโรคนั้นรุนแรงขึ้น	38 (23.60%)	41 (25.50%)	70 (43.50%)	9 (5.60%)	3 (1.90%)	0	4.63	มาก
5. เมื่อท่านทราบว่าเป็นโรคท่านจะรักษานามัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด	34 (21.10%)	32 (19.90%)	87 (54.00%)	8 (5.00%)	0	0	4.57	มาก
6. ในขณะที่ท่านยาตามแพทย์สั่ง แต่เกิดอาการข้างเคียงขึ้นท่านจะปรับการทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์*	13 (8.10%)	5 (3.10%)	39 (24.20%)	55 (34.20%)	10 (6.20%)	39 (24.20%)	4.00	ค่อนข้างมาก
7. เมื่อท่านทราบว่าเป็นโรคท่านจะปฏิบัติสมาธิภาวนาเพื่อคลายความเครียด	14 (8.70%)	23 (14.30%)	115 (71.40%)	7 (4.30%)	2 (1.20%)	0	4.25	ค่อนข้างมาก
8. เมื่อท่านทราบว่าเป็นโรคท่านจะหางานอดิเรกทำเพื่อคลายความวิตกกังวล	11 (6.80%)	21 (13.00%)	117 (72.70%)	6 (3.70%)	5 (3.10%)	1 (0.60%)	4.15	ค่อนข้างมาก
ค่าเฉลี่ยรวม							4.27	ปานกลาง

* ข้อความเชิงนิเสธ

หมายเหตุ: ตัวเลขที่อยู่ในวงเล็บคือค่าร้อยละ

5.4 สรุปภาพรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 เมื่อศึกษาเป็นรายด้านของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 และ 4.50 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 (ตารางที่ 37)

ตารางที่ 37 สรุปค่าคะแนนเฉลี่ยและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นรายด้านของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD.	ระดับ
1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ	4.63	0.47	มาก
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	4.50	0.59	มาก
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค	4.27	0.59	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	4.51	0.59	มาก

ตอนที่ 6 การทดสอบสมมุติฐาน

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานคือ ตัวแปรอิสระ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย โดยผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3 ด้านคือ

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

สำหรับตัวแปรอิสระที่ทดสอบเพื่อพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย ผู้วิจัยได้แบ่งตัวแปรอิสระดังนี้

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อายุพรรษา สถานภาพสมรสก่อนบวช อาชีพ ก่อนบวช การดำรงสมณศักดิ์ ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ภูมิลำเนา การมีโยม อุปัฏฐาก รายได้เฉลี่ย แหล่งที่มาของรายได้ อาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาตหรือทำบุญ

2. สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย การมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน น้ำหนักตัว ส่วนสูง

3. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

สำหรับตัวแปรอิสระที่มีมาตรวัดเป็นระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ผู้ศึกษาได้ทำเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) และ ได้ให้คะแนนดังนี้

สถานภาพสมรส

โสด	ให้คะแนนเท่ากับ	0
สมรสและอยู่ด้วยกัน, สมรสแต่แยกกันอยู่, หย่า / แยกกันอยู่, ม่าย	ให้คะแนนเท่ากับ	1

อาชีพก่อนบวช

ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ให้คะแนนเท่ากับ	0
ประกอบอาชีพ	ให้คะแนนเท่ากับ	1

การดำรงสมณศักดิ์

ไม่มีสมณศักดิ์	ให้คะแนนเท่ากับ	0
มีสมณศักดิ์	ให้คะแนนเท่ากับ	1

การศึกษาทางโลก

ไม่ได้ศึกษา	ให้คะแนนเท่ากับ	0
ศึกษา	ให้คะแนนเท่ากับ	1

การศึกษาทางธรรม

ไม่ได้ศึกษา	ให้คะแนนเท่ากับ	0
ศึกษา	ให้คะแนนเท่ากับ	1

ภูมิลำเนา

ต่างจังหวัด	ให้คะแนนเท่ากับ	0
กรุงเทพมหานคร	ให้คะแนนเท่ากับ	1

การมีใบมอญฐาก

ไม่มี	ให้คะแนนเท่ากับ	0
มี	ให้คะแนนเท่ากับ	1

การมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน

มี	ให้คะแนนเท่ากับ	0
ไม่มี	ให้คะแนนเท่ากับ	1

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้สัญลักษณ์และอักษรย่อในการแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

X_1	แทน	อายุ
X_2	แทน	อายุพรรษา
X_3	แทน	สถานภาพสมรสก่อนบวช
X_4	แทน	อาชีพก่อนบวช

X_5	แทน	สมณศักดิ์
X_6	แทน	ระดับการศึกษาทางโลก
X_7	แทน	ระดับการศึกษาทางธรรม
X_8	แทน	ภูมิลำเนา
X_9	แทน	การมีโยมอุปฐาก
X_{10}	แทน	รายได้ต่อเดือน
X_{11}	แทน	การมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน
X_{12}	แทน	น้ำหนัก
X_{13}	แทน	ส่วนสูง
X_{14}	แทน	ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
X_{15}	แทน	ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
X_{16}	แทน	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
X_{17}	แทน	การรับรู้ความรุนแรงของโรค
X_{18}	แทน	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค
X_{19}	แทน	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค
$Y_{รวม}$	แทน	พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในภาพรวม
$ZY_{รวม}$	แทน	พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในภาพรวมใน รูปการให้คะแนนมาตรฐาน
Y_1	แทน	พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในภาวะปกติ
ZY_1	แทน	พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในภาวะปกติใน รูปการให้คะแนนมาตรฐาน
Y_2	แทน	พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย
ZY_2	แทน	พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยใน รูปการให้คะแนนมาตรฐาน
Y_3	แทน	พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุเมื่อเมื่อรู้ว่าตนเอง เป็นโรค
ZY_3	แทน	พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุเมื่อเมื่อรู้ว่าตนเอง เป็นโรคในรูปการให้คะแนนมาตรฐาน
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หุคูณ
R^2	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจหรือพยากรณ์ของตัวแปรอิสระ
$R^2_{adjusted}$	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจหรือพยากรณ์เมื่อปรับค่าแล้ว

R^2 change	แทน	ความผันแปรของตัวแปรตามที่เพิ่มขึ้น
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร
Beta	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติ t - test
F overall	แทน	ค่าสถิติ F - test

เครื่องหมาย – ของค่า Beta ไม่ได้บอกค่าของตัวเลข แต่บอกทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

เงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

เนื่องจากเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยพหุ คือ ตัวแปรอิสระทุกตัวต้องมีความสัมพันธ์ไม่เกิน 0.80 ดังนั้น การศึกษาหาตัวแปรอิสระทุกตัวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระเพื่อตรวจสอบว่าตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์เกิน 0.80 หรือไม่ เพราะหากตัวแปรอิสระไม่เป็นอิสระต่อกันจะทำให้แยกอิทธิพลของตัวแปรหนึ่งออกจากอีกตัวแปรหนึ่งไม่ได้ จึงทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์พหุเชิงเส้น (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2546) ซึ่งถ้าเกิดปัญหาดังกล่าวให้แก้ไขโดยการตัดตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กันสูงออกไป เพื่อศึกษาตัวแปรอิสระทั้งหมด 19 ตัว ผลการศึกษาพบว่าไม่มีตัวแปรอิสระตัวใดมีความสัมพันธ์กันเกิน 0.80 (ตารางที่ 38)

ตารางที่ 38 ตารางเมตริกแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด

	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	X ₁₆	X ₁₇	X ₁₈	X ₁₉
X ₁	-	.612***	-.178*	-.024	.145	-.350***	.032	-.180*	-.169*	-.201*	.246**	-.311***	-.452**	-.361***	-.319***	-.348***	-.366***	-.314***	.002
X ₂		-	-.699***	-.412***	.655***	-.288***	.398***	-.173*	-.063	.115	-.002	-.179*	-.207**	-.168*	-.006	.006	.014	.041	.183*
X ₃			-	.458***	-.749***	.119	-.598***	.016	-.012	-.267**	.221**	.061	-.103	-.054	-.234**	-.301***	-.308***	-.370***	.331***
X ₄				-	-.528***	.121	-.300***	-.039	-.101	-.333***	.269**	.065	.000	-.095	-.186*	-.219**	-.212*	-.254**	-.321***
X ₅					-	-.110	.654***	.047	.209**	.387***	-.190*	-.055	.089***	.140***	.331***	.391**	.387**	.445***	.391***
X ₆						-	.057	.135	.242**	.088	-.026	.165*	.214**	.024	.108	.286***	.312***	.240**	-.029
X ₇							-	.155*	.134	.405***	-.295***	.022	.105	.323***	.330***	.459***	.454***	.491***	.325***
X ₈								-	.338***	.376***	-.176*	.062	.265**	.212**	.229**	.317***	.332***	.347***	.156**
X ₁₀									-	-.357***	-.001	.271*	.368***	.445***	.592***	.559***	.508***	.393***	
X ₁₁										-	.142	-.277***	-.292***	-.335***	-.292***	-.289***	-.205**	-.207**	
X ₁₂											-	.371***	.083	-.028	.054	.203**	.091	-.138	
X ₁₃												-	.187*	.215**	.231**	.370***	.271***	-.020	
X ₁₄													-	.328***	.422***	.393***	.393***	.253**	
X ₁₅														-	.531***	.519***	.526***	.404***	
X ₁₆															-	.798***	.743***	.401***	
X ₁₇																-	.754***	.328***	
X ₁₈																	-	.454***	
X ₁₉																		-	

หมายเหตุ: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานไว้คือ ตัวแปรอิสระ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยซึ่งสามารถแยกเป็นสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ตัวแปรอิสระ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

1.1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่ศึกษาทั้งหมดมี 12 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปร 3 ตัว คือ การมีสมณศักดิ์ (X_5) รายได้ (X_{10}) และอายุพรรษา (X_2) ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ 31.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปรการมีสมณศักดิ์ (X_5) ซึ่งมีค่าเบต้าเท่ากับ .402 ทำนายได้ร้อยละ 2.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รองลงมาคือ รายได้ (X_{10}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .362 ทำนายได้ร้อยละ 23.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และอายุพรรษา (X_2) มีค่าเบต้าเท่ากับ -.326 ทำนายได้ร้อยละ 5.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่39)

เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า รายได้ และการมีสมณศักดิ์ ค่า Beta และค่าร้อยละ เป็นไปในทางเดียวกันหมายถึง เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมียาได้เพิ่มมากขึ้น และมีสมณศักดิ์สูงขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ส่วนอายุพรรษา พบว่า ค่า Beta เป็นลบแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นไปในทิศทางตรงข้ามนั่นหมายถึง เมื่ออายุพรรษามากขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุน้อยลง

เมื่อนำตัวแปร การมีสมณศักดิ์ (X_5) รายได้ (X_{10}) และอายุพรรษา (X_2) มาเป็นตัวทำนาย และจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_1 = 69.622 + 6.098(X_5) + .000(X_{10}) - .140(X_2)$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_1 = .402(X_5) + .362(X_{10}) - .326(X_2)$$

ตารางที่ 39 ค่าการทำนายตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใน
ภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การมีสมณศักดิ์(X ₅)	.505	.255	.246	.024	6.098	.402	4.184***	.000
รายได้(X ₁₀)	.480	.231	.226	.231	.000	.362	4.950***	.000
อายุพรรษา(X ₂)	.560	.313	.300	.058	-.140	-.326	-3.648***	.000
ค่าคงที่ = 69.622 F overall = 23.873*** p = .000								

หมายเหตุ: *** p<.001

1.2 สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพที่ศึกษาทั้งหมดมี 3 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรเพียง 1 ตัว คือ การมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน (X₁₁) ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุโดยมีค่าเบต้าเท่ากับ -.306 ทำนายได้ร้อยละ 9.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพระสงฆ์สูงอายุที่มีโรคประจำตัวในปัจจุบันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติลดลง (ตารางที่ 40)

เมื่อนำตัวแปร การมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน (X₁₁) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_1 = 72.933 - 4.752(X_5)$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_1 = -.306 (X_5)$$

ตารางที่ 40 ค่าการทำนายสภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะ
ปกติของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน(X ₁₁)	.306	.094	.088	.094	-4.752	-.306	-4.051***	.000
ค่าคงที่ = 72.933 F overall = 16.412*** p = .000								

หมายเหตุ: *** p<.001

1.3 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

ตัวแปรเกี่ยวกับความรู้ศึกษาทั้งหมด 2 ตัว ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทั้งสองสามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ 21.30 อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (X_{15}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .308 ทำนายได้ร้อยละ 15.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (X_{14}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .256 ทำนายได้ร้อยละ 5.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า ตัวแปรทั้งสองมีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทาง เดียวกันคือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะมากขึ้นตามไปด้วย (ตารางที่ 41)

เมื่อนำตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (X_{15}) และความรู้เกี่ยวกับภาวะ สุขภาพผู้สูงอายุ (X_{14}) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_1 = 49.375 + .988(X_{15}) + 1.261(X_{14})$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_1 = .308(X_{15}) + .256(X_{14})$$

ตารางที่ 41 ค่าการทำนายตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับภาวะ สุขภาพผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุในเขต บางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ(X_{15})	.392	.154	.148	.154	.988	.308	4.123***	.000
ความรู้เกี่ยวกับภาวะ สุขภาพผู้สูงอายุ(X_{14})	.461	.213	.202	.059	1.261	.256	3.428**	.001
ค่าคงที่ = 49.375	F overall = 21.293***		p = .000					

หมายเหตุ: **p<.01, *** p<.001

1.4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

ตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผู้วิจัยศึกษาทั้งหมด 4 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปร 2 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุได้คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (X_{19}) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ 34.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .402 ทำนายได้ร้อยละ 27.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (X_{19}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .301 ทำนายได้ร้อยละ 7.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 42)

เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า ตัวแปรทั้งสองมีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันคือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ด้านอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมมาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติจะมากตามไปด้วย

เมื่อนำตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (X_{19}) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_1 = 34.769 + .392(X_{16}) + .241(X_{19})$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_1 = .402(X_{16}) + .301(X_{19})$$

ตารางที่ 42 ค่าการทำนายตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพใน
ภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรค(X_{16})	.523	.273	.269	.273	.392	.402	5.740***	.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค(X_{19})	.591	.349	.341	.076	.241	.301	4.302***	.000
ค่าคงที่ = 34.769	F overall = 42.451***		p = .000					

หมายเหตุ: *** $p < .001$

1.5 ภาพรวมตัวแปรอิสระทั้งหมดกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ศึกษามี 19 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปร 3 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุได้คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (X_{19}) และรายได้ (X_{10}) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ 37.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค(X_{16}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .299 ทำนายได้ร้อยละ 27.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รองลงมาคือตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (X_{19}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .264 ทำนายได้ร้อยละ 7.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และตัวแปรรายได้ (X_{10}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .200 ทำนายได้ร้อยละ 2.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 43)

เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า ตัวแปรทั้งสามมีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันคือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ด้านอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และรายได้มาก ทำให้พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติมากตามไปด้วย

เมื่อนำตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (X_{19}) และรายได้ (X_{10}) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_1 = 40.960 + .291(X_{16}) + .212(X_{19}) + .000(X_{10})$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_1 = .299(X_{16}) + .264(X_{19}) + .200(X_{10})$$

ตารางที่ 43 ค่าการทำนายตัวแปรทั้งหมดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์
สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรค (X_{16})	.523	.273	.269	.273	.291	.299	3.713***	.000
การรับรู้อุปสรรคของการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค(X_{19})	.591	.350	.341	.076	.212	.264	3.748***	.000
รายได้ (X_{10})	.612	.374	.362	.025	.000	.200	2.497	.014
ค่าคงที่ = 40.960 F overall = 31.317*** p = .000								

หมายเหตุ: *** p<.001

สมมติฐานที่ 2 ตัวแปรอิสระ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

2.1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่ศึกษาทั้งหมดมี 12 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปร 2 ตัว คือ รายได้ (X_{10}) และการศึกษาทางโลก (X_6) ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ 12.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปร รายได้ (X_{10}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .265 ทำนายได้ร้อยละ 8.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ การศึกษาทางโลก (X_6) มีค่าเบต้าเท่ากับ .200 ทำนายได้ร้อยละ 4.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า รายได้ และการศึกษาทางโลกมีค่า Beta และค่าร้อยละ เป็นไปในทางเดียวกันหมายถึง เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีรายได้มาก และมีระดับการศึกษาสูงในทางโลก มี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (ตารางที่44)

เมื่อนำตัวแปร รายได้(X_{10}) และการศึกษาทางโลก (X_6) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบ สมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_2 = 49.806 + .000(X_{10}) + 3.399(X_6)$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_2 = .265(X_{10}) + .200(X_6)$$

ตารางที่ 44 ค่าการทำนายตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
รายได้(X_{10})	.282	.080	.074	.080	.000	.265	3.534**	.001
การศึกษาทางโลก(X_6)	.345	.120	.108	.040	.3.399	.200	2.665**	.008
ค่าคงที่ = 49.806	F overall = 10.708***		p = .000					

หมายเหตุ: **p<.01

2.2 สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพที่ศึกษาทั้งหมดมี 3 ตัว ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีตัวแปรตัวใด ที่สามารถเข้าทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุได้

2.3 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ในที่นี้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (X_{14}) และ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (X_{15})

จากตัวแปรความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งหมด 2 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงตัวแปรเดียวที่เข้าทำนายตัวแปรตามคือตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (X_{15}) ที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุได้โดยมีค่าเบต้าเท่ากับ .302 ทำนายได้ร้อยละ 9.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่าตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันนั่นหมายถึง เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น พฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยก็มากขึ้นด้วย (ตารางที่ 45)

เมื่อนำตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (X_{15}) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_2 = 43.255 + .975(X_{15})$$

และสมการรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_2 = .302(X_{15})$$

ตารางที่ 45 ค่าการทำนายตัวแปรความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ(X_{15})	.302	.091	.086	.091	.975	.302	3.997***	.000
ค่าคงที่ = 43.255	F overall = 15.974***		p = .000					

หมายเหตุ: *** $p < .001$

2.4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ศึกษาทั้งหมดมี 4 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพียงด้านเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุได้คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .401 ทำนายได้

ร้อยละ 16.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันหมายถึง เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (ตารางที่ 45)

เมื่อนำตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_2 = 30.843 + .393(X_{16})$$

และสมการรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_2 = .401(X_{16})$$

ตารางที่ 46 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค(X_{16})	.401	.161	.155	.161	.393	.401	5.516***	.000
ค่าคงที่ = 30.843	F overall = 30.430***		p = .000					

หมายเหตุ: *** p<.001

2.5 ภาพรวมตัวแปรอิสระทั้งหมดกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ศึกษามี 19 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยได้คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .401 ทำนายได้ร้อยละ 16.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันคือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (ตารางที่ 47)

เมื่อนำตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_2 = 30.843 + .393(X_{16})$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_2 = .401(X_{16})$$

ตารางที่ 47 ค่าการทำนายตัวแปรทั้งหมดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค(X_{16})	.401	.161	.155	.161	.393	.401	5.516***	.000
ค่าคงที่ = 30.843 F overall = 30.430*** p = .000								

หมายเหตุ: *** p<.001

สมมติฐานที่ 3 ตัวแปรอิสระ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

3.1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่ศึกษาทั้งหมดมี 12 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปร 2 ตัว คือ การศึกษาทางธรรม (X_7) และอายุ (X_1) ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ 11.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า ตัวแปรการศึกษาทางธรรมมีค่าเบต้าเท่ากับ .195 ทำนายได้ร้อยละ 7.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตัวแปรอายุมีค่าเบต้าเท่ากับ .277 ทำนายได้ร้อยละ 3.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่าระดับการศึกษาทางธรรมมีค่า Beta และค่าร้อยละ เป็นไปในทางเดียวกันหมายถึงเมื่อพระสงฆ์สูงอายุมิระดับการศึกษาทางธรรมมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ส่วนอายุ พบว่า ค่า Beta เป็นลบแสดงถึง ความสัมพันธ์

ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นไปในทิศทางตรงข้ามหมายถึง เมื่ออายุมากขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุยิ่งลดลง (ตารางที่ 47)

เมื่อนำตัวแปร ระดับการศึกษาทางธรรม (X_7) และอายุ (X_1) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_3 = 45.854 + 1.852(X_7) - .176(X_1)$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_3 = .195(X_7) - .277(X_1)$$

ตารางที่ 48 ค่าการทำนายตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การศึกษาทางธรรม (X_7)	.334	.112	.100	.038	1.852	.195	2.596	.010
อายุ (X_1)	.271	.074	.068	.074	-.176	-.277	-.277***	.000
ค่าคงที่ = 45.854		F overall = 9.907***		p = .000				

หมายเหตุ: p<.05, *** p<.001

3.2 สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

ตัวแปรสภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพที่ศึกษาทั้งหมดมี 3 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรเพียงตัวเดียวคือ การมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน (X_{11}) ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุ โดยมีค่าเบต้าเท่ากับ .155 ทำนายได้ร้อยละ 2.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นไปในทิศทางตรงข้าม คือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีโรคประจำตัวส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุยิ่งลดลง (ตารางที่ 49)

เมื่อนำตัวแปรการมีโรคประจำตัว (X_{11}) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_3 = 35.378 - 1.636(X_{11})$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_3 = -.155(X_{11})$$

ตารางที่ 49 ค่าการทำนายตัวแปรสภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การมีโรคประจำตัว (X ₁₁)	.155	.024	.018	.024	-1.636	-.155		.049
ค่าคงที่ = 35.378	F overall = 3.923*		p = .049					

หมายเหตุ: p<.05

3.3 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุ ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุมีตัวแปร 2 ตัว คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่ามีเพียงตัวแปรเดียวคือตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (X₁₅) สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุได้โดยมีค่าเบต้าเท่ากับ .292 ทำนายได้ร้อยละ 8.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันคือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (ตารางที่ 50)

เมื่อนำตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (X₁₅) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_3 = 27.162 + .635(X_{15})$$

และสมการรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_3 = .292 (X_{15})$$

ตารางที่ 50 ค่าการทำนายตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ(X ₁₅)	.292	.085	.079	.085	.635	.292	3.849***	.000
ค่าคงที่ = 27.162	F overall = 14.813***		p = .000					

หมายเหตุ: *** p<.001

3.4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ศึกษาทั้งหมดมี 4 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปร 2 ตัว คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X₁₈) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X₁₉) ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ 16.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X₁₈) มีค่าเบต้าเท่ากับ .263 ทำนายได้ร้อยละ 13.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X₁₉) มีค่าเบต้าเท่ากับ .215 ทำนายได้ร้อยละ 3.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X₁₈) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X₁₉) มีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันคือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมามาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (ตารางที่ 51)

เมื่อนำตัวแปร การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X₁₈) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X₁₉) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_3 = 16.798 + .193(X_{18}) + .117(X_{19})$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_3 = .263(X_{18}) + .215(X_{19})$$

ตารางที่ 51 ค่าการทำนายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค(X ₁₈)	.361	.130	.125	.130	.193	.263	4.884**	.002
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค(X ₁₉)	.409	.167	.157	.037	.117	.215	2.641**	.009
ค่าคงที่ = 16.798	F overall = 15.862***		p = .000					

หมายเหตุ: **p<.01, *** p<.001

3.5 ภาพรวมตัวแปรอิสระทั้งหมดกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ศึกษามี 19 ตัว ผลการศึกษาพบว่าตัวแปร 3 ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคได้คือการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X₁₉) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X₁₈) และอายุพรรษา (X₂) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคได้ร้อยละ 21.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมีค่าเบต้าเท่ากับ .260 ทำนายได้ร้อยละ 3.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมีค่าเบต้าเท่ากับ .252 ทำนายได้ร้อยละ 13.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตัวแปรอายุพรรษามีค่าเบต้าเท่ากับ .214 ทำนายร้อยละ 4.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 52)

เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค มีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันหมายถึง เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุจะดีขึ้นตามไปด้วย ส่วนอายุพรรษา พบว่า ค่า Beta เป็นลบ แสดงถึง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นไปในทิศทางตรงข้าม หมายถึง เมื่ออายุพรรษามากขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุน้อยลง

เมื่อนำตัวแปร การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X_{19}) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X_{18}) และอายุพรรษา (X_2) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_3 = 17.993 + .141(X_{19}) + .185(X_{18}) - .062(X_2)$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_3 = .260(X_{19}) + .252(X_{18}) - .214(X_2)$$

ตารางที่ 52 ค่าการทำนายตัวแปรทั้งหมดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค(X_{19})	.409	.167	.157	.037	.141	.260	3.207**	.002
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค(X_{18})	.361	.130	.125	.130	.185	.252	3.163**	.002
อายุพรรษา(X_2)	.460	.211	.196	.044	-.062	-.214	-2.970**	.003
ค่าคงที่ = 17.993	F overall = 14.038***		p = .000					

หมายเหตุ: **p<.01, *** p<.001

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรอิสระ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

4.1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวม

ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ศึกษามี 19 ตัว ผลการศึกษาพบว่าตัวแปร 3 ตัว ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมได้คือ การมีสมณศักดิ์ (X_5) รายได้ (X_{10}) และอายุพรรษา (X_2) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ

32.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปรการการมีสมณศักดิ์มีค่าเบต้าเท่ากับ .446 ทำนายได้ร้อยละ 9.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รองลงมาคือ รายได้ มีค่าเบต้าเท่ากับ .324 ทำนายได้ร้อยละ 19.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และตัวแปรอายุพรรษามีค่าเบต้าเท่ากับ .457 ทำนายร้อยละ 3.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 53)

เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า รายได้และการมีสมณศักดิ์มีค่า Beta และค่าร้อยละ เป็นไปในทางเดียวกันหมายถึงเมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีรายได้มากและมีสมณศักดิ์สูงขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ส่วนอายุพรรษา พบว่า ค่า Beta เป็นลบแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นไปในทิศทางตรงข้ามหมายถึง เมื่ออายุพรรษามากขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุมีน้อยลง

เมื่อนำตัวแปร การมีสมณศักดิ์ (X_5) รายได้ (X_{10}) และอายุพรรษา (X_2) มาเป็นตัวทำนาย และจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_{รวม} = 161.515 + 14.033(X_5) + .000(X_{10}) - .408(X_2)$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_{รวม} = .446(X_5) + .324(X_{10}) - .457(X_2)$$

ตารางที่ 53 ค่าการทำนายปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การมีสมณศักดิ์(X_5)	.568	.323	.310	.094	14.033	.446	4.667***	.000
รายได้(X_{10})	.444	.197	.192	.197	.000	.324	4.455***	.000
อายุพรรษา(X_2)	.479	.229	.219	.032	-.408	-.457	-5.154***	.000
ค่าคงที่ = 161.515		F overall = 24.978***		p = .000				

หมายเหตุ: *** p<.001

4.2 สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวม

ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ศึกษามี 3 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมได้คือตัวแปร การมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน (X_{11}) มีค่าเบต้าเท่ากับ -.248 ทำนายได้ร้อยละ 6.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นไปในทิศทางตรงข้าม คือ พระสงฆ์สูงอายุมีโรคประจำตัวส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุน้อยลง (ตารางที่ 54)

เมื่อนำตัวแปร การมีโรคประจำตัวในปัจจุบัน (X_{11}) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_{\text{รวม}} = 163.533 - 8.007(X_{11})$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_{\text{รวม}} = -.248(X_{11})$$

ตารางที่ 54 ค่าการทำนายสภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การมีโรคประจำตัว(X_{11})	.248	.062	.056	.062	-8.007	-.248	-3.228**	.002
ค่าคงที่ = 163.533	F overall = 10.421**		p = .01					

หมายเหตุ: ** $p < .01$

4.3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวม

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทั้ง 2 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมได้ที่ร้อยละ 21.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยตัวแปรตัวแปรความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (X_{14}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .373 ทำนายได้ร้อยละ 18.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (X_{15}) มีค่าเบต้าเท่ากับ .174 ทำนายได้ร้อยละ 2.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 55)

เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันหมายถึง เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

เมื่อนำตัวแปรความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ(X_{14}) และตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (X_{15}) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_{\text{รวม}} = 117.242 + 2.488(X_{14}) + 1.778(X_{15})$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_{\text{รวม}} = .373(X_{14}) + .174(X_{15})$$

ตารางที่ 55 ค่าการทำนายความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ(X_{14})	.430	.185	.180	.185	2.488	.373	4.997***	.000
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ(X_{15})	.461	.212	.202	.027	1.778	.174	2.327	.021
ค่าคงที่ = 117.242	F overall = 21.282***		p = .000					

หมายเหตุ: p<.05, *** p<.001

4.4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ศึกษาทั้งหมดมี 4 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปร 3 ตัว คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X_{19}) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (X_{18}) ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ 39.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมีค่าเบต้าเท่ากับ .295 ทำนายได้ร้อยละ 30.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รองลงมาคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีค่าเบต้าเท่ากับ .265 ทำนายได้ร้อยละ 7.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีค่าเบต้าเท่ากับ .213 ทำนายได้ร้อยละ 1.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 56)

เมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค มีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันหมายถึง เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมก พหุติกรรมการดูแลสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

เมื่อนำตัวแปร การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X_{19}) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (X_{18}) มาเป็นตัวทำนายและจัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_{\text{รวม}} = 76.091 + .491(X_{19}) + .536(X_{16}) + .452(X_{18})$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_{\text{รวม}} = .295(X_{19}) + .265(X_{16}) + .213(X_{18})$$

ตารางที่ 56 ค่าการทำนายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย
ของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรค(X ₁₉)	.616	.380	.372	.074	.491	.295	4.359***	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรค(X ₁₆)	.553	.306	.301	.306	.536	.265	2.495	.014
การรับรู้ความรุนแรง ของโรค(X ₁₈)	.630	.397	.385	.017	.452	.213	2.074	.040
ค่าคงที่ = 76.091	F overall = 34.36***1		p = .000					

หมายเหตุ: p<.05, *** p<.001

4.5 ภาพรวมตัวแปรอิสระทั้งหมดกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวม

ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ศึกษามี 19 ตัว ผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปร 4 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมได้คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X₁₆) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (X₁₉) อายุการมีสมณศักดิ์ (X₅) และอายุพรรษา (X₂) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ 44.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีค่าเบต้าเท่ากับ .336 ทำนายได้ร้อยละ 30.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมีค่าเบต้าเท่ากับ .302 ทำนายได้ร้อยละ 7.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การมีสมณศักดิ์มีค่าเบต้าเท่ากับ .252 ทำนายร้อยละ 2.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอายุพรรษามีค่าเบต้าเท่ากับ -.350 ทำนายได้ร้อยละ 3.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้วพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการมีสมณศักดิ์มีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันหมายถึงเมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมามากขึ้น และมีสมณศักดิ์สูงขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ส่วนอายุพรรษา พบว่า ค่า Beta เป็นลบแสดงถึง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

อิสระและตัวแปรตามเป็นไปในทิศทางตรงข้ามหมายถึง เมื่ออายุพรรษามากขึ้นส่งผลให้พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุยิ่งยถ (ตารางที่ 57)

เมื่อนำตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (X_{16}) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรค (X_{19}) อายุการมีสมณศักดิ์ (X_5) และอายุพรรษา (X_2) มาเป็นตัวทำนายและ จัดรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_{รวม} = 100.249 + .680(X_{16}) + .503(X_{19}) + 7.927(X_5) - .312(X_2)$$

และรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$ZY_{รวม} = .336(X_{16}) + .302(X_{19}) + .252(X_5) - .350(X_2)$$

ตารางที่ 57 ค่าการทำนายตัวแปรทั้งหมดต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาพรวมพระสงฆ์สูงอายุ ในเขตบางกอกน้อย

ตัวแปร	R	R ²	R ² adj	R ² change	b	Beta	t	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรค(X_{16})	.553	.306	.301	.306	.680	.336	4.632***	.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรค(X_{19})	.616	.380	.372	.074	.503	.302	4.442***	.000
การมีสมณศักดิ์(X_5)	.664	.442	.427	.026	7.927	.252	2.676**	.008
อายุพรรษา(X_2)	.645	.415	.404	.036	-.312	-.350	-4.126***	.000
ค่าคงที่ = 100.249	F overall = 30.774***		p = .001					

หมายเหตุ: **p<.01, *** p<.001

5. สรุปผลการทดสอบหาตัวแปรอิสระที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

5.1 จากผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อหาตัวแปรอิสระในแต่ละปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย สามารถสรุปได้ดังนี้ (ตารางที่58)

ตารางที่ 58 จำนวนร้อยละของตัวแปรในแต่ละปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ปัจจัยต่างๆ	ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			
	ภาวะปกติ	เมื่อเจ็บป่วย	เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค	ภาพรวม
ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล				
อายุ	×	×	4.00%	3.00%
อายุพรรษา	5.00%	×	×	×
สถานภาพสมรสก่อนบวช	×	×	×	×
อาชีพก่อนบวช	×	×	×	×
การดำรงสมณศักดิ์	2.00%	×	×	9.00%
ระดับการศึกษาทางโลก	×	4.00%	×	×
ระดับการศึกษาทางธรรม	×	×	7.00%	×
ภูมิลำเนา	×	×	×	×
รายได้ต่อเดือน	23.00%	8.00%	×	19.00%
แหล่งที่มาของรายได้	×	×	×	×
การมีโยมอุปฐาก	×	×	×	×
อาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาต	×	×	×	×
หรือทำบุญ	×	×	×	×
ผลรวมการทำนาย	27.00%	12.00%	11.00%	31.00%
สภาพทั่วไปทางสุขภาพ				
การมีโรคประจำตัว	9.00%	×	2.00%	6.00%
น้ำหนักตัว	×	×	×	×
ส่วนสูง	×	×	×	×
ผลรวมการทำนาย	9.00%	×	×	6.00%
ความรู้เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ				
ความรู้เรื่องภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	6.00%	×	×	6.00%
ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	15.00%	9.00%	8.00%	15.00%
ผลรวมการทำนาย	21.00%	9.00%	8.00%	21.00%
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	27.00%	16.00%	×	7.00%
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	×	×	×	2.00%
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค	×	×	13.00%	×

ตารางที่ 58 (ต่อ)

ปัจจัยต่างๆ	ผลการทำนายพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพ			
	ภาวะปกติ	เมื่อเจ็บป่วย	เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค	ภาพรวม
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค	7.00%	×	3.00%	30.00%
ผลรวมการทำนาย	21.00%	9.00%	8.00%	39.00%

5.2 จากผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อหาตัวแปรอิสระทั้งหมด ที่ทำนายพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย สามารถสรุปได้ดังนี้ (ตารางที่ 59)

ตารางที่ 59 ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ทำนายพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพในรายด้านและภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ปัจจัยต่างๆ	ผลการทำนายพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพ			
	ภาวะปกติ	เมื่อเจ็บป่วย	เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค	ภาพรวม
ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล				
อายุ	×	×	×	×
อายุพรรษา	×	×	4.00%(3)	4.00%(4)
สถานภาพสมรสก่อนบวช	×	×	×	×
อาชีพก่อนบวช	×	×	×	×
การดำรงสมณศักดิ์	×	×	×	3.00%(3)
ระดับการศึกษาทางโลก	×	×	×	×
ระดับการศึกษาทางธรรม	×	×	×	×
ภูมิลำเนา	×	×	×	×
รายได้ต่อเดือน	2.00(3)	×	×	×
แหล่งที่มาของรายได้	×	×	×	×
การมีใบอนุญาต	×	×	×	×
อาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาต หรือทำบุญ	×	×	×	×
สภาพทั่วไปทางสุขภาพ				
การมีโรคประจำตัว	×	×	×	×
น้ำหนักตัว	×	×	×	×

ตารางที่ 59 (ต่อ)

ปัจจัยต่างๆ	ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ			
	ภาวะปกติ	เมื่อเจ็บป่วย	เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค	ภาพรวม
ส่วนสูง	×	×	×	×
ความรู้เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ				
ความรู้เรื่องภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	×	×	×	×
ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	×	×	×	×
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	27.00%(1)	16.00%(1)	×	30.00%(1)
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	×	×	×	×
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	×	×	13.00%(2)	×
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	7.00%(2)	×	4.00%(1)	7.00%(2)
ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายได้	36.00%	16.00%	21.00%	44.00%

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บคืออันดับ

ตอนที่ 7 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ

จากการตอบข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย จากข้อคำถามปลายเปิดในแบบสอบถาม สามารถสรุปได้ดังนี้

1. อาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาตและได้รับจากการทำบุญ

ในปัจจุบันนี้ผู้ที่ไปทำบุญถวายภัตตาหารแก่พระสงฆ์ที่วัด หรือผู้ที่ทำบุญใส่บาตรแก่พระสงฆ์จำนวนมากได้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของพระสงฆ์มากขึ้นโดยการเลือกอาหารที่จะนำมาทำบุญถวายหรือใส่บาตรให้เป็นอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ อาหารธัญพืชที่มีประโยชน์ เป็นต้น เพราะผู้ทำบุญอาจตระหนักว่าพระสงฆ์ที่ได้รับอาหารจากการถวายหรือทำบุญไม่สามารถเลือกกินอาหารตามที่ตนเองชอบได้ แต่ยังมีญาติโยมจำนวนหนึ่งมองข้ามปัญหาเหล่านี้ โดยการนำอาหารที่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพมาถวายแก่พระสงฆ์ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง น้ำอัดลม หรือแม้กระทั่งการนำเอาบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ มาถวายแก่พระสงฆ์ เป็นต้น ทำให้

บางครั้งตัวพระสงฆ์เองก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารเหล่านี้ได้ จำเป็นต้องฉันอาหารเหล่านี้และอาจก่อให้เกิดปัญหากับสุขภาพได้

2. การไปรับบริการทางสาธารณสุข

พระสงฆ์สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของโรคประจำตัว หรืออุบัติเหตุที่สามารถเกิดขึ้นได้ง่ายกับผู้สูงอายุ แม้กระทั่งการไปตรวจสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุซึ่งการเดินทางรับบริการทางสาธารณสุขของพระสงฆ์สูงอายุจะมีความลำบากมากเนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง รวมไปถึงเรื่องค่าใช้จ่ายจากการรับบริการ ซึ่งพระสงฆ์สูงอายุบางรูปไม่มีรายได้ประจำ หรือมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายจากการรับบริการทางสาธารณสุข ทำให้ปัญหาดังกล่าวบั่นทอนสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุให้ยิ่งรุนแรงขึ้น

3. การออกกำลังกายของพระสงฆ์

พระสงฆ์สูงอายุส่วนหนึ่งนั้นมองว่าการออกกำลังกายของเพศพระสงฆ์นั้นเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม เพราะเป็นกริยาอาการที่ไม่สำรวม ไม่สุภาพ และอาจถูกผู้คนทั่วไปในสังคมติเตียนได้ ซึ่งแท้จริงแล้วมีการอนุญาตให้พระสงฆ์สามารถออกกำลังกายหรือเรียกว่าการ “การบริหารชั้นธัมม” ได้เหมาะสมตามพระวินัย เช่น การเดินจงกรมหรือการปฏิบัติวัตรฝนการกวาดลานวัด ทำความสะอาดบริเวณวัดหรือกุฏิ ซึ่งถือว่าเป็นการออกกำลังกายได้ ซึ่งปกติพระสงฆ์ในเมืองมักจะไม่สามารถปฏิบัติจงกรม หรือบางรูปไม่ได้ออกบิณฑบาต นอกจากนี้ก็กระเปียบต่างของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก โดยที่มีพระสงฆ์ศึกษาเรื่องราวเกี่ยวกับการออกกำลังกายของพระสงฆ์ไว้แต่การศึกษาดังกล่าวยังไม่แพร่หลายมากนัก

4. สภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย

วัดบางวัดมีการก่อสร้างสิ่งปลูกสร้างต่างๆ เป็นจำนวนมาก เช่น การสร้างโบสถ์ ศาลาการเปรียญ หอฉัน หรือกุฏิที่พักของพระสงฆ์ ทำให้การก่อสร้างเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงต่อพระสงฆ์ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางฝุ่นละออง เสียงดังจากการก่อสร้าง และอุบัติเหตุอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการก่อสร้าง และปัญหาในเรื่องสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยของพระสงฆ์สูงอายุยังมีเรื่องของ สัตว์เลี้ยงต่างๆ ที่มีเป็นจำนวนมากภายในบริเวณวัด ซึ่งเกิดจากการที่ประชาชนทั่วไปนำสัตว์เลี้ยงเหล่านั้นมาปล่อยทิ้งไว้

ข้อวิจารณ์

จากผลการศึกษาที่พบ ผู้วิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.51 แต่เป็นคะแนนในระดับมากที่ไม่สูงมากนักเมื่อเทียบกับคะแนนในช่วงระดับมากที่ระดับ 65.01 – 90.00 โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 54 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 84 คะแนน และพบพระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 67.10 ปานกลาง ร้อยละ 32.90 และไม่พบในระดับน้อย (ตารางที่ 31) ซึ่งผลการทดสอบตัวแปรอิสระทั้งหมดที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติปรากฏว่ามีตัวแปร 3 ตัว ร่วมกันเข้าพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติได้ร้อยละ 37.00 โดยมีตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ทำนายได้ร้อยละ 27.00 ซึ่งเข้ามาเป็นอันดับ 1 และตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค ทำนายได้ร้อยละ 7.00 เข้ามาเป็นอันดับ 2 (ตารางที่ 59) และตัวแปรรายได้ ทำนายได้ร้อยละ 3.00 เข้ามาเป็นลำดับสุดท้าย เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุ จะเห็นได้ว่าพระสงฆ์สูงอายุมียังมีพฤติกรรมการฉันอาหารที่อาจจะก่อให้เกิดโรคต่อสุขภาพ เช่น การฉันอาหารรสจัด การฉันอาหารแป้งและน้ำตาลในปริมาณมาก เป็นต้น และพระสงฆ์สูงอายุไม่ค่อยมีโอกาสได้ฉันอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมากนัก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ หรือนม เป็นต้น และยังพบพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการไม่เอาใจใส่ต่อสุขภาพในเรื่องการตรวจร่างกายของพระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้อาจทำให้พระสงฆ์เกิดอาการเจ็บป่วยและเป็นโรคตามมา

จากผลการทดสอบสมมติฐานจึงสามารถพิจารณาได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสำคัญต่อสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุมากเนื่องจากว่า เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมิ การรับรู้ถึงความเสี่ยงในการปฏิบัติตนอย่างไรที่จะทำให้เกิดโรคต่างๆ พระสงฆ์สูงอายุมิแรง กระตุ้นในการดูแลสุขภาพในภาวะปกติในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไม่ให้เกิดโรคต่างๆ ขึ้น หรือ การปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะอันตรายต่อสุขภาพตนเองได้ รวมไปถึงในเรื่องของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และรายได้ของพระสงฆ์สูงอายุซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติเช่นกัน กล่าวคือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุไม่นำ ปัญหาต่างๆ เช่น เรื่องค่าใช้จ่าย ความเบื่อหน่าย หรือความเชื่อเรื่องสุขภาพบางอย่าง เป็นต้น มาเป็น อุปสรรคในการดูแลตนเอง พระสงฆ์สูงอายุมิจะมีแนวโน้มในการดูแลตนเองในภาวะปกติที่ดี มีการ

ส่งเสริมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากภาวะความเจ็บป่วย หรือความผิดปกติบางอย่างที่อาจจะเกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับเรื่องของรายได้ การที่พระสงฆ์สูงอายุมีรายได้สูงก็จะมีโอกาสเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ดีกว่าพระสงฆ์ที่มีรายได้น้อยกว่า มีโอกาสที่จะเข้าถึงบริการทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ดีมากกว่าพระสงฆ์สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งรายได้จึงเป็นเรื่องสำคัญในการที่จะเข้าถึงบริการทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพในขณะเดียวกันรายได้ยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีแก่พระสงฆ์ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งผลการทดสอบสมมติฐานนี้สอดคล้องโดยตรงกับหลักการด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker and Maiman (1979) ซึ่งสรุปไว้ว่า ความเชื่อของบุคคลจะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพซึ่งในแต่ละบุคคลมีความเชื่อดังกล่าวไม่เท่ากัน การปฏิบัติตนด้านสุขภาพจึงมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล และผลการศึกษายังสอดคล้องกับ มนัสยา โอมาก (2545) ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และสุกัญญา สุวรรณกาญจน์ชัย (2544), สุนทร นาสมนุรณ (2548) ซึ่งพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรง

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาผลจากการวิจัยยังพบตัวแปรอื่นที่มีความสำคัญซึ่งเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุได้ เช่น ระดับการศึกษาทางโลกและทางธรรมของพระสงฆ์สูงอายุโดยเมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีระดับการศึกษามากย่อมจะเข้าใจ หรือทราบถึงวิธีการที่จะดูแลตนเอง หรือส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ ทราบถึงวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงจากการปฏิบัติที่เป็นโทษแก่ร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงการมีสมณศักดิ์ของพระสงฆ์สูงอายุ โดยพระสงฆ์สูงอายุที่มีระดับสมณศักดิ์สูง จะมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ที่สำคัญการที่พระสงฆ์มีระดับสมณศักดิ์สูงย่อมทำให้มีบุคคลถวายหรือทำบุญถวายอาหารที่รวมถึงอาหารเสริมด้วย และรวมไปถึงอาจจะมีโยมอุปัฏฐากที่หลากหลายซึ่งโยมอุปัฏฐากที่มาดูแลใกล้ชิดนั้นจะช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น เช่น การแนะนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่การดูแลสุขภาพ การจัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่สุขภาพมาถวายแก่พระสงฆ์สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้เรื่องเกี่ยวกับสภาพทั่วไปทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุก็เป็นเรื่องสำคัญซึ่งเชื่อมโยงโดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุ และสัมพันธ์กับประเด็นด้านสุขภาพต่างๆ ของพระสงฆ์ด้วยเช่นกัน โดยพบว่าการมีโรคประจำตัวของพระสงฆ์สูงอายุนั้นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากจากก่อนบวชจนถึงปัจจุบัน ในพระสงฆ์สูงอายุน้อยแสดงให้เห็นถึงภาวะการดูแลตัวเองในภาวะปกติของพระสงฆ์ซึ่งอาจจะยังไม่ค่อยดีมากนัก (ตารางที่ 14) โดยอาจมีการปล่อยปละละเลยต่ออาการบางอย่างที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จนทำให้อาการบางอย่างลุกลามกลายเป็นโรคประจำตัวไปในที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความไม่ใส่ใจต่อ

สุขภาพ การตระหนักถึงความรุนแรงของโรคซึ่งอาจจะมีน้อยในพระสงฆ์สูงอายุ หรือความรู้ในเรื่องสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของพระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน

จากการศึกษาในเรื่องสภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเรื่องโรคประจำตัวของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า ปัจจุบันพระสงฆ์สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เพราะการเป็นโรคประจำตัวของพระสงฆ์สูงอายุย่อมเป็นปรากฏการณ์ที่พัฒนามาจากการดูแลสุขภาพในภาวะปกติที่ไม่เหมาะสมของพระสงฆ์สูงอายุจนนำไปสู่การเกิดโรคประจำตัว ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในด้านนี้อาจจะเป็นเรื่อง พฤติกรรมการกินอาหาร หรือพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น หรืออาจเกิดขึ้นจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามกาลเวลา นอกจากนี้เรื่องน้ำหนักตัวของพระสงฆ์สูงอายุยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุ จากการศึกษาขณะสัมภาษณ์พบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีน้ำหนักตัวสูงสุดถึง 94 กิโลกรัม ซึ่งพระสงฆ์สูงอายุปกติกล่าวว่ามีภาวะความเป็นโรค ดังนี้ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีแผลเรื้อรังเนื่องจากโรคเบาหวานบริเวณขาด้วย และพระสงฆ์สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวน้อยที่สุดมีน้ำหนักตัวเพียง 49 กิโลกรัม ซึ่งพบว่าพระสงฆ์สูงอายุปกติกล่าวยังเป็นโรคฉี่หนูโรคที่กำเริบอยู่ในระหว่างการรักษาของแพทย์ด้วย ซึ่งเรื่องน้ำหนักตัวของพระสงฆ์สูงอายุนี้นี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติที่ไม่เหมาะสมของพระสงฆ์สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวมากอาจจะเป็นผลมาจากพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสมก็เป็นได้ โดยอาจกินอาหารที่มีไขมันสูง หรือกินอาหารแป้งมากกว่าอาหารอื่นซึ่งนับว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพในภาวะสูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ ผลการศึกษาในเรื่องของความรู้เรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 2 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าพระสงฆ์สูงอายุนั้นมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องบางประเด็น เช่น การกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ระบบการขับถ่ายในผู้สูงอายุหรือเรื่องของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เป็นต้น ความรู้ที่ไม่เหมาะสมนี้อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในด้านการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจนเกิดอาการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคในผู้สูงอายุได้

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

การศึกษาในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในด้านนี้อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.06 คะแนน เมื่อพิจารณาพบว่าเป็นคะแนนระดับสูงที่ไม่มากนัก เพราะช่วงคะแนนระดับมากของ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมีช่วงคะแนนเท่ากับ 52.01 – 72.00 คะแนน และพบคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 35 คะแนน สูงสุด 72 คะแนน นอกจากนี้พบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในระดับมาก ร้อยละ 53.40 ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.60 โดยไม่พบในระดับน้อย และจากการทดสอบหาตัวแปรอิสระทั้งหมดที่สามารถเข้าทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุ พบว่ามีเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถเข้าทำนายได้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเข้าทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุได้ร้อยละ 16.00 (ตารางที่59) โดยการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยพบว่า พระสงฆ์สูงอายุจะไม่ใส่ใจกับอาการผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้นกับสุขภาพตนเอง เช่น อาการไข้หวัด อาการไอจาม เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้อาจพัฒนาไปสู่การเกิดโรคอันตรายแรงต่อไปในอนาคตจนไม่สามารถรักษาได้ หรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรง และการที่พระสงฆ์สูงอายุไม่ใส่ใจกับอาการทางสุขภาพบางอย่างอาจทำให้เชื้อโรคต่างๆ ที่พระสงฆ์สูงอายุเป็นอยู่แพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นต่อไปได้

ผลจากการทดสอบหาตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุปรากฏว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในด้านนี้ได้ย่อมแสดงให้เห็นว่า การที่พระสงฆ์สูงอายุมีความตระหนักถึงความเสี่ยงในพฤติกรรมต่างๆ ในการที่จะทำให้เกิดโรคมกเท่าไร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยจะดีขึ้น ซึ่งอาจเป็นเพราะเมื่ออาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับพระสงฆ์สูงอายุ หากพระสงฆ์มีความตระหนักหรือการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องของความเสี่ยงในการเกิดโรค พระสงฆ์สูงอายุย่อมจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงจากความเสี่ยงเหล่านั้น เพราะหากยังปฏิบัติตนตามเดิมอาการผิดปกติเหล่านั้นอาจลุกลามกลายเป็นโรคที่รุนแรงในภายหลัง เช่น เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีอาการปวดท้องเรื้อรัง หากพระสงฆ์สูงอายุมีความตระหนักถึงความเสี่ยงในการเกิดโรคที่ดี พระสงฆ์สูงอายุจะปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพผิดปกติในด้านต่างๆ เช่น ฉันทอาหารที่สะอาดขึ้นและปรุงสุก หรืออาจรีบไปพบแพทย์เพื่อรักษาอาการนั้น โดยไม่ละเลยอาการซึ่งจะทำให้เป็นโรคที่รุนแรงตามมา ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับหลักการด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker and Maiman (1979) เช่นเดียวกันกับเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

นอกจากนี้ผลการศึกษาดัชนีอื่นๆ ยังพบว่า มีตัวแปรบางตัวที่มีความสำคัญซึ่งอาจเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุได้ เช่น เรื่องของระดับ

การศึกษาทั้งทางโลก และการศึกษาทางธรรมที่เข้าเป็นตัวแทนายพหุศุภธรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้มีพระสงฆ์สูงอายุได้รับการศึกษาทางโลก ร้อยละ 78.30 (ตารางที่7)และมีการศึกษาทางธรรม ร้อยละ 45.70 (ตารางที่8) จากตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว ดังกล่าวเข้าร่วมกันทำนายพหุศุภธรรมการดูแลสุขภาพนั้นอาจกล่าวได้ว่า เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีระดับการศึกษาที่สูงก็จะมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้อง หรือมีข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมาก ซึ่งสามารถใช้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยที่หากเกิดอาการผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้นกับร่างกายหากมีความรู้ที่ถูกต้องและมีข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับอาการนั้น จะสามารถจัดการกับอาการเหล่านั้นได้อย่างถูกต้องไม่ให้อาการเหล่านั้นรุกรลามต่อไปกลายเป็นโรคที่อันตรายและการที่พระสงฆ์สูงอายุมีความรู้ทางธรรมสูงเมื่อเกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย พระสงฆ์สูงอายุดังกล่าวอาจจะทำการบำบัดรักษาอาการเหล่านั้นโดยการทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง โดยการทำสมาธิหรือกรรมฐานรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งตามที่ตนเองได้ศึกษามา โดยอาจกล่าวได้ว่าเป็นการทำ “ธรรมโอสถ” ใช้พลังใจในการรักษาโรค ซึ่งการที่สุขภาพจิตแข็งแรง ย่อมส่งผลให้สุขภาพกายแข็งแรงตามไปด้วย

นอกจากนี้ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุพบว่ามีความรู้ที่พระสงฆ์สูงอายุมีความเข้าใจผิด หรือมีความรู้ที่คลาดเคลื่อนในด้านต่างๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในการที่จะดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย เช่นเรื่องของการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ หรืออาหารบางประเภทที่จะช่วยเสริมสร้างความสมบูรณ์แข็งแรงแก่ร่างกาย หรือความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งความรู้เหล่านี้เป็นประโยชน์ต่อพระสงฆ์สูงอายุที่จะใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง หรือปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย นอกจากนี้การมีสมณศักดิ์ของพระสงฆ์สูงอายุก็อาจมีส่วนทำให้พหุศุภธรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุดีขึ้น ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ผลการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวกับสภาพทั่วไปทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ พบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีแนวโน้มในการเป็นโรคต่างๆ เพิ่มขึ้นจากก่อนบวช ซึ่งย่อมแสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์สูงอายุมีความละเอียดต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับสุขภาพตนเองขณะยังไม่เป็นโรคเหล่านั้น เพราะการเป็นโรคบางโรคนั้นเป็นผลมาจากพหุศุภธรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อภาวะสุขภาพยังปกติ และเมื่อมีอาการผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกายในระยะแรกและพระสงฆ์สูงอายุตระหนักถึงภาวะนั้นๆ ให้การเอาใจใส่ดูแลไม่ให้ภาวะนั้นๆรุนแรง อาจเป็นการป้องกันไม่ให้สุขภาพตนเองให้แข็งแรงได้ในระยะเริ่มแรก หรือตั้งแต่เกิดอาการผิดปกติบางอย่างได้ ดังนั้นการเป็นโรคประจำตัวของพระสงฆ์สูงอายุในปัจจุบันนี้ ย่อมแสดงให้เห็นถึง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสมบางอย่างเมื่อสุขภาพยังปกติ และเกิดอาการผิดปกติขึ้นกับร่างกาย หรือเจ็บป่วย จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพกลายเป็นโรคประจำตัวขึ้นมาในที่สุด

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคยังมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุ เพราะผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงอุปสรรคต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างชัดเจน เช่น การที่พระสงฆ์สูงอายุมักจะขาดการตรวจสุขภาพ หรือขาดการเอาใจใส่ต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายเพราะมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย หรือเห็นว่าการปฏิบัติดังกล่าวเป็นเรื่องยุ่งยาก เช่น พระสงฆ์สูงอายุบางรูปมีความเคร่งครัดในพระธรรมวินัยมาก จะทำให้พระสงฆ์สูงอายุนั้นไม่ไปรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นซึ่งการรักษาบางครั้งทำให้ต้องมีการสัมผัสกับพยาบาลซึ่งเป็นเพศหญิง หรือบางครั้งการรักษาต้องฉีดยาในยามวิกาล ซึ่งพระสงฆ์สูงอายุที่เคร่งครัดในพระธรรมวินัยถือว่าเป็นการทำผิดวินัยอย่างหนึ่ง เป็นต้น หรือเรื่องของการออกกำลังกายที่พระสงฆ์สูงอายุเห็นว่าเป็นเรื่องไม่เหมาะสมกับพระสงฆ์ ทั้งที่ความจริงมีการอนุญาตในพระธรรมวินัย ให้พระสงฆ์สามารถออกกำลังกายบางประเภทได้ตามความเหมาะสม เป็นต้น

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

การศึกษาในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.20 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนที่ไม่สูงมากนัก โดยพบคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 22 คะแนน สูงสุด 47 คะแนน และพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตัวเองเป็นโรคระดับมาก ร้อยละ 41.60 ปานกลาง ร้อยละ 58.40 และไม่พบในระดับน้อย (ตารางที่ 35) และจากผลการทดสอบสมมติฐานปรากฏว่ามีตัวแปรอิสระ 3 ตัวที่เข้าทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุ โดยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคสามารถทำนายได้ ร้อยละ 4.00 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคสามารถทำนายได้ร้อยละ 13.00 และอายุพรรษาสามารถทำนายได้ร้อยละ 4.00 ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคได้ร้อยละ 21.00 และเมื่อพิจารณาผลการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุ พบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมบางอย่างซึ่งอาจจะทำอาการของโรคที่พระสงฆ์สูงอายุเป็นอยู่รุนแรงมากยิ่งขึ้น เช่น การที่พระสงฆ์สูงอายุไม่ใส่ใจในการหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการ โรคที่เป็นอยู่เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลตัวเองให้หายจากอาการ โรค ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความท้อจากอาการ โรคบางอย่างที่พระสงฆ์สูงอายุ

เป็นอยู่และเป็นโรคเรื้อรังต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษา ทำให้พระสงฆ์สูงอายุหมดกำลังใจในการรักษาโรคเหล่านั้น และหมดความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคนั้นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีการปรับการฉันยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ที่ดูแลอาการ โรคนั้นอยู่ ซึ่งนับว่าเป็นพฤติกรรมที่อันตรายสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เพราะการปรับการฉันยาเองอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพและอาการของโรคที่เป็นอยู่อาจรุนแรงขึ้นจนไม่สามารถรักษาได้ในที่สุด

จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า การตระหนักและการรับรู้ในเรื่องประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและเรื่องของการอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค โดยเมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีการตระหนักถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคที่ดีย่อมส่งผลให้พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคดีขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้รวมไปถึงการรับรู้และเกิดความตระหนักในเรื่องอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคด้วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้แสดงให้เห็นความกระตือรือร้นและความเอาใจใส่ในตัวพระสงฆ์สูงอายุที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้หายจากอาการป่วยด้วยโรคประจำตัวต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาพบว่าเมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีอายุพรรษามากขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคน้อยลง ซึ่งอาจเป็นเพราะการที่พระสงฆ์สูงอายุมีโรคประจำตัวซึ่งบางโรคเป็นโรคเรื้อรัง และทำการรักษาได้ยากต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน อาจทำให้พระสงฆ์สูงอายุหมดกำลังใจที่จะรักษาโรคนั้น และการรักษาโรคบางโรคต้องอาศัยค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และมีความทรมานขณะรักษาโรค ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อย

นอกจากนี้ผลจากการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ยังพบว่ามีความแปรปรวนบางตัวซึ่งอาจมีส่วนเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุ เช่น การดำรงสมณศักดิ์ของพระสงฆ์สูงอายุ เพราะเมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีสมณศักดิ์สูงย่อมส่งผลให้พระสงฆ์มีรายเพิ่มมากขึ้นซึ่งรายได้มาจากการทำบุญถวายของประชาชนทั่วไป หรือมาจากการทำกิจกรรมพิเศษบางอย่าง รวมไปถึงโอกาสในการได้รับอาหารจากการทำบุญถวายของประชาชนที่หลากหลาย ซึ่งเป็นอาหารบางประเภทเป็นที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และการที่พระสงฆ์สูงอายุมีสมณศักดิ์สูงย่อมมีรายได้เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีโอกาสที่จะเข้าถึงการรักษาโรคประจำตัวต่างๆ หรือเวลาไม่สบาย เป็นต้น แต่จากข้อมูลทั่วไปทางสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุที่พระสงฆ์สูงอายุมีแนวโน้มการเป็นโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้น โดยก่อนบวชพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีการเป็นโรคประจำตัวเพียงร้อยละ 38.40 แต่ในปัจจุบันพบว่าพระสงฆ์มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 72.00 (ตารางที่ 14) จากจำนวนนี้ย่อมแสดงให้เห็นว่าปัจจัยต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมานั้นยังไม่สามารถช่วยให้พระสงฆ์ลดการเป็นโรคประจำตัวได้ ทั้งนี้ผลการศึกษาใน

เรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์สูงอายุยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนบางอย่างซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุ ส่งผลให้พระสงฆ์สูงอายุเป็นโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้น

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวม

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 (ตารางที่ 37)

ผลการทดสอบหาตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมพบว่า มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวที่สามารถทำนายได้คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถทำนายได้ร้อยละ 30.00 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคสามารถทำนายได้ร้อยละ 7.00 การดำรงสมณศักดิ์สามารถทำนายได้ร้อยละ 3.00 และอายุพรรษาสามารถทำนายได้ร้อยละ 4.00 เมื่อศึกษารายละเอียดในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในสถานการณ์ต่างๆ ของพระสงฆ์สูงอายุพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ ส่วนมีความเกี่ยวข้องส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์ในภาพรวมอย่างชัดเจน โดยเมื่อสถานการณ์ทางสุขภาพที่เป็นปกติของพระสงฆ์สูงอายุ ตัวพระสงฆ์เองมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่นการฉันอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม หรือมีการออกกำลังกายตามความเหมาะสม เป็นต้น การปฏิบัติเหล่านี้จะส่งผลให้พระสงฆ์สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่เกิดอาการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพในหลายๆ ด้านเช่น การไม่ฉันอาหารรสหวาน การฉันผักและผลไม้อย่างสม่ำเสมอ

จากผลการทดสอบสมมติฐาน สามารถพิจารณาได้ว่า การที่พระสงฆ์สูงอายุตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และอุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ จะทำให้พระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีในภาพรวม เพราะการที่พระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้และตระหนักถึงการปฏิบัติตนในอันที่จะทำให้เกิดโรคน้อยลงจะทำให้พระสงฆ์สูงอายุหลีกเลี่ยงจากการปฏิบัติตนเช่นนั้น และปฏิบัติตนในแนวทางที่จะส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกันกับการที่พระสงฆ์สูงอายุมีความตระหนักในเรื่องของอุปสรรค หรือปัญหาต่างๆ ในการดูแลสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์สูงอายุสามารถก้าวข้ามอุปสรรคและปัญหาต่างๆ ในการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นเรื่อง ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ความไม่สะดวกต่างๆ ในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น และในเรื่อง

ของการดำรงสมณศักดิ์ของพระสงฆ์สูงอายุ ผลการศึกษาสามารถบอกได้ว่าการที่พระสงฆ์สูงอายุมีสมณศักดิ์ย่อมมีโอกาสที่ดีในการที่จะดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ มากกว่าพระสงฆ์สูงอายุที่ไม่มีสมณศักดิ์ เพราะการมีสมณศักดิ์ย่อมหมายถึงการมีโอกาสที่ดี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของรายได้ ข้าวของเครื่องใช้ หรือการมีโยมอุปัฏฐาก ซึ่งล้วนเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งแตกต่างในเรื่องของอายุพรรษาของพระสงฆ์สูงอายุ ผลการทดสอบสมมติฐานแสดงให้เห็นว่าการที่พระสงฆ์สูงอายุมีอายุพรรษาเพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะน้อยลง ซึ่งอาจเป็นเพราะเมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีอายุมากขึ้น ทำให้เกิดความลำบากในการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องต่างๆ รวมไปถึงเมื่อพระสงฆ์สูงอายุมีอายุมากขึ้นจะทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ตามมาซึ่งยากแก่การรักษา หรือต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ซึ่งก่อให้เกิดความทรมานแก่ผู้เป็นโรคนั้นๆ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้พระสงฆ์สูงอายุเกิดความท้อใจที่จะดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์ แข็งแรง และปล่อยให้อาการของโรคนั้นรุนแรงขึ้น ซึ่งผลการศึกษาการเป็นโรคประจำตัวของพระสงฆ์สูงอายุ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงการเพิ่มขึ้นของการเป็นโรคประจำตัวของพระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงปัญหาด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งผลการทดสอบสมมติฐานนี้ยังสอดคล้องกับหลักการในด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker and Maiman (1979) ดังได้กล่าวข้างต้น

ทั้งนี้ จากผลการศึกษาที่ยังพบพฤติกรรมในเรื่องสุขภาพที่น่าเป็นห่วงของพระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของตัวพระสงฆ์สูงอายุเอง เช่นการรับประทานอาหารจัด การไม่ค่อยมีโอกาสฉันข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือซึ่งเป็นอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หรือการไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้ย่อมที่จะส่งผลให้สุขภาพร่างกายของพระสงฆ์สูงอายุเจ็บป่วยและเป็นโรคได้ในที่สุด ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุ เป็นสถานการณ์ด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติตนของพระสงฆ์สูงอายุที่ไม่เหมาะสมเมื่อสุขภาพร่างกายยังปกติคืออยู่ ซึ่งพบว่าพระสงฆ์สูงอายุยังมีความเพิกเฉยต่อการทางสุขภาพบางอย่างที่เกิดขึ้น และไม่ใส่ใจที่จะบำบัดรักษาอาการเหล่านั้นจนทำให้สุขภาพของตนเองทรุดโทรม จนกลายเป็นโรคประจำตัวของพระสงฆ์สูงอายุในที่สุด ซึ่งจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุทั้ง 3 ด้านนี้ ล้วนมีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกันอย่างชัดเจน และส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นลูกโซ่ หากมีการปฏิบัติตนให้ส่งเสริมสุขภาพเมื่อสุขภาพในภาวะปกติ ก็จะทำให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ในทางตรงข้ามหากปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพไม่เหมาะสมในระยะเริ่มแรก ก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพให้เกิดอาการเจ็บป่วยและเป็นโรคในที่สุด

จากผลการศึกษาจึงพิจารณาได้ว่า แนวทางการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในภาพรวมนั้น มีผู้ที่มีความเกี่ยวข้องที่สำคัญอยู่ 3 ภาคส่วน คือ หน่วยงานภาครัฐ

ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาล หน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านพระสงฆ์ ประชาชนทั่วไป และตัวพระสงฆ์สูงอายุเอง โดยหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรร่วมมือกันส่งเสริม หรือจูงใจ ให้พระสงฆ์มีการตระหนักรู้ถึงการปฏิบัติตนที่ถูกสุขอนามัยต่างๆ รวมไปถึงประชาสัมพันธ์ถึงการปฏิบัติตนในการที่จะลดความเสี่ยงในการเป็นโรคต่างๆ ที่มักจะพบในผู้สูงอายุ เพื่อให้พระสงฆ์สูงอายุมีความรู้ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองในทุกสถานการณ์ทางสุขภาพ การบรรเทาปัญหา และอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ เช่น เรื่องของค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการทางสุขภาพ การให้บริการทางสุขภาพที่มีความสะดวกสบายแก่พระสงฆ์สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้พระสงฆ์สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในส่วน of ประชาชนทั่วไปนั้นควรตระหนักถึงภาวะสุขภาพทางด้านสุขภาพต่างๆ ของพระสงฆ์สูงอายุ โดยการทำนุถุอาหารที่มีประโยชน์แก่พระสงฆ์สูงอายุ รวมไปถึงให้ข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์แก่การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ และตัวของพระสงฆ์สูงอายุเองก็ควรมีความเอาใจใส่ในเรื่องของสุขภาพตนเอง โดยการหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ และหมั่นตรวจสุขภาพเพื่อทราบถึงสภาพทางสุขภาพของตนเองตั้งแต่ร่างกายยังสมบูรณ์ แข็งแรง เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่รุกรามต่อไป

นอกจากนี้ ผลจากการทดสอบสมมติฐานยังพบว่า ตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค สามารถเข้าทำนายพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุได้ในหลายๆ ด้าน ข้อมแสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการตระหนักรู้ถึง การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่างๆ ในการที่จะทำให้เกิดโรค และเรื่องขอปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตนที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมการตระหนักรู้ในเรื่องดังกล่าวรวมถึงการขจัดปัญหาในการปฏิบัติตนที่มีประโยชน์ จึงควรที่จะใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม หรือแก้ปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ สุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อในเรื่อง สุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ และ 3) เพื่อ ศึกษาตัวแปรอิสระใดที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 161 รูป โดยการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) การทดสอบค่าความเชื่อมั่น ในแบบสอบถามโดยวิธีของ Cronbach's Coefficient Alpha และ KR - 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ค่าความ
เชื่อมั่น = .757

1.2 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ค่าความ
เชื่อมั่น = .755

1.3 ความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ค่าความเชื่อมั่น =
.755

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทางการรับรู้
โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ค่าความเชื่อมั่น = .806

2.2 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทางการรับรู้
ความรุนแรงของโรค ค่าความเชื่อมั่น = .834

2.3 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทางการรับรู้
ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ค่าความเชื่อมั่น = .844

2.4 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทางการรับรู้
อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน ค่าความเชื่อมั่น = .816

2.5 ความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่น =
.835

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ ค่าความ
เชื่อมั่น = .852

3.2 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ค่าความ
เชื่อมั่น = .894

3.3 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าเป็นโรค ค่าความ
เชื่อมั่น = .798

3.4 ความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่น =
.935

จากการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลในการศึกษาค้างนี้ สามารถสรุปประเด็นการศึกษาแต่ละด้านได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล

การศึกษาค้างนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล คือ อายุ อายุพรรษา สถานภาพสมรส ก่อนบวช อาชีพก่อนบวช การดำรงสมณศักดิ์ ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ภูมิลำเนา รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ การมีใบอนุญาต และอาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาตหรือทำบุญ

จากผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยมีอายุดำสุด 60 ปี สูงสุด 93 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.83 ปี โดยพระสงฆ์สูงอายุมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 65 – 74 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.03 อายุพรรษาพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีอายุพรรษาดำสุด 1 พรรษา สูงสุด 67 พรรษา และมีอายุพรรษาเฉลี่ย 29.52 พรรษา โดยพบพระสงฆ์สูงอายุมีอายุพรรษาอยู่ในช่วง 15 – 29 พรรษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.30 สถานภาพสมรสก่อนบวชพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.40 อาชีพก่อนบวชของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.20

การดำรงสมณศักดิ์ของพระสงฆ์สูงอายุพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมิมีสมณศักดิ์ คิดเป็นร้อยละ 69.60 และมีสมณศักดิ์ ร้อยละ 30.40 โดยมีสมณศักดิ์ต่างๆ เช่น พระชั้นราชาคณะ พระครูปลัด พระครูธรรมธร เป็นต้น ระดับการศึกษาทางโลกของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมิมีการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 21.70 ได้รับการศึกษา ร้อยละ 78.30 โดยพระสงฆ์สูงอายุมิมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 44.80 และสูงกว่าปริญญาตรีเพียงร้อยละ 1.20 ระดับการศึกษาทางธรรมพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมิได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 54.70 ได้รับการศึกษา ร้อยละ 45.70 โดยพระสงฆ์สูงอายุมิได้รับการศึกษาในระดับนักธรรมเอกมากที่สุด ร้อยละ 13.00 ภูมิลำเนาของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมิภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.70 และมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเพียง ร้อยละ 3.10

รายได้ต่อเดือนของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมิรายได้ต่ำสุด 1,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 70,000 บาทต่อเดือน และมีรายได้เฉลี่ย 10,472 บาทต่อเดือน โดยพระสงฆ์สูงอายุมิรายได้ส่วนใหญ่มากกว่า 9,999 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 36.00 แหล่งที่มาของรายได้ของพระสงฆ์

สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่จะมาจากกนิมนต์ คิดเป็นร้อยละ 72.70 การมีโยมอุปัฏฐากของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุไม่มีโยมอุปัฏฐาก ร้อยละ 48.40 และมีโยมอุปัฏฐาก ร้อยละ 51.60 โดยโยมอุปัฏฐากส่วนใหญ่คือ บุตรและธิดา คิดเป็นร้อยละ 29.20 อาหารที่พระสงฆ์สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับจากการบิณฑบาตหรือการทำบุญของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า อาหารที่ได้รับมากที่สุดจะเป็นอาหารประเภท ข้าวขาวปกติ แกงจืด ผักผัก ผลไม้ น้ำเปล่า คิดเป็นร้อยละ 100.00 – 97.50

2. สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยประกอบด้วย การมีโรคประจำตัวของพระสงฆ์สูงอายุ น้ำหนักตัว และส่วนสูง

จากผลการศึกษาพบว่า ก่อนบวชพระสงฆ์สูงอายุไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.60 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 38.40 และในปัจจุบันพบว่าพระสงฆ์สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 28.00 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.00 โดยโรคที่พบมากทั้งก่อนบวชและปัจจุบัน เช่น โรคเบาหวาน ก่อนบวชพบ ร้อยละ 4.40 ปัจจุบันพบร้อยละ 9.90 หรือภาวะความดันโลหิตสูงที่ก่อนบวชพบร้อยละ 5.00 ปัจจุบันพบร้อยละ 11.20 โรคต่อมลูกหมากอักเสบที่ก่อนบวชไม่พบ แต่ปัจจุบันพบ ร้อยละ 6.30 หรือโรคปอดอักเสบก่อนบวชพบ ร้อยละ 0.60 และปัจจุบันพบ ร้อยละ 3.70 เป็นต้น

น้ำหนักตัวของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีน้ำหนักต่ำสุด 49 กิโลกรัม สูงสุด 94 กิโลกรัม น้ำหนักตัวเฉลี่ย 66.42 กิโลกรัม โดยพระสงฆ์สูงอายุมีน้ำต้วระหว่าง 60 – 69 กิโลกรัม มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.90 กิโลกรัม ส่วนสูงของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีส่วนสูงน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.90 กิโลกรัม ส่วนสูงของพระสงฆ์สูงอายุพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีส่วนสูงน้อยที่สุด 152 เซนติเมตร มากสุด 178 เซนติเมตร มีส่วนสูงเฉลี่ย 164.60 เซนติเมตร โดยพบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีส่วนสูงระหว่าง 160 – 164 เซนติเมตรมากที่สุด ร้อยละ 36.60

3. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุมีความรู้อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.29 โดยมีคะแนนต่ำสุด 3 คะแนน สูงสุด 10 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.42 ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุมีความรู้ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.07 โดยมีคะแนนต่ำสุด 5 คะแนน สูงสุด 15 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.18 การศึกษาในภาพรวมเรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ

และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ทั้งเรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของพระสงฆ์สูงอายุอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน โดยมีค่าเฉลี่ย 0.73 และ 0.74 ตามลำดับ และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.14 เท่ากัน

4. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

สำหรับการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพศึกษาใน 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของพระสงฆ์สูงอายุอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 59.00 มีคะแนนต่ำสุด 46 คะแนน สูงสุด 72 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.17 โดยพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.30 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.70 และไม่พบการรับรู้ในระดับน้อย

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคของพระสงฆ์สูงอายุอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58.45 โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 45 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 72 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.86 โดยพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก ร้อยละ 78.30 ปานกลาง ร้อยละ 21.70 และไม่พบการรับรู้ในระดับน้อย

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของพระสงฆ์สูงอายุอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.94 โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 47 คะแนน สูงสุด 72 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.47 โดยพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับมากสูงสุด ร้อยละ 90.10 ปานกลาง ร้อยละ 9.90 และไม่พบการรับรู้ในระดับน้อย

4.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของพระสงฆ์สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.09 โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน สูงสุด 72 คะแนน มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.73 โดยพระสงฆ์สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.60 ระดับมาก ร้อยละ 27.30 และระดับน้อย ร้อยละ 3.10

5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สำหรับการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ศึกษาใน 3 ประเด็นคือ 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และ 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

5.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของพระสงฆ์สูงอายุอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 69.51 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 54 คะแนน สูงสุด 84 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.99 โดยพระสงฆ์สูงอายุมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 67.10 ปานกลาง ร้อยละ 32.90 และไม่พบพฤติกรรมในระดับน้อย

5.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของพระสงฆ์สูงอายุอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.06 โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 35 คะแนน สูงสุด 72 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.04 โดยพระสงฆ์สูงอายุมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.40 ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.60 และไม่พบพฤติกรรมในระดับน้อย

5.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคของพระสงฆ์สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 54.06 มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 22 คะแนน สูงสุด 47 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.75 โดยพระสงฆ์สูงอายุมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 58.40 ระดับมาก ร้อยละ 41.60 และไม่พบพฤติกรรมในระดับน้อย

การศึกษานี้พบว่าการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.63 และ 4.50 ตามลำดับ และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47 และ 0.59 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 4.27 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.59

ผลการทดสอบสมมติฐาน

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าตัวแปรอิสระ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย

ผลการศึกษาพบว่า ในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติมีตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายได้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสามารถทำนายได้ร้อยละ 27.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคทำนายได้ร้อยละ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ รายได้ สามารถทำนายได้ร้อยละ 2.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติได้ ร้อยละ 36.00 โดยตัวแปรทั้งสามตัวมีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันคือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมิการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ด้านอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และรายได้มาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาวะปกติจะมากตามไปด้วย

ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย มีตัวแปรอิสระเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายได้ คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 16.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันคือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมิการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมากขึ้น พฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค พบว่ามีตัวแปร 3 ตัวที่สามารถทำนายได้ คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค สามารถทำนายได้ร้อยละ 4.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคสามารถทำนายได้ร้อยละ 13.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ อายุพรรษา สามารถทำนายร้อยละ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรทั้ง 3 ตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคได้ร้อยละ 21.00 โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค มีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันคือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมิระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมากขึ้น พฤติกรรมดูแลสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ส่วนอายุพรรษา พบว่า ค่า Beta เป็นลบ (-.214) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและ

ตัวแปรตามเป็นไปในทิศทางตรงข้าม คือ เมื่ออายุพรรษามากขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุน้อยลง

ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวม พบว่ามีตัวแปรอิสระ 4 ตัวที่สามารถทำนายได้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถทำนายได้ร้อยละ 30.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค สามารถทำนายได้ร้อยละ 7.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การมีสมณศักดิ์ สามารถทำนายร้อยละ 3.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอายุพรรษา สามารถทำนายร้อยละ 4.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมได้ร้อยละ 44.00 โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการมีสมณศักดิ์มีค่า Beta และค่าร้อยละเป็นไปในทางเดียวกันคือ เมื่อพระสงฆ์สูงอายุมิระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมักเพิ่มขึ้น และมีสมณศักดิ์ พฤติกรรมดูแลสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ส่วนอายุพรรษา พบว่า ค่า Beta เป็นลบ (- .350) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นไปในทิศทางตรงข้าม คือ เมื่ออายุพรรษามากขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุน้อยลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

จากผลการศึกษาสามารถเสนอข้อเสนอแนะโดยแบ่งข้อเสนอออกเป็น 3 ส่วน ตามภาคส่วนที่มีส่วนต่อการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ดังนี้

1. หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

1.1 การส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค

จากผลการทดสอบสมมติฐานจะเห็นถึงความสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ที่สามารถเข้าทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเกือบทุกด้าน ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลต่างๆ ที่พระสงฆ์สูงอายุมักจะเข้ารับการรักษาอาการป่วย ควรร่วมมือกับหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องพระสงฆ์คือ สำนักงาน

พระพุทธศาสนาแห่งชาติ ในการส่งเสริมข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ให้หลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ที่มักพบในผู้สูงอายุ รวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ เพื่อกระตุ้นให้พระสงฆ์สูงอายุเกิดการรับรู้ และปฏิบัติตนให้หลีกเลี่ยงจากความเสี่ยงต่างๆ จากการเกิดโรค ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ อาจเป็นการรณรงค์ หรือประชาสัมพันธ์ ให้ข้อมูลดังกล่าวแก่พระสงฆ์สูงอายุโดยตรงแก่พระสงฆ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล หรืออาจเป็นการทำงานเชิงรุก โดยการเข้าถึงพระสงฆ์สูงอายุตามวัดต่างๆ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้นในพระสงฆ์สูงอายุ

1.2 การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุยังไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ หรือการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้ เกิดจากการที่รายได้ไม่เพียงพอต่อการรับบริการ ความเชื่อต่างเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ หรือความลำบากในการไปรับบริการทางด้านสุขภาพดั่งนั้น เพื่อการบรรเทาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.2.1 หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลต่างๆ และที่สำคัญคือ โรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านสุขภาพของพระสงฆ์โดยตรง ควรอำนวยความสะดวกในการให้บริการด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในด้านต่างๆ เพื่อให้พระสงฆ์สูงอายุเกิดความรู้สึกระส่ำระสาย ในการมารับบริการด้านสุขภาพเช่น การจัดบริการไปรับพระสงฆ์สูงอายุ หรือการประสานงานกับหน่วยงานที่สามารถไปรับพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยถึงที่วัดได้ เช่น ศูนย์เอราวัณ กรุงเทพมหานคร หน่วยปฐมพยาบาลฉุกเฉินตามโรงพยาบาลต่างๆ เป็นต้น

1.2.2 นอกจากหน่วยงานภาครัฐแล้ว หน่วยงานเอกชนภาคสังคม เช่น มูลนิธิเพื่อสุขภาพต่างๆ อาจจะเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุในเรื่องของค่าใช้จ่ายต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจสุขภาพ การรักษาอาการเจ็บป่วยต่างๆ หรือการรักษาโรคต่างๆ โดยอาจเป็นความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลต่างๆ และมูลนิธิจัดระดมทุน หรือจัดตั้งกองทุนเพื่อสุขภาพขึ้นมาเพื่อรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านนี้โดยตรง

1.2.3 การจัดบริการด้านสุขภาพ หรือตรวจสุขภาพ ปีละ 1-2 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมดังกล่าวที่วัด โดยอาจจัดที่วัดใดวัดหนึ่งให้เป็นศูนย์กลางที่พระสงฆ์สูงอายุสามารถเดินทางมารับบริการอย่างสะดวก ซึ่งการจัดกิจกรรมดังกล่าวยังเป็นการเปิดโอกาสให้พระสงฆ์ทุกๆ วัดสามารถเข้ามารับบริการได้ด้วย ซึ่งการจัดกิจกรรมดังกล่าวหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของภาครัฐ เช่น ศูนย์ประสานงานผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร สำนักอนามัยของกรุงเทพมหานคร หน่วยงานที่รับผิดชอบงานทางด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานเกี่ยวกับพระสงฆ์ควรร่วมมือกันจัดกิจกรรมนี้ขึ้น

1.2.4 ศูนย์บริการสาธารณสุขภายใต้สังกัดของกรุงเทพมหานครอาจพิจารณา กำหนดวันที่สามารถให้บริการทางสุขภาพกับพระสงฆ์ขึ้นเป็นพิเศษ 1 วัน ต่อสัปดาห์ เพื่อเปิดโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

1.3 การส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

การศึกษาในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ พบว่า ยังมีความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมบางอย่างเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในพระสงฆ์สูงอายุ

1.3.1 หน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข ควรส่งเสริมหรือประชาสัมพันธ์ ความรู้รวมถึงแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมแก่พระสงฆ์สูงอายุ โดยอาจจะจัดการรณรงค์ดังกล่าวตามวัดที่มีพระสงฆ์สูงอายุจำพรรษาอยู่เป็นจำนวนมาก หรือวัดที่มีพระสงฆ์สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพมาก่อน และจึงขยายแนวทางการดำเนินงานต่อไป

1.3.2 ควรส่งเสริมความรู้ในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพต่อพระสงฆ์สูงอายุกับประชาชนทั่วไปที่นิยมทำบุญถวายอาหารแก่พระสงฆ์สูงอายุ รวมถึงผู้ซึ่งเป็นโยมอุปฐากแก่พระสงฆ์สูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพต่อพระสงฆ์สูงอายุได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม

2. พระสงฆ์สูงอายุ

2.1 การสร้างการรับรู้ถึงการปฏิบัติตนให้หลีกเลี่ยงจากความเสี่ยงในการเกิดโรค

2.1.1 การส่งเสริมและแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุจากตัวพระสงฆ์สูงอายุเองควรมีการรับรู้ถึงความสำคัญในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเพื่อให้หลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค โดยการสร้างความรับรู้ ความเชื่อถึงภาวะการเกิดโรคต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นการปรับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น หรืองดอาหารบางอย่างที่ไม่เหมาะสมกับวัย เป็นต้น

2.1.2 ทางวัดอาจจะจัดกิจกรรม “วัดตัวอย่าง” ที่มีการส่งเสริมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของพระสงฆ์ให้ถูกสุขลักษณะ หลีกเลี่ยงจากความเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น การจัดวัดให้ปลอดบุหรี่ จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม หรือ รมรณรงค์ในการทำบุญอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งอาจจะเป็นการจัดกิจกรรมโดยความร่วมมือกับประชาชนในชุมชนใกล้เคียง และหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง

2.2. การหาความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ

2.2.1 พระสงฆ์สูงอายุควรหาความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และควรมีความกระตือรือร้นในการสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพของตนเองกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ หรือพยาบาล เพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าวให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายตนเอง

2.2.2 การหาความรู้ดังกล่าวข้างต้น นอกจากตัวพระสงฆ์สูงอายุแล้ว ประชาชนซึ่งเป็นโยมอุปัฏฐากแก่พระสงฆ์สูงอายุ ก็ควรมีความรู้ดังกล่าวเช่นเดียวกับ เพื่อจะได้ปฏิบัติดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเช่นเดียวกัน

3. ประชาชนทั่วไป

3.1 การทำบุญใส่บาตร ถวายอาหาร

ปัญหาด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดขึ้นมาจากอาหารที่ได้จากประชาชนทั่วไปใส่บาตรหรือถวาย ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของประชาชนในการทำบุญถวายอาหารต่างๆ แก่พระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งอาหารบางประเภทอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุได้ รวมถึงยังมีผู้ถวายบุหรี่ หรือยาเส้น ยาสูบ แก่พระสงฆ์สูงอายุซึ่งเป็นเรื่องที่เป็น

อันตรายต่อสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นประชาชนทั่วควรตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโดยการทำบุญถวายอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อสุขภาพแก่พระสงฆ์สูงอายุ เช่น อาหารปรุงสุก ผัก ผลไม้ เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ และอาหารที่มีรสหวานจัด เป็นต้น และควรถวายข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ซึ่งเป็นอาหารที่มีประโยชน์แก่พระสงฆ์สูงอายุ

3.2 การสนับสนุนความรู้หรือข้อมูลด้านสุขภาพ

3.2.1 ประชาชนทั่วไปอาจมีส่วนในการให้ความรู้และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์สูงอายุ เพื่อที่จะให้พระสงฆ์สูงอายุมีข้อมูล และความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.2 ประชาชนทั่วไปอาจมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาและอุปสรรคเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุได้โดยการตั้งกองผ้าป่า หรือกองกฐิน ที่ใช้เพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์สูงอายุโดยตรง ซึ่งจะเป็นการบรรเทาปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพแก่พระสงฆ์สูงอายุ สำหรับวัดที่มีรายได้น้อย ประชาชนทั่วไปอาจมีส่วนในการจัดตั้งกองทุนเพื่อสุขภาพภายในวัด ซึ่งก็จะเป็นการช่วยบรรเทาปัญหาค่าใช้จ่ายในเรื่องสุขภาพได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งต่อไปควรศึกษาถึงหน่วยงาน หรือผู้ที่มีส่วนในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ เช่น

- ศึกษาความตระหนักของประชาชนในการทำบุญถวายอาหารแก่พระสงฆ์
- ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาหารและกิจกรรม กับโรคที่เกิดขึ้นในพระสงฆ์สูงอายุ
- ศึกษาความคาดหวังของพระสงฆ์ต่อบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นต้น

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กนกพร พนาวัลย์. 2549. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับการออกกำลังกายบำบัดที่สถานีอนามัยทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2551. รายงานการเจ็บป่วยประเภทพิเศษ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย. 2537. ผู้สูงอายุในไทย รูปแบบและการดูแล. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย.

กฤติกา จันทร์หอม. 2542. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารชั้นประทวนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิตติมา โอภารัตน์. 2543. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อมลพิษรอบเขตนิคมอุตสาหกรรมบางปู จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกษม ดันดิผลาชีวะ และกุลยา ดันดิผลาชีวะ. 2528. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์, สุริย์ บุญญานุพงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ. 2533. ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยทางสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จุรีรัตน์ เพชรทอง. 2540. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เนก ชนะศิริ. 2538. การเพิ่มประสิทธิภาพของชีวิต. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้ง.

ชูศักดิ์ เวชแพทย์. 2532. การปฏิบัติของผู้สูงอายุให้มีอายุยืน. กรุงเทพมหานคร: ศุภานิชการพิมพ์.

ดวงพร รัตนอมรชัย. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการควบคุมสุขภาพกับชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทศพร กองแก้ว. 2547. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทิวพร กลมกล่อม. 2538. ปัจจัยที่มีผลต่อปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทวชนี แสงขรรค์ชัย. 2552. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของบิดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยก่อนเรียน อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นงลักษณ์ บุญไทย. 2539. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

น้ำทิพย์ มะลิ. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นิตยา เพ็ญศิริินภา. 2529. ประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรัง ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามาริบดี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิตา วงษ์ไทย. 2544. **เพื่อร่วมทางผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สารกรุงเทพ.

บรรลุ ศิริพานิช. 2537. **พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง**.
นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

เบญจมา เลหาพูนรังสี. 2534. **ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการกับการ
ปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือน จังหวัดนครราชสีมา**.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527. **เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา**. หน้าที่ 29-30. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2534. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา**.
กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประสพ รัตนกร. 2526. **สุขภาพจิตผู้สูงอายุ**. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาส อินทปัญโญ). 2529. **ศาสนากับการกิน**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
ธรรมสภา.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ประยุทธ์ ปยุตโต). 2547. **ออกกำลังให้สำรวม**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
ธรรมสภา.

พระพรหมมงคลาจารย์ (ปัญญา นันทภิกขุ). 2538. **รวมธรรมหลวงพ่อบุญญาฯ**. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ. 2544. **พระพุทธศาสนากับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม**. พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดิ.

ภัทรพร ไพเราะ. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

มนัสยา โอมาก. 2545. แรงสนับสนุนทางสังคม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย. 2548. พระไตรปิฎกฉบับประชาชน. กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณ์
ราชวิทยาลัย.

มัลลิกา มัติโก. 2534. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ชุดที่1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม
สุขภาพ. ม.ป.ท.

รังสิต ห่มระฤก. 2533. “สุขภาพจิตในวัยผู้สูงอายุ.” วารสารการพยาบาล 24 (1): 15

รัชณี ผิวทอง. 2546. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขต
พระนครเหนือ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์,
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2551. สถิติสงฆ์อาพาธรายปี.
กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

เลอศักดิ์ เทิดวัฒน์. 2543. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขต
อุตสาหกรรมจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

วนลดา เอกอมรสุษ. 2540. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิภา ไชยณรงค์. 2541. รายงานการวิจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรม การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัด สุพรรณบุรี. นนทบุรี: กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

วิชิต เปานิล. 2546. พุทธกระบวนทัศน์: เพื่อสุขภาพและการเฝ้าระวังรักษาในสังคม. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศศิธร เจริญบุญ. 2544. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจในโตที่มารับบริการในคลินิกโรคปัสสาวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2534. สุขยามท้าย. กรุงเทพมหานคร: ทนงการพิมพ์.

ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. 2539. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมทรง ณ นคร. 2533. การดูแลรักษาสุขภาพแบบพื้นบ้าน. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินติ้ง.

สมบัติ พึ่งเกษม. 2544. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ใหญ่จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศึกษาสังคม, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่3 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.

สมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า (มานิต ถาวโร). 2514. “อาพาธ สิ่งอันไม่พึงประสงค์ของสมณะ.” วารสาร โรงพยาบาลสงฆ์ 15 (10): 3-5.

สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2551. ข้อมูลสถิติจำนวนพระภิกษุ – สามเณร. กรุงเทพมหานคร:
สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักงานเจ้าคณะจังหวัดกรุงเทพมหานคร. 2551. รายงานพระภิกษุสงฆ์รายเขต. กรุงเทพฯ: สำนักงานเจ้า
คณะจังหวัดกรุงเทพมหานคร.

ศุภัญญา สุวรรณกาญจนชัย. 2544. รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในนิคมสร้างตนเองเขต
จังหวัดภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2546. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 12.
กรุงเทพมหานคร: บริษัทเฟื่องฟ้าพรินต์ติ้ง จำกัด.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. 2535. แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกคน ด้าน
สุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุนทร นาสมบูรณ์. 2548. การรักษาอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรกุล เจนอบรม. 2534. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิมล ตีรกานนท์. 2546. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อมร ชัยกุลวัฒน์. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตัวเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อรกมล กองงามศิลป์. 2546. ปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขา
อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข
ศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิรัชศักดิ์ รัชนิวงศ์. 2539. การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
ของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลาง: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงงานหลวง อาหาร
สำเร็จรูป ดอยคำ สาขาแม่จัน อ.แม่จัน จ.เชียงราย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขารัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อังคณา นวลยง. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาพร สุขสวัสดิ์. 2534. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล:
ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
สาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีพร ประเสริฐสิทธิโชค. 2549. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดยโสธร.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. 2536. “เครือข่ายและกลไกเครือข่าย”. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา
ระดับชาติ ครั้งที่ 3 เรื่องการประสานแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ณ ศูนย์การประชุม
แห่งชาติสิริกิติ์ ระหว่างวันที่ 26-27 เมษายน 2536.
- เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุน
ทางสังคมกับพฤติกรรมอนามัยที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเฮอร์ไอวันทางเส้นเลือด
ขณะเข้ารับการรักษาน้ำหนัก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุข
ศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Becker, M.H. 1974. **The Health Belief Model And Personal Health Behavior**. New York:
Medical Care.

Becker, M.H. and L.M.Maiman. 1979. **Socio-Behavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations**. New York: Medical Care.

Ebersole and H.Patricia. 1985. **Toward Health Aging**. St.Louis: Mosby Company.

Pender, N.J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice**. 2 nd.Norwalk Conn: Appleton & Lange.

Wanwalee, P. 2001. **The Relationship Between Selected Basic Conditioning Factors, Self Efficacy, Social Support and Self – Care Behavior in Thai Muslim Elderly in The Bangkok Metropolitan Area**. Bangkok: Mahidol University.

World Health Organization. 1986. **Ottawa Charter for Health Promotion. The First International Conference on Health Promotion**. Ontario Canada.





แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร
คำชี้แจง

แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ตอน

- ตอนที่ 1 เกี่ยวกับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล
- ตอนที่ 2 เกี่ยวกับสภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ
- ตอนที่ 3 เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ส่วน
- ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
 - ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
- ตอนที่ 4 เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ส่วน
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
 - การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 - การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค
 - การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค
- ตอนที่ 5 เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ส่วน
- พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ
 - พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย
 - พฤติกรรมสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค
- ตอนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

ในการตอบแบบสอบถามนี้ จะไม่มีผลเสียต่อผู้ตอบแต่อย่างใด และคำตอบแต่ละฉบับจะเก็บไว้เป็นความลับ ผลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น จึงขอความกรุณาจากพระคุณเจ้า โปรดอนุเคราะห์ตอบข้อคำถามให้ข้อมูลครบถ้วนทุกข้อ ทุกตอน และตรงตามความเป็นจริง หากแบบสอบถามมีข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนจะไม่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ ข้อมูลที่ได้ี้จะเป็นสิ่งมีคุณค่าและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพในวงการพระสงฆ์ต่อไป

ขอขอบพระคุณพระคุณเจ้าเป็นอย่างสูง ในการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

แบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของพระสงฆ์สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือตอบคำถามในช่องตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี

2. ปัจจุบันท่านมีอายุบวช.....พรรษา

3. สถานภาพสมรสก่อนบวช

- ☐ โสด ☐ ม่าย ☐ หย่า / แยกกันอยู่
☐ สมรสและอยู่ด้วยกัน ☐ สมรสแต่แยกกันอยู่

4. อาชีพก่อนบวช

- ☐ ข้าราชการ ☐ เกษตรกร
☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ รับจ้าง
☐ ค้าขาย ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

5. ปัจจุบันท่านดำรงสมณศักดิ์หรือไม่

- ☐ มีสมณศักดิ์ (โปรดระบุ).....
☐ ไม่มี

6. ระดับการศึกษาทางโลก

- ☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ มัธยมปลาย ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
☐ ประถมศึกษา ☐ อาชีวศึกษา ☐ อื่นๆ ระบุ
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ ปริญญาตรี

7. ระดับการศึกษาทางธรรม

- ☐ ไม่ได้ศึกษา ☐ นักธรรมเอก ☐ เปรียญธรรม 7-9 ประโยค
☐ นักธรรมตรี ☐ เปรียญธรรม 1-3 ประโยค
☐ นักธรรมโท ☐ เปรียญธรรม 4-6 ประโยค

8. ท่านมีภูมิลำเนาเกิดที่จังหวัดใด ระบุ.....

9. ท่านมีโยมอุปัฏฐากประจำตัวหรือไม่ ระบุ

- ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ
 ☐ ภรรยา
 ☐ บุตร / ธิดา
 ☐ ญาติ
 ☐ คนรู้จัก
 ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

10. รายได้เฉลี่ยที่ได้รับในแต่ละเดือน.....บาท

11. แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ เงินกองกลางวัด ☐ โยมอุปัฏฐาก
☐ ญาติ ☐ อื่นๆ (ระบุ).....
☐ กิจนิมนต์

12. อาหารส่วนใหญ่ที่ได้รับจากการบิณฑบาตหรือได้รับทำบุญถวาย

- ☐ ข้าว ☐ ขนม
 ☐ ข้าวขาวปกติ ☐ ขนมไทย
 ☐ ข้าวกล้อง ☐ ขนมเบรเกอรี่
 ☐ ข้าวซ้อมมือ ☐ ผลไม้
☐ กับข้าว ☐ เครื่องดื่ม
 ☐ น้ำพริกพร้อมผักสด / ต้ม ☐ น้ำเปล่า
 ☐ อาหารประเภทยา ☐ น้ำอัดลม
 ☐ อาหารปิ้ง / ย่าง ☐ ชา / กาแฟ

- | | |
|---|--|
| ☐ อาหารประเภททอด | ☐ น้ำผลไม้ |
| ☐ แอ่งกะทิ | ☐ อาหารเสริม |
| ☐ แอ่งจีด | ☐ ซุปไก่สกัด |
| ☐ ผัดผัก | ☐ รังนก |
| ☐ อาหารที่มีไขมันสูง | ☐ อื่นๆ (ระบุ)..... |

ตอนที่ 2 สภาพทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือตอนคำถามในช่องตามความเป็นจริง

1. ก่อนมาบวชท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- | | | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ ไม่มี | ☐ มี (โปรดระบุ) | โรคที่เป็น | การเป็นโรคในปัจจุบัน |
| | | ☐ เป็นอยู่ | ☐ หายขาดแล้ว |
| | | ☐ เป็นอยู่ | ☐ หายขาดแล้ว |

2. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ☐ ไม่มี
- ☐ มี (ระบุโรค).....

3. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

4. สภาพแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัย (สำหรับผู้วิัย)

(สภาพภายในที่อยู่อาศัย).....

(สภาพภายนอกที่อยู่อาศัย).....

ตอนที่ 3 ความรู้ในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้ที่มีอยู่ของท่านเพียงช่องเดียว

ถูก หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าเนื้อหาถูกต้องตรงกับหลักการหรือวิชาการที่ท่านทราบ
 ผิด หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่าเนื้อหาไม่ถูกต้องกับหลักการหรือวิชาการที่ท่านทราบ
 ไม่ทราบ หมายถึง เมื่อท่านไม่ทราบหรือไม่มีความรู้ในคำถามนั้น

3.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ ทราบ
1. ผู้สูงอายุมีความสามารถทนต่ออากาศหนาวเย็น			
2. ผู้สูงอายุจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายจะลดลง			
3. ผู้สูงอายุจะมีเสียงแหลมขึ้นและไม่สามารถพูดระยะเวลานานๆ ได้			
4. ผู้สูงอายุจะมีการอยากอาหารมากขึ้นกว่าวัยอื่นๆ			
5. ผู้สูงอายุจะมีความถี่ในการปัสสาวะลดลง			
6. การเสื่อมลงของระบบต่างๆในร่างกายจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลและสภาพจิตใจหดหู่			
7. การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้			
8. ผู้สูงอายุมักมีความแปรปรวนทางอารมณ์มาก			
9. โรคที่เกี่ยวกับต่อมลูกหมากมักเกิดขึ้นในชายที่สูงอายุมากขึ้น			
10. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะการณ์ที่รอบข้างได้			

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อคำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. อาหารแป้งหรือข้าวเหมาะสำหรับผู้สูงอายุเพราะมีพลังงานมากกว่าอาหารประเภทอื่นๆ			
2. การรับประทานผักผลไม้ทุกวันไม่ช่วยในการขับถ่ายของผู้สูงอายุ			
3. ลำไย ขนุน ทูเรียน เป็นผลไม้หวานจัด ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ			
4. ผลไม้สุก เนื้อนุ่ม เคี้ยวง่ายไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ			
5. ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารที่ครบ 5 หมู่ใน 1 วัน			
6. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหาร ไม่มากในแต่ละมื้อ แต่ให้รับประทานบ่อยครั้ง			
7. อาหารรสจัดทุกประเภทช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานได้มากขึ้น			
8. การกินปลาเล็ก ปลาน้อย กุ้งแห้งทุกวัน ช่วยให้กระดูกผู้สูงอายุแข็งแรง			
9. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำเปล่าวันละ 6-8 แก้ว			
10. ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการน้ำตาลเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษเนื่องจากร่างกายต้องการพลังงานมากกว่าวัยอื่น			
11. การรับประทานอาหารที่มีกากใยไม่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ เพราะพลังงานต่ำ			
12. อาหารปิ้ง ย่าง ทอด ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานเพราะจะทำให้ทำให้ย่อยยาก			
13. การออกกำลังกายทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิตของผู้สูงอายุเสื่อมลง			
14. ผู้สูงอายุควร งด/เลิกบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายอ่อนแอ			
15. การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องทำ			

ตอนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความเห็นของท่านเพียงช่องเดียว

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความเชื่อ ความรู้สึกตรงกับข้อความมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความเชื่อ ความรู้สึกตรงกับข้อความมาก
ค่อนข้างเห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความเชื่อ ความรู้สึกตรงกับข้อความบ้างบางส่วน แต่ไม่ทั้งหมด
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความเชื่อ ความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความที่ให้มา บ้างแต่ทั้งหมด
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความเชื่อ ความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความที่ให้มา บ้างแต่ไม่ทั้งหมด
ไม่เห็นด้วยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความเชื่อ ความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความที่ให้มา ทั้งหมด

4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยที่สุด
1. การขาดปริมาณแคลเซียมมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูก						
2. การรับประทานอาหารไขมันและแป้งในปริมาณมากมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดอุดตัน และโรคหัวใจได้ง่าย						
3. การรับประทานอาหารรสเค็มจัดมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง						
4. การไม่ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่างๆ ได้ง่าย						

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยที่สุด
5. การสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด						
6. เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมากสูง						
7. การรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลสูงไม่เกี่ยวกับการเกิดโรคอ้วน						
8. การไม่สูบบุหรี่ลดการเสี่ยงต่อการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง						
9. การดื่มชา กาแฟ มากเกินไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้						
10. การไม่รับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก ท้องอืดมาก						
11. การออกกำลังกายที่หนักเกินไป มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะกล้ามเนื้อฉีกขาด						
12. อาการเครียดที่มีบ่อยๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไมเกรน						

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยที่สุด
1. ภาวะกระดูกพรุนจะรุนแรงขึ้นเมื่อดื่ม น้ำอัดลมเป็นประจำ						
2. โรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมากรุนแรงมาก ยิ่งขึ้นถ้ามีการสูบบุหรี่จัด						
3. อาการโรคมะเร็งลำไส้รุนแรงขึ้นเมื่อไม่ งดอาหาร ทอด ปิ้งย่าง อย่างเด็ดขาด						
4. อาการโรคเบาหวานจะบรรเทาหากงด รับประทานอาหารรสหวาน						
5. อาการโรคภูมิแพ้รุนแรงขึ้นเมื่ออยู่ใน สภาพแวดล้อมที่ไม่สะอาด						
6. อาการโรคหัวใจรุนแรงขึ้นเมื่อดื่มชา กาแฟเป็นประจำ						
7. เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูง ควร รับประทานอาหารรสเค็ม						
8. โรคในช่องปากที่รุนแรงเนื่องจากการ ไม่ดูแลเหงือก						
9. อาการโรคกระเพาะรุนแรงขึ้นเมื่อ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา						
10. อาการของโรคมะเร็งช่องปากรุนแรง ขึ้นหากเคี้ยวหมากพลูเป็นประจำ						
11. อาการของโรคจะทุเลาลงเมื่อออก กำลังกาย และพักผ่อนอย่างเต็มที่						
12. ความรุนแรงของภาวะความเครียด ลดลงได้ถ้ารู้จักควบคุมอารมณ์โกรธ หรือเสียใจ						

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ข้อคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยที่สุด
1. การดื่มนมทำให้กระดูกแข็งแรง						
2. การจัดสถานที่พักอาศัยให้สะอาดจะทำให้หลีกเลี่ยงจากอาการภูมิแพ้						
3. การงดสูบบุหรี่ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ						
4. การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอทำให้รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้						
5. การหาความรู้ในเรื่องสุขภาพ ทำให้มีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพดีขึ้น						
6. การนั่งสมาธิ ภาวนา สามารถลดความเครียดในชีวิตประจำวันได้						
7. การปฏิบัติตามที่แพทย์สั่งหรือแนะนำอย่างเคร่งครัดจะทำให้ร่างกายมีสุขภาพดี						
8. การปฏิบัติตามกิจกรรมเป็นการปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ						
9. การสวดมนต์ไหว้พระเป็นประจำทำให้จิตใจสบายขึ้น						
10. การปฏิบัติอานาปนสติทำให้จิตใจเกิดความผ่อนคลาย						
11. การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่ไม่ได้ส่งผลอะไรต่อสุขภาพ						
12. การทำงานอดิเรกเป็นการลดความเครียด และใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์						

4.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ข้อคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยที่สุด
1. การฉีดยามีประโยชน์ต่อสุขภาพ แต่ท่านไม่ฉีดยาเพราะท่านไม่ชอบ						
2. การฉีดยา ผลไม้ไม่มีประโยชน์ แต่ท่านไม่ฉีดยา ผลไม้เพราะเห็นว่าไม่คุ้มท้อง						
3. การฉีดยา ผลไม้ไม่มีประโยชน์ แต่ท่านไม่ค่อยได้ฉีดยา ผลไม้เพราะไม่มีใครนำมาทำบุญถวาย						
4. การฉีดยาอาหารให้ครบ 5 หมู่มีประโยชน์ แต่ท่านไม่ฉีดยาอาหารครบ 5 หมู่ เพราะมีขั้นตอนยุ่งยาก						
5. อาหารที่มีประโยชน์บางชนิดไม่สามารถฉีดยาได้เพราะเป็นของแสลง						
6. การเลิกบุหรี่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ แต่ท่านไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้เพราะไม่รู้วิธีเลิก						
7. การออกกำลังกายมีประโยชน์ แต่ว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องยากเพราะต้องหาทำออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์						
8. การทำสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียดเป็นเรื่องยากมาก						
9. การทำสมาธิต้องทำแบบเป็นพิธีการเท่านั้นคือ ท่านั่งต้องนั่งขัดสมาธิเพชรซึ่งลำบาก เมื่อขี้เกียจ ท่านจึงไม่ปฏิบัติ						

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย ที่สุด
10. การตรวจสอบภาพจะทำให้ทราบภาวะ สุขภาพของตนเอง แต่ท่านไม่ไปตรวจ สุขภาพเพราะเห็นว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก						
11. การตรวจสอบภาพจะทำให้ทราบภาวะ สุขภาพของตนเอง แต่ท่านไม่ไปตรวจ สุขภาพเพราะเห็นว่าค่าใช้จ่ายสูง						
12. ท่านไม่ปรึกษาเรื่องราวต่างๆ กับ บุคคลใกล้ชิดเพราะท่านอาย						

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านเพียงช่องเดียว

จริงมากที่สุด	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกวันอย่างเคร่งครัด
จริงมาก	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกวัน
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นโดยส่วนใหญ่ บางวัน หรือบางครั้งก็ไม่ได้ปฏิบัติ
จริงค่อนข้างน้อย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ้างแต่ไม่บ่อยนัก
จริงน้อย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นน้อย
จริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

5.1 พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ

ข้อคำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	ค่อนข้าง จริง	จริง ค่อนข้าง น้อย	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด
1. ท่านฉันทักใบเขียวเสมอ						
2. ท่านดื่มนมเป็นประจำ						
3. ท่านฉันทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้						
4. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 4-6 แก้ว						
5. ท่านฉันทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เปรี้ยวจัด เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด เป็นประจำ						
6. ท่านชอบรับประทานอาหารแป้งและไขมัน มากกว่าอาหารอื่น						
7. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง						
8. ท่านไม่ฉันทนนมที่มีรสชาติดหวานมาก						
9. ท่านฉันทานไข่วันละหลายฟอง						
10. ท่านได้ฉันทาแว็กซ์ ขี้ผึ้งมือ เป็น ประจำ						
11. ในแต่ละวันท่านจะพยายามเดินให้ได้ ระยะเวลาดต่อกัน 10 นาทีสะสมทั้ง วันไม่ต่ำกว่า 30 นาที						
12. ท่านได้รับการตรวจร่างกายประจำปี ทุกปี						
13. ท่านซักถามอาการสุขภาพตนเองเมื่อ พบแพทย์						
14. ท่านดัดเลียบตามระยะเวลาที่พระธรรม วินัยกำหนด						
15. ท่านปลงผมตามระยะเวลาที่พระธรรม วินัยกำหนด						

5.2 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

ข้อคำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	ค่อนข้าง จริง	จริง ค่อนข้าง น้อย	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด
1. เมื่อท่านมีอาการเป็นไข้หวัด 1-2 วัน และมีไข้สูงท่านจะรีบไปพบแพทย์เพื่อปรึกษาอาการเหล่านั้นทันที						
2. เมื่อท่านมีอาการเป็นไข้หวัด 1-2 วัน และมีไข้สูงท่านจะพักผ่อนจนอาการเหล่านั้นหายดีขึ้น						
3. เมื่อท่านมีอาการเป็นไข้หวัด 1-2 วัน และมีไข้สูงท่านก็ยังไม่สนใจในอาการเหล่านั้น						
4. เมื่อท่านมีอาการเป็นไข้หวัด 1-2 วัน และมีไข้ท่านจะงดภารกิจเพื่อพักผ่อน และดื่มน้ำให้มากที่สุด						
5. เมื่อท่านเกิดอาการปวดฟันขึ้นท่านจะรีบไปพบทันตแพทย์เพื่อหาสาเหตุของอาการ						
6. เมื่อเกิดอาการอาเจียนหรือเบื่ออาหาร ติดๆ กันในระยะ 1-2 สัปดาห์ ท่านจะปล่อยให้อาการเหล่านั้นรุนแรงขึ้น						
7. เมื่อเกิดอาการอาเจียนหรือเบื่ออาหาร ติดๆ กันในระยะ 1-2 สัปดาห์ ท่านจะสังเกตอาการ และรีบไปพบแพทย์						
8. เมื่อเกิดอาการภูมิแพ้ท่านจะรักษาอนามัยส่วนบุคคลให้สะอาดกว่าปกติ						
9. เมื่อเกิดอาการไม่สบายขึ้นกับร่างกาย ท่านได้หันมาดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้น						

ข้อคำถาม	จริง มากที่สุด	จริง มาก	ค่อนข้าง จริง	จริง ค่อนข้าง น้อย	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด
10. เมื่อเกิดอาการเป็นไขหวัด ไอจาม ท่าน จะหลีกเลี่ยงไม่ไปคุยกับพระรูปอื่น หรือญาติโยม เพื่อไม่ให้อาการของโรค นั้นกำเริบหรือแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น						
11. เมื่อเกิดอาการเพลียผิดปกติเกิดขึ้นกับ ท่าน ท่านจะรีบไปพบแพทย์ทันที						
12. เมื่อเกิดอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบ การย่อยอาหารท่านจะระมัดระวังใน เรื่องอาหารการกินมากขึ้นเพราะเห็นว่า จะช่วยรักษาอาการเหล่านั้น						

5.3 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

ข้อคำถาม	จริง มากที่สุด	จริง มาก	ค่อนข้าง จริง	จริง ค่อนข้าง น้อย	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด
1. เมื่อท่านทราบว่าตนเป็นโรคท่านจะรีบหา ข้อมูลเกี่ยวกับโรคนั้นๆ เพื่อเป็นความรู้ ในการดูแลตนเอง						
2. เมื่อท่านทราบว่าตนเป็นโรคท่านจะปฏิบัติ ตนตามคำแนะนำของแพทย์อย่าง เคร่งครัด						
3. เมื่อท่านทราบว่าตนเป็นโรคท่านจะคอย สังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการของโรค นั้นๆ หลังจากปฏิบัติตามแพทย์สั่ง						
4. เมื่อท่านทราบว่าตนเป็นโรคท่านจะด รับประทานอาหารบางประเภทที่จะทำ ให้อาการของโรคนั้นรุนแรงขึ้น						
5. เมื่อท่านทราบว่าตนเป็นโรคท่านจะรักษา อนามัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด						

ข้อคำถาม	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	ค่อนข้าง จริง	จริง ค่อนข้าง น้อย	จริง น้อย	จริงน้อย ที่สุด
6. ในขณะที่ท่านยาตามแพทย์สั่ง แต่เกิดอาการข้างเคียงขึ้นท่านจะปรับการทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์						
7. เมื่อท่านทราบว่า เป็นโรคท่านจะปฏิบัติสมาธิภาวนาเพื่อคลายความเครียด						
8. เมื่อท่านทราบว่า เป็นโรคท่านจะหางานอดิเรกทำเพื่อคลายความวิตกกังวล						

ตอนที่ 6 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณพระคุณเจ้า

ที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม และให้ข้อมูลเป็นอย่างดี



ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ตารางผนวกที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

คนที่	ข้อ1	ข้อ2	ข้อ3	ข้อ4	ข้อ5	ข้อ6	ข้อ7	ข้อ8	ข้อ9	ข้อ10	X	X ²
1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	4
2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	3	9
3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	81
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
5	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	9
6	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	4	16
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	81
9	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	81
10	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	4
11	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	8	64
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8	64
14	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	7	49
15	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	7	49
16	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	81
17	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8	64
18	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8	64
19	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	81
20	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	6	36
21	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	6	36
22	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	7	49
23	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	4	16
24	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	5	25
25	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	81
26	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	49
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100
28	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81
29	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	6	36
30	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7	49
ถูก	23	23	15	16	24	26	29	20	20	15	195	1,615
ผิด/ไม่ทราบ	7	7	15	14	6	4	1	10	10	15		
p _i	.767	.767	.500	.533	.800	.867	.967	.667	.667	.500		
q _i	.233	.233	.500	.467	.200	.133	.033	.333	.333	.500		
p _i q _i	.179	.179	.250	.249	.160	.115	.032	.222	.222	.250	1.858	

$$\Sigma X = 211$$

$$\Sigma X^2 = 1,659$$

$$\Sigma p_i q_i = 1.858$$

การหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Kuder-Richadson โดยใช้สูตร KR-20

$$\text{สูตร KR-20} = \left\{ \frac{k}{k-1} \right\} \left\{ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i q_i}{S_p^2} \right\}$$

k = จำนวนข้อของแบบสอบถาม

p_i = สัดส่วนของการตอบถูก

q_i = สัดส่วนของการตอบผิด

S_p^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมหรือความแปรปรวนระหว่างผู้ตอบ

หาค่า S_p^2 ได้จาก

$$\begin{aligned} S_p^2 &= \frac{N \sum x^2 - (\sum x)^2}{N^2} \\ \text{แทนค่า} &= \frac{30 \times 1,659 - 211^2}{30 \times 30} \\ &= \frac{49,770 - 44,521}{900} = \frac{5,249}{900} \\ &= 5.832 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าสูตร KR-20} &= \frac{10}{10-1} \left\{ 1 - \frac{1.858}{5.832} \right\} \\ &= 1.1111 \times 0.6814 \end{aligned}$$

$$\text{Alpha} = 0.7570$$

$$\text{ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ} = 0.7570$$

ตารางผนวกที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คนที่	ช	ช	ช	ช	ช	ช	ช	ช	ช	ช	ช	ช	ช	ช	ช	x	x ²
	อ	อ	อ	อ	อ	อ	อ	อ	อ	อ	อ	อ	อ	อ	อ		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	5	25
2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	7	49
3	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	11	121
4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	13	169
5	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	11	121
6	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	10	100
7	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	10	100
8	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	11	121
9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	13	169
10	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5	25
11	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	25
12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	12	144
13	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	10	100
14	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	10	100
15	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	9	81
16	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	12	144
17	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	11	121
18	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	12	144
19	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	12	144
20	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	7	49
21	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	4
22	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	11	121
23	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	9	81
24	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	9	81
25	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	7	49
26	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	7	49
27	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	196
28	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	196
29	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	8	64
30	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	169
ถูก	11	21	29	27	28	16	9	9	23	15	20	28	8	26	20	290	3,062
ผิด/ไม่ทราบ	19	9	1	3	2	14	21	21	7	15	10	2	22	4	10		
p _i	.36	.70	.96	.90	.93	.53	.30	.30	.76	.50	.66	.93	.26	.86	.66		
q _i	.63	.30	.03	.10	.06	.46	.70	.70	.23	.50	.33	.06	.73	.13	.33		
p _i q _i	.23	.21	.03	.09	.06	.24	.21	.21	.17	.25	.22	.06	.19	.11	.22	2.540	
	2	0	2	0	2	9	0	0	9	0	2	2	5	5	2		

$$\Sigma X = 211$$

$$\Sigma X^2 = 1,659$$

$$\Sigma p_i q_i = 1.858$$

$$\text{สูตร KR-20} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i q_i}{S_p^2} \right)$$

k = จำนวนข้อของแบบสอบถาม

p_i = สัดส่วนของการตอบถูก

q_i = สัดส่วนของการตอบผิด

S_p^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมหรือความแปรปรวนระหว่างผู้ตอบ

หาค่า S_p^2 ได้จาก

$$S_p^2 = \frac{N \sum x^2 - (\sum x)^2}{N^2}$$

$$\text{แทนค่า} = \frac{30 \times 3,062 - 290^2}{30 \times 30}$$

$$= \frac{91,860 - 84,100}{900} = \frac{7,760}{900}$$

$$= 8.622$$

$$\text{แทนค่าสูตร KR-20} = \frac{15}{15-1} \left(1 - \frac{2.540}{8.622} \right)$$

$$= 1.071 \times 0.7054$$

$$\text{Alpha} = 0.7555$$

$$\text{ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ} = 0.7555$$

ตารางผนวกที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	52.1000	47.3345	.4386	.7953
2 .	52.1333	46.3264	.4974	.7907
3.	51.5667	47.4954	.3304	.8018
4.	52.1000	47.5414	.4170	.7966
5.	51.6333	44.2402	.6039	.7808
6.	52.1667	46.8333	.3130	.8041
7.	52.8333	41.7299	.5418	.7830
8.	52.1000	43.9552	.4495	.7925
9.	53.1667	40.0747	.4297	.8053
10.	51.7667	44.7368	.5402	.7855
11.	51.9000	44.4379	.3905	.7989
12.	52.0667	41.5126	.7015	.7684

RELIABILITY ANALYSIS- SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 12 items

Alpha = .8061

ตารางผนวกที่ 4 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	51.9333	48.9606	.4124	.8279
2.	51.3000	47.3897	.5410	.8198
3.	50.9667	45.6885	.5999	.8144
4.	50.9667	43.0678	.5810	.8146
5.	51.4667	48.6713	.4035	.8284
6.	52.4000	46.3862	.3979	.8310
7.	51.3333	48.4368	.3694	.8309
8.	50.9667	44.8609	.6142	.8125
9.	50.7667	45.7023	.6630	.8111
10.	52.4333	41.8402	.5233	.8238
11.	50.9667	45.6195	.5312	.8189
12.	50.8667	48.5333	.4057	.8282

RELIABILITY ANALYSIS- SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 12 items

Alpha = .8344

ตารางผนวกที่ 5 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อ
การป้องกันโรค

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	55.5667	39.0816	.4317	.8383
2 .	55.7000	38.8379	.4016	.8402
3.	55.1000	37.3345	.5214	.8322
4.	55.5333	35.8437	.5884	.8268
5.	55.3667	36.3092	.5697	.8284
6.	54.9667	37.2057	.6162	.8267
7.	55.3333	37.2644	.4427	.8384
8.	55.1667	37.4540	.4459	.8379
9.	54.9000	36.1621	.6433	.8235
10.	54.9000	36.5069	.6070	.8261
11.	55.4333	35.9782	.4666	.8382
12.	55.7000	37.2517	.4552	.8373

RELIABILITY ANALYSIS- SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 12 items

Alpha = .8447

ตารางผนวกที่ 6 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	39.3000	69.6655	.6505	.7869
2 .	39.9333	74.1333	.5169	.7996
3.	38.9333	76.4092	.3103	.8155
4.	40.0333	77.1368	.3277	.8132
5.	40.4667	68.4644	.5237	.7975
6.	40.8667	70.1195	.4517	.8053
7.	40.7667	67.9092	.7109	.7807
8.	40.4333	72.0471	.5197	.7980
9.	41.0000	72.6207	.4152	.8076
10.	39.9000	76.7138	.3956	.8083
11.	39.9333	75.5126	.3848	.8091
12.	40.2333	72.7368	.4371	.8052

RELIABILITY ANALYSIS- SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 12 items

Alpha = .8160

ตารางผนวกที่ 7 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	63.3000	88.1483	.6120	.8409
2.	64.6667	85.4023	.3641	.8520
3.	63.0333	89.9644	.4107	.8473
4.	62.7333	86.0644	.5440	.8407
5.	63.1333	83.1540	.4200	.8493
6.	63.7333	80.0644	.6149	.8351
7.	63.2333	88.5299	.4270	.8463
8.	62.7333	87.2368	.5820	.8405
9.	63.3333	82.0920	.4968	.8432
10.	62.8000	89.4759	.3703	.8487
11.	63.6000	86.1793	.3605	.8514
12.	62.6333	79.4126	.6089	.8355
13.	63.1000	84.9207	.5119	.8417
14.	62.5667	84.7368	.6669	.8356
15.	62.7333	84.4092	.5712	.8387

RELIABILITY ANALYSIS- SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 15 items

Alpha = .8521

ตารางผนวกที่ 8 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	50.4000	79.9034	.6923	.8818
2.	51.5000	84.1207	.4832	.8927
3.	50.5333	73.6368	.7325	.8795
4.	49.8667	79.6368	.7448	.8793
5.	49.9333	81.6506	.6802	.8830
6.	50.5667	72.6678	.6932	.8838
7.	50.5000	82.8793	.5439	.8895
8.	49.8333	87.3161	.5446	.8904
9.	50.1667	82.6264	.6572	.8843
10.	50.5000	86.6724	.4931	.8918
11.	50.3667	79.6195	.6524	.8838
12.	50.1000	87.8862	.4565	.8933

RELIABILITY ANALYSIS- SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 12 items

Alpha = .8948

ตารางผนวกที่ 9 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	32.1667	22.3506	.6143	.7598
2 .	31.7667	22.5299	.6160	.7602
3.	32.2000	23.6138	.3913	.7947
4.	32.1333	21.8437	.5693	.7655
5.	31.4000	21.6276	.5897	.7620
6.	31.8667	25.1540	.3404	.7980
7.	32.0667	23.9954	.4417	.7852
8.	32.1333	22.6023	.5096	.7754

RELIABILITY ANALYSIS- SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients 8 items

Alpha = .7982

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล

นายธรรมบุญ ครอบบุญเรือง

วัน เดือน ปี ที่เกิด

วันที่ 21 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2524

สถานที่เกิด

จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

ศิลปศาสตรบัณฑิต (สังคมศาสตร์)

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

