

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ได้จำนวนผู้สูงอายุ 213 คน ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

4.1.1.1 ลักษณะทางประชากรและสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพหลักก่อนเข้าสู่วัย 60 ปี ลักษณะงานที่ผู้สูงอายุทำในปัจจุบัน รายได้และที่มาของรายได้

4.1.1.2 ระบบครอบครัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว

4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ

4.1.3 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน

4.1.3.1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

4.1.3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว (สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว) ใช้การทดสอบที (t-test) แบบ 2 ทาง (Two tailed tests)

4.1.3.3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ และระบบครอบครัว (จำนวนสมาชิกในครอบครัว) วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance)

4.1.4 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน

4.1.4.1 นำเสนอค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.1.4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว (สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว) ใช้การทดสอบที่ (t-test) แบบ 2 ทาง (Two tailed tests)

4.1.4.3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ และระบบครอบครัว (จำนวนสมาชิกในครอบครัว) วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance) และการเปรียบเทียบพหุคูณโดยวิธี Least Significant Difference

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

4.1.1.1 ลักษณะทางประชากรและสังคม

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 213 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 และเป็นเพศชาย จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ทั้งนี้จำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2538) และจากข้อมูลทั่วไป จำนวนประชากรจังหวัดขอนแก่น เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.8 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.2 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ร่างกายจะเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น (Kart, 1990; นภาพร ชัยวรธรรม และคณะ, 2532) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ไม่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มเหล่านี้จึงไม่ถูกเลือกเข้ามาศึกษา จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มีจำนวนน้อย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาจบประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 36.2 และมีการนับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 99.5 สำหรับอาชีพหลักก่อนเข้าสู่วัย 60 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 91.50 ลักษณะงานที่ผู้สูงอายุทำในปัจจุบัน ส่วนใหญ่คือเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมา คือช่วยเหลืองานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ คิดเป็นร้อยละ 36.2

เมื่อพิจารณาถึงรายได้เฉลี่ยของครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีต่ำกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 59.2 รองลงมาอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่อปี 20,000-40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 21.6 จะเห็นว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ เมื่อเทียบกับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปีของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเท่ากับ 42,756 บาทต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2536) ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งได้ผลผลิตต่อปีไม่แน่นอนและค่อนข้างต่ำ สำหรับแหล่งที่มาของรายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้มาจากการทำนา ทำสวน ทำไร่ คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมาคือ ได้มาจากบุตร-หลาน คิดเป็นร้อยละ 52 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคม

ลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน (n=213)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	142	66.7
ชาย	71	33.3
อายุ (ปี)		
60 - 69	138	64.8
70 - 79	58	27.2
80 - 89	14	6.6
90 - 99	3	1.4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคม (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน (n=213)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	77	36.2
ประถมศึกษา	130	61.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	0.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	0.5
อื่น ๆ (เรียนทางศาสนา)	3	1.4
ศาสนา		
พุทธ	212	99.5
คริสต์	1	0.5
อาชีพหลักก่อนเข้าสู่วัย 60 ปี		
เกษตรกรรม	195	91.5
รับจ้าง	11	5.2
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	4	1.9
ค้าขาย	2	0.9
ช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆ น้อยๆ	1	0.5
ลักษณะงานที่ท่านทำในปัจจุบัน		
เกษตรกรรม	99	46.5
ช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆ น้อยๆ	77	36.2
รับจ้าง	14	6.5
หัตถการ (ทอผ้า, จักสาน)	13	6.1
ค้าขาย	10	4.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคม (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรและสังคม	จำนวน (n=213)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี (บาท)		
< 20,000	126	59.2
20,000-40,000	46	21.6
> 40,000	41	19.2
แหล่งที่มาของรายได้*		
ทำนา, ทำสวน, ทำไร่	115	54.0
บุตร-หลาน	111	52.0
รับจ้าง	32	15.0
ค้าขาย	14	6.6
บำนาญ, ค่าเช่า, ดอกเบี้ย	6	2.8

*กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีที่มาของรายได้มากกว่า 1 แหล่ง

4.1.1.2 ระบบครอบครัวของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 58.2 รองลงมา มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 41.8 ลักษณะการพักอาศัยส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 44.1 รองลงมาอาศัยอยู่กับบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 32.9 และส่วนใหญ่บ้านที่อาศัยอยู่เป็นบ้านของผู้สูงอายุเอง คิดเป็นร้อยละ 91.1 รองลงมาคืออาศัยบ้านของบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 8.9 บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว ส่วนใหญ่ช่วยดูแลบ้าน และเลี้ยงหลานคิดเป็นร้อยละ 40.4 รองลงมาเป็นผู้หารายได้ หรือช่วยหารายได้ให้กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 39.4 สำหรับจำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิก 4-6 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.1 รองลงมา มีจำนวนสมาชิก 1-3 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 จะเห็นได้ว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นครอบครัวขนาดกลางเมื่อเทียบกับจำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ยของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเท่ากับ 4.5 คน

(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2536) ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวมีบุตรน้อย และความจำเป็นที่ต้องไปประกอบอาชีพหารายได้ต่างจังหวัด จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระบบครอบครัว

ระบบครอบครัว	จำนวน (n=213)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	124	58.2
หม้าย/หย่า/แยก	89	41.8
ลักษณะการพักอาศัย		
อยู่กับคู่สมรสและบุตร-หลาน	94	44.1
อยู่กับบุตร-หลาน	70	32.9
อยู่คนเดียวและเลี้ยงดูหลานๆ	23	10.8
อยู่กับคู่สมรส	13	6.1
อยู่คนเดียว	13	6.1
การเป็นเจ้าของบ้าน		
บ้านตนเอง	194	91.1
อาศัยบ้านของลูกหลาน	19	8.9
บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว		
ดูแลบ้าน, เลี้ยงหลาน	86	40.4
เป็นผู้หารายได้ หรือช่วยหารายได้	84	39.4
ดูแลบ้าน, เป็นที่ปรึกษาและช่วยตัดสินใจ		
ปัญหาในครอบครัว	43	20.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระบบครอบครัว (ต่อ)

ระบบครอบครัว	จำนวน (n=213)	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)		
1-3	62	29.1
4-6	111	52.1
> 6	40	18.8

4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .5939$, $p < .001$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงด้วย เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพเป็นรายด้าน มีรายละเอียดดังนี้

4.1.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความสมบูรณ์เชิงโครงสร้าง

จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสมบูรณ์เชิงโครงสร้างของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .3248$, $P < .001$)

4.1.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่

จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .5342$, $P < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านของความสามารถในการทำหน้าที่ มีรายละเอียดดังนี้

ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับทางบวกกับความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4384$, $P < .001$)

ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ
สมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .5187, P < .001$)

4.1.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับการรับรู้
ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .3500, P < .001$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ภาวะสุขภาพ	.5939**
ความสมบูรณ์เชิงโครงสร้าง	.3248**
ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่	.5342**
· ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	.4384**
· ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านสังคม	.5187**
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.3500**

* $P < .001$

4.1.3 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกัน
ตามปัจจัยพื้นฐาน

4.1.3.1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถใน
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง
เท่ากับ 128.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 20.39 จะเห็นได้ว่า ความสามารถในการ

ดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ โดยใช้ $\bar{x} \pm 1SD$ และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเป็นรายด้านต่าง ๆ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการรู้คิด การให้คุณค่า และเป้าหมายของการดูแลตนเอง เท่ากับ 49.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 7.53

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีที่ควรจะทำ การดูแลตนเอง เท่ากับ 30.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.53

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสนใจ เอาใจใส่ และเผื่อระวังสุขภาพตนเอง เท่ากับ 22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.25

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีทักษะ และความพึงพอใจในการกระทำ กิจกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 26.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.53 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายด้าน

ตัวแปร	คะแนน เต็ม	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ความสามารถในการดูแลตนเอง	160	160	67	128.87	20.39
. ความสามารถในการรู้คิด					
การให้คุณค่าและ เป้าหมาย	60	60	27	49.39	7.53
ของการดูแลตนเอง					
. การพิจารณาและตัดสินใจ					
เลือกวิธีที่ควรจะทำ	40	40	13	30.40	6.53
การดูแลตนเอง					

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายด้าน (ต่อ)

ตัวแปร	คะแนน เต็ม	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ความสนใจ เอาใจใส่ และ การเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง	28	28	7	22.00	4.25
การมีทักษะ และความพึงพอใจ ในการกระทำกิจวัตรการ ดูแลตนเอง	32	32	14	26.27	4.53

4.1.3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว
(สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุใน
ครอบครัว) ซึ่งจำแนกแต่ละปัจจัยออกเป็น 2 กลุ่ม ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มี
ความแตกต่างกันตาม ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว (สถานภาพสมรส
ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว)

ปัจจัยพื้นฐาน	$\bar{X}$	S.D.	t-value two-tailed probability	
ระดับการศึกษา				
. ไม่มีการศึกษา	120.922	18.528	-3.99**	.000
. มีการศึกษา	132.132	20.340		
ลักษณะการพักอาศัย				
. อยู่คนเดียว/อยู่คนเดียวและเลี้ยงหลาน	126.407	17.739	2.69**	.008
. อยู่กับคู่สมรส/อยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน	136.306	20.529		
บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว				
. เป็นที่ปรึกษาและช่วยตัดสินใจปัญหาดูแลบ้าน, เลี้ยงหลาน	125.496	21.334	-2.32*	.022
. เป็นผู้หารายได้ หรือช่วยหารายได้	132.048	18.262		
สถานภาพสมรส				
. สถานภาพสมรสคู่	128.540	20.198	.39	.698
. สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก	127.438	20.747		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตาม ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว (สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว) (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	$\bar{X}$	S.D.	t-value two-tailed probability	
การเป็นเจ้าของบ้าน				
. บ้านของตนเอง	128.583	20.362	1.15	.251
. อาศัยบ้านของบุตรหลาน	122.947	20.487		

** $p < .01$

* $p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่า

ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะการพักอาศัย และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บทบาทหน้าที่ในครอบครัว กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษา มีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา ผู้สูงอายุที่พักอาศัยกับคู่สมรส/คู่สมรสและบุตรหลาน มีความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว/อยู่คนเดียวและเลี้ยงหลาน โดยผู้สูงอายุที่พักอาศัยกับคู่สมรส/คู่สมรสและบุตรหลาน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว/อยู่คนเดียวและเลี้ยงหลาน ผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัว โดยเป็นที่ปรึกษาและช่วยตัดสินใจปัญหา ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน มีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นผู้หารายได้ หรือช่วยหารายได้ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีบทบาทหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและช่วยตัดสินใจปัญหา ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน

ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันตามสถานภาพสมรส และการเป็นเจ้าของบ้าน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านของตนเอง (เป็นเจ้าของบ้าน) มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านของบุตรหลาน

4.1.3.3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ และระบบครอบครัว (จำนวนสมาชิกในครอบครัว) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกันตามระดับรายได้ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยพื้นฐาน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F = $\frac{MSB}{MSW}$	P-Value
รายได้	ระหว่างกลุ่ม	653.709	2	326.855	.785	.458
	ภายในกลุ่ม	87467.934	210	416.514		
	รวม	88121.643	212			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	2339.169	2	1169.585	2.863	.059
	ภายในกลุ่ม	85782.474	210	408.488		
	รวม	88121.643	212			

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับสูง

กลาง ต่ำ มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

4.1.4 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน

4.1.4.1 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพ เท่ากับ 117.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10.17 จะเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ โดยใช้ $\bar{x} \pm 1SD$ และเมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพเป็นรายด้านต่าง ๆ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสมบูรณ์เชิงโครงสร้าง เท่ากับ 36.53
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.91

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ เท่ากับ 73.93
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.37

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านร่างกายเท่ากับ 39.51 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.23 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถทางกายภาพ เท่ากับ 20.54 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.31 และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เท่ากับ 18.99 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.22

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านสังคม เท่ากับ 34.41 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.05 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เท่ากับ 22.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.06 และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในสังคม เท่ากับ 12.41 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.80

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 6.93
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.80 ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
จำแนกเป็นรายด้าน

ตัวแปร	คะแนน เต็ม	คะแนน สูงสุด	คะแนน ต่ำสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ภาวะสุขภาพ	148	136	80	117.38	10.17
ความสมบูรณ์เชิงโครงสร้าง	42	42	27	36.53	2.91
ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่	84	84	39	73.93	8.37
ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่-					
ด้านร่างกาย	42	42	18	39.51	4.23
. ความสามารถทางกายภาพ	21	21	11	20.54	1.31
. ความสามารถในการดำรง					
ชีวิตอยู่ในชุมชน	21	21	7	18.99	3.22
ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่-					
ด้านด้านสังคม	42	42	18	34.41	5.05
. ความสามารถในการมี	27	27	13	22.00	3.06
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					
. ความสามารถในการเข้า	15	15	5	12.41	2.80
ร่วมกิจกรรมกลุ่มในสังคม					
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	12	12	3	6.93	1.80

4.1.4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว (สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว) ซึ่งจำแนกแต่ละปัจจัยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการทดสอบที่ ได้ผลการวิจัย ดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามระดับการศึกษา และระบบครอบครัว (สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว)

ปัจจัยพื้นฐาน	$\bar{X}$	S.D.	t-value	two-tailed probability
ระดับการศึกษา				
. ไม่มีการศึกษา	114.650	10.218	-3.000**	.003
. มีการศึกษา	118.927	9.844		
สถานภาพสมรส				
. สถานภาพสมรสคู่	118.621	10.471	2.12*	.035
. สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก	115.652	9.520		
การเป็นเจ้าของบ้าน				
. บ้านของตนเอง	118.062	9.730	3.19**	.002
. อาศัยบ้านของบุตรหลาน	110.421	12.103		
บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว				
. เป็นที่ปรึกษาและช่วยตัดสินใจปัญหา ดูแลบ้าน, เลี้ยงหลาน	115.310	11.203	-4.14**	.000
. เป็นผู้หารายได้ หรือช่วยหารายได้	120.560	7.323		

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามระดับการศึกษา และระบบครอบครัว (สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว)(ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	$\bar{X}$	S.D.	t-value	two-tailed probability
ลักษณะการพักอาศัย				
อยู่คนเดียว/อยู่คนเดียวและเลี้ยงหลาน	116.750	8.104	-.41	.684
อยู่กับคู่สมรส/อยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน	117.509	10.553		

** $p < .01$

* $p < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่า

ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันตามระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การเป็นเจ้าของบ้าน และบทบาทหน้าที่ในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษา มีภาวะสุขภาพในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีภาวะสุขภาพในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านของตนเอง (เป็นเจ้าของบ้าน) มีภาวะสุขภาพในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยบ้านของบุตรหลาน และผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ในครอบครัวโดยเป็นผู้หารายได้ หรือช่วยหารายได้ มีภาวะสุขภาพในระดับดีกว่าผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและตัดสินใจดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน

ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันตามลักษณะการพักอาศัย กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส/อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียว/อยู่คนเดียวและเลี้ยงหลาน

4.1.4.3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ และระบบครอบครัว (จำนวนสมาชิกในครอบครัว) ซึ่งจำแนกแต่ละปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามรายได้ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยพื้นฐาน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	$F = \frac{MSB}{MSW}$	P-Value
รายได้	ระหว่างกลุ่ม	676.959	2	338.480	3.346*	.037
	ภายในกลุ่ม	2141.238	210	101.149		
	รวม	2118.197	212			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	92.454	2	46.227	.445	.642
	ภายในกลุ่ม	21825.744	210	103.932		
	รวม	2118.197	212			

* $P < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่า

ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และระดับสูง มีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อทำการทดสอบด้วยวิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ เพื่อต้องการทราบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำแนกตามรายได้คู่ใดบ้างที่มีความแตกต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับปานกลาง มีภาวะสุขภาพแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปี อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพ

สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

แต่ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก มีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบพหุคูณของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับรายได้ โดยวิธี Least Significant Difference

ระดับรายได้	$\bar{x}$	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
		116.75	120.67	115.61
ต่ำ	116.75	-	3.92*	1.14
ปานกลาง	120.67	-	-	5.06*
สูง	115.61	-	-	-

*p < .05

4.2 การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ และเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

4.2.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .5939$, $P < .001$) หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง จะมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ในทางตรงข้าม ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ จะมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ที่อธิบายไว้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นคุณสมบัติที่สลับซับซ้อนของมนุษย์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย เมื่อกระทำอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีการคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์เชิงโครงสร้าง และหน้าที่ (Orem, 1991) โดยลักษณะธรรมชาติของมนุษย์แล้ว Orem กล่าวว่ามนุษย์มีความต้องการที่จะดูแลตนเองตลอดเวลา เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย และเชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถอยู่ในตัวที่จะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อเลือกหาสิ่งจำเป็นต่อชีวิตให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองและบุคคลอื่น อย่างไรก็ตามบุคคลจะสามารถค้นหาสิ่งจำเป็นต่อชีวิตและนำมาสู่ตนเองได้หรือไม่ นั้น ยังขึ้นอยู่กับว่าบุคคลได้รับการพัฒนาความสามารถในทิศทางใด ด้วยเหตุผลดังกล่าวภาวะสุขภาพเป็นผลของการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุ จากความเชื่อของ Orem เกี่ยวกับมนุษย์ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองและบุคคลจะทำการดูแลตนเองได้ดีต่อเมื่อมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังที่ Orem และ Taylor (1986) อธิบายไว้ว่า ถ้าบุคคลไม่มีการพัฒนาความสามารถ หรือนำความสามารถมาใช้ได้อย่างเพียงพอที่จะนำไปสู่การกระทำการดูแลตนเองอย่างตั้งใจและมีจุดมุ่งหมายการดูแลตนเองก็อาจจะไม่เกิดขึ้น และความสมบูรณ์เชิงโครงสร้างและ

หน้าที่ย่อมไม่เกิดขึ้นเช่นกัน

ความสามารถในการดูแลตนเอง มีการพัฒนาตลอดเวลา โดยเริ่มจากวัยทารก ความสามารถในการดูแลตนเองอาจจะน้อย จะพัฒนาเพิ่มขึ้นในวัยผู้ใหญ่ แต่ในผู้สูงอายุจะลดลง (สมจิต พนุเจริญกุล, 2536) ทั้งความสามารถในการรู้คิด การแปลความหมายของสิ่งต่าง ๆ เนื่องจากการเสื่อมด้านร่างกาย ประสาทสัมผัสต่าง ๆ เสื่อมลง (สุพรรณิ นันทชัย, 2534) ความสามารถในการพิจารณาและตัดสินใจทำได้ช้า การแก้ปัญหามักใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา มากกว่าใช้เทคนิคการแก้ปัญหารูปแบบใหม่ ๆ (Eliopoulos, 1993) ความสนใจ เอาใจใส่ และ ฝักระวังสุขภาพของตนเองมีน้อยลง เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีความสนใจต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อม น้อยลง (ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2530) แต่ถ้าผู้สูงอายุได้มีการส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งความสามารถ ในการดูแลตนเอง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าว ได้อย่างเพียงพอ และมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ทางโครงสร้างของร่างกาย (Orem, 1991) โดยจะทำให้ชะลอความเสื่อมของอวัยวะในระบบต่าง ๆ สามารถกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ทั้งความสามารถทางด้านกายภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน รวมทั้งมีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีส่วนร่วมใน กิจกรรมของสังคมและความสามารถดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมได้ตามศักยภาพของตน

4.2.2 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว อภิปรายได้ดังนี้

รายได้ จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากรายได้ เป็นแหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม แต่ไม่ใช่ปัจจัยที่สำคัญที่สุดเพียงตัวเดียว ที่จะมีส่วนส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่จะมีส่วนส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ทั้งที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวสูงหรือต่ำ มักจะไม่ได้เป็นผู้นำอำนาจในการตัดสินใจ เลือก หรือแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เช่น การจัดหาอาหารที่มีคุณค่า การแสวงหาแหล่งบริการทางสุขภาพ ล้วนขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของบุตรหลาน ที่เป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว

ระดับการศึกษา จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตามระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษามีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา อภิปรายผลได้ว่าการศึกษช่วยพัฒนาการเรียนรู้ และสามารถใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิทยาการได้อย่างสูงสุด นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักสนใจใคร่รู้ในสิ่งที่ตนยัง 모르 โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ย่อมต้องการค้นหาหรือแสวงหาความรู้ เมื่อได้คำตอบว่าตนเองจะปฏิบัติอย่างไร ส่วนผู้มีการศึกษาน้อยมักเลิกถามการค้นหาคำตอบ หรือเลิกปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ง่ายเมื่อรู้สึกว่ายากต่อการดำเนินชีวิต เพราะไม่มีลักษณะใคร่รู้ในสิ่งต่าง ๆ มากพอ และขาดความเข้าใจในประโยชน์ เป้าหมายหรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนปฏิบัติอย่างแท้จริง (Roger, 1969 อ้างถึงใน ชรัสนิกุล ยัมบุณะ, 2533) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษามีความสนใจในการรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ จากสื่อต่าง ๆ ทั้งทางหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน วิทยุ โทรทัศน์ พร้อมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ไปใช้ในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และกล้าซักถามข้อสงสัยตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลให้การทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย และคุณค่าของการดูแลตนเองในทางที่ดี นำไปสู่การพิจารณา และตัดสินใจดูแลตนเองในแต่ละกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา นอกจากจะไม่ค่อยสนใจในการแสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แล้ว กลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ยังบอกว่า ขณะไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ ไม่กล้าซักถามข้อสงสัยจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ทั้งเกี่ยวกับอาการ ยา ระยะเวลาของโรคที่ตนกำลังประสบอยู่ และวิธีการปฏิบัติตัวเนื่องจากรู้สึกกลัว และเกรงใจ เป็นเหตุให้นำไปสู่การรับรู้ และแสดงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ไม่ถูกต้องได้ง่าย ดังที่ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536) ได้กล่าวว่า ระดับการศึกษาของบุคคลที่แตกต่างกันจะมีผลให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ผู้มีการศึกษาน้อยจะมีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ง่ายกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ จึงสนับสนุนแนวคิดของโอเร็มที่ว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และนอกจากนี้การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาคำตอบ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย (Orem, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของจอนณะจิง เฟิงจาด (2532) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ

สามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ และจิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ศึกษาในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ระบบครอบครัว

ลักษณะการพักอาศัย จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ตามลักษณะการพักอาศัยที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน มีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียว และอยู่คนเดียวพร้อมทั้งเลี้ยงดูหลาน ๆ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้บุคคล มีความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคล สามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น (Muhlenkamp and Sayles, 1986) สอดคล้องกับการศึกษาของรจนารถ รุ่งสือ (2536) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร สามีหรือภรรยา มีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว เนื่องจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีบุตร สามี หรือภรรยาอยู่ด้วยจะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน ตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้หารายได้ หรือช่วยหารายได้ มีความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ให้คำปรึกษา ช่วยดูแลบ้าน และช่วยเลี้ยงดูหลาน อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงบทบาทในครอบครัว เป็นผู้หารายได้ หรือผู้ช่วยหารายได้ ผู้สูงอายุยังคงมีความภาคภูมิใจ สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่เพียงช่วยเหลืองานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ช่วยดูแลบ้าน ดูแลหลาน ดังที่ Tinker (1981 อ้างใน นพวรรณ หาญพล, 2535) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสภาพสังคมปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าคุณค่าในสังคมและครอบครัวเห็นว่าเขาเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรมใด ๆ ไม่เชื่อมั่นที่จะมอบหมายหน้าที่ หรือกิจกรรมใด ๆ ให้ นอกจากนี้ นันทนีย์ ไชยสุต (2528) รายงานว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ลดคุณค่าและบทบาทของผู้สูงอายุลง ไม่มีสิทธิ์

เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเรื่องภายในบ้าน นอกเสียจากว่าเมื่อต้องการให้เลี้ยงดูเด็ก ผู้สูงอายุจำนวนมากจึงถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว และรับภาระเลี้ยงหลาน ๆ

สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ตามสถานภาพสมรส ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส แต่มีบุตรหลานที่พักอาศัยร่วมกัน คอยให้การดูแลช่วยเหลือ ในการกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ แม้แต่บุตร หลาน หรือญาติที่พักอาศัยอยู่คนละบ้าน แต่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มาเยี่ยมเยือนผู้สูงอายุเกือบทุกวัน พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือในการแบ่งปันอาหาร ช่วยทำงานบ้านบางอย่าง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ประกอบกับลักษณะสังคมไทย สมาชิกในครอบครัวมักให้ความรักใคร่ผูกพัน และให้ความสำคัญต่อหัวหน้าครอบครัว สมาชิกผู้สูงอายุในครอบครัว (บุญลือ วันทายนต์, 2522) และเกริกศักดิ์ บุญปานพงศ์ และคณะ (2533) รายงานว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกว่ บุตรหลานในครัวเรือนยังคงให้ความเคารพนับถือและเชื่อฟังตนเองอยู่ เมื่อมีการเจ็บป่วย หรือความทุกข์เกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันตามสถานภาพสมรส

การเป็นเจ้าของบ้าน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านของตนเอง (เป็นเจ้าของบ้าน) กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านของบุตรหลาน ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.1 เป็นเจ้าของบ้านเอง และโดยปกติในสังคมไทย เมื่อบิดามารดามีอายุสูงขึ้นบุตรคนใดคนหนึ่งมักจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดา ทั้งนี้อาจทำโดยการที่บุตรคนนั้นยังคงอาศัยอยู่ในบ้านของบิดา-มารดา หรือนำ บิดา-มารดา ไปอยู่ที่บ้านของตนเอง (ผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านของบุตรหลาน) ในการอยู่ร่วมกันนั้น บิดา-มารดามักจะทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางของความสัมพันธ์ของบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว หรือแม้แต่ในกรณีที่มีข้อพิพาทกันในครอบครัว ผู้สูงอายุก็จะได้รับการยอมรับให้มีสถานะและบทบาทในการเป็นผู้ไกล่เกลี่ย ดังนั้นถึงแม้ว่าผู้สูงอายุบางคนที่ไม่ได้มีฐานะเป็นเจ้าของบ้าน แต่ยังคงทำหน้าที่เป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว และในบางครอบครัวผู้สูงอายุยังคงทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว (เกริกศักดิ์ บุญปานพงศ์, 2533) ด้วยเหตุดังกล่าว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีฐานะเป็นเจ้าของบ้าน และอาศัยอยู่บ้านของบุตรหลานมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

จำนวนสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว นั่นคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ก็มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขนาดต่างกัน แต่สัมพันธภาพภายในครอบครัวอาจจะไม่แตกต่างกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันดี ประกอบกับสภาพการสร้างบ้านเรือนแต่ละหมู่บ้านอยู่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันตลอดเวลา ผู้สูงอายุบางคนอาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก หรืออาศัยอยู่คนเดียว แต่ก็มีญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านเรือนใกล้กันคอยช่วยเหลือ ทั้งในเรื่องของการแบ่งปันอาหารการกิน การช่วยทำงานบ้านบางอย่าง มีการไปมาหาสู่กันอย่างสม่ำเสมอ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขนาดต่างกัน มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับคำกล่าวของ Taylor and Renpenning, 1995) ที่ว่า ขนาดของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งในระบบครอบครัวที่มีอิทธิพลหรือมีผลกระทบต่อความต้องการการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล บุคคลที่อยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่ อาจมีความต้องการความเป็นสัดส่วน และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแตกต่างไปจากบุคคลที่มาจากครอบครัวขนาดเล็ก เพราะฉะนั้นการพัฒนาวิธีการที่จะสนองความต้องการในการดูแลตนเองย่อมแตกต่างกัน

4.2.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว อภิปรายได้ดังนี้

รายได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปี อยู่ในระดับ ต่ำ ปานกลาง และระดับสูง มีภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อทำการทดสอบด้วยวิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ เพื่อต้องการทราบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้ คู่ใดบ้างที่มีความแตกต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน

การที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัว ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพสูงกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับต่ำ มีความสามารถในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้น้อยกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปี อยู่ในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปี อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพ ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจดี มักมีความคาดหวังต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งภาวะสุขภาพของตนเองสูง จึงประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในระดับที่ต่ำกว่าความเป็นจริง

สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับต่ำและระดับสูง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้อยู่ในระดับต่ำ ขาดปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจริง ๆ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้อยู่ในระดับสูง มีสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ทั้งในการจัดหาอาหารที่มีคุณค่า และการจัดหาที่พักอาศัย และอาจมีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของตนเองสูงตามไปด้วย จึงทำให้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง เป็นเหตุให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุ ที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อปีอยู่ในระดับต่ำ

ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ตามระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่นคือผู้สูงอายุที่มีการศึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา สนับสนุนแนวคิดของโอเร็มที่เชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง โดยสามารถเรียนรู้ถึงความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และความต้องการในการดูแลตนเองตามความเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ดี (Orem, 1991) เพราะการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนทั้ง

การใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Muhlenkamp and Salyes, 1986) นอกจากนี้บุคคลที่มีการศึกษาสูงมักมีรายได้สูง ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักมีรายได้ต่ำ และมีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูล และแรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งความสามารถที่จะเข้าใจในเรื่องโรคและการรักษาได้ (Hanucharurnkul, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ Speake และคณะ (1989); Ferraro (1980) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง รับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ และสุพรรณิ นันทชัย (2534) พบว่า กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีภาวะสุขภาพด้อยกว่ากลุ่มที่มีโอกาสได้เรียนหนังสือ

ระบบครอบครัว

ลักษณะการพักอาศัย จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ตามลักษณะการพักอาศัย นั่นคือ ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่คนเดียวและต้องเลี้ยงดูหลาน ๆ กับผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน มีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากในสังคมชนบทไทย สมาชิกภายในครอบครัว และเพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กันดี ดังการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญอนุพงศ์ และคณะ (2533) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุตรหลานของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวก็ได้รับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง หรือบุตรหลานที่อยู่ละแวกบ้านเดียวกัน ทั้งในรูปของการให้อาหาร เสื้อผ้า การดูแลเมื่อยามเจ็บไข้ และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ซึ่ง Muhlenkamp and Sayles (1986) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิต เพราะมีการพึ่งพาอาศัยและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นนับเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างเข้มแข็ง ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ โดยช่วยไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Cohen and Wills, 1985)

บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ตามบทบาทหน้าที่ในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ เป็นผู้หารายได้หรือช่วยหารายได้ มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีบทบาทหน้าที่ เป็นที่ปรึกษาครอบครัว ช่วยดูแลบ้าน และช่วยเหลือหลาน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีหน้าที่หารายได้ หรือช่วยหารายได้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในวัย 60-69 ปี หรือเป็นผู้ที่

ยังมีสมรรถภาพทางด้านร่างกายแข็งแรง เคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว แต่ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพทางด้านร่างกายเสื่อมลง ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้บางอย่างหรือทำได้แต่ช้า บุตรหลานมักจะไม่นำให้ออกไปทำงานนอกบ้าน แต่จะคอยเฝ้าบ้าน และช่วยเหลือดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลินี วงษ์ลัทธิ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2537 อ้างถึงใน สุดาวัลย์ สายสืบ, 2536) พบว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณเองสามารถช่วยงานในบ้านได้มาก มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองมีเวลาว่าง และผู้สูงอายุที่อายุน้อยจะมีสัดส่วนของผู้ที่รู้สึกว่าคุณช่วยงานในบ้านได้มากกว่าผู้ที่มีอายุมาก

สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันตามสถานภาพสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก มีภาวะสุขภาพแตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ เนื่องจากผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิต หรือต้องหย่า หรือแยกจากคู่สมรสนั้น จะมีผลอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด ขาดเพื่อนซึ่งเข้าใจกันดีมาเป็นเวลานาน การสูญเสียเป็นสาเหตุให้การทำงานของระบบต่าง ๆ อ่อนล้าลง (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2527) สอดคล้องกับการศึกษาของ อารมณ วุฒิฤกษ์ และคณะ (2532) ศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ, มาลินี วงษ์ลัทธิ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ โดยเฉพาะสตรีที่เป็นหม้าย และอยู่ในชนบท เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ จากการศึกษาของ Speake และคณะ (Speake et al., 1989) พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ระบุว่าภาวะสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก

การเป็นเจ้าของบ้าน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านของตนเองมีภาวะสุขภาพแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านของบุตรหลาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่รายงานว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านของตนเองส่วนใหญ่มีสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจดี มีชีวิตดี มากกว่าผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยบ้านผู้อื่น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2537) และพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ และคณะ (2532) ที่พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของบ้านลดลงตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น คือในกลุ่มอายุ 60-64, 65-74 และ 75 ปีขึ้นไป มีอัตราส่วนของการเป็นเจ้าของบ้าน คิดเป็นร้อยละ 89, 81 และ 69 ตามลำดับ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

ขึ้นจะมีการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรังมากขึ้นตามลำดับ

จำนวนสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว นั่นคือผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ มีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากสังคมและวัฒนธรรมไทยเป็นลักษณะสังคมที่มีความผูกพันภายใน และเครือข่ายสังคมค่อนข้างหนาแน่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย หรือผู้ที่ต้องการการดูแลอย่างผู้สูงอายุ ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน ทั้งด้านการให้คำแนะนำ การดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ตลอดจนการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ และแรงงาน (สุรกุล เจนอบรม, 2534) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้มาจากบุตรหลาน และเกือบทุกคนมีการติดต่อสัมพันธ์กับญาติ และเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นบุคคลในเครือข่ายทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสปรับตัวทุกข์ หรือได้รับความเห็นอกเห็นใจ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อด้านจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาของสุควาลัย สายสืบ (2536) พบว่าความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอกเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต การที่มีผู้สูงอายุมีสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มเพื่อนบ้าน หรือเครือข่ายทางสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน ไม่ต้องแยกตัวออกจากสังคม ไม่มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ หรือรู้สึกว้าเหว่ตนเองไม่มีความหมาย ดังการศึกษาของ Miller และคณะ (1986 อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534) กล่าวว่า สิ่งที่ย่วยระดับประคองสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ช่วยยกระดับคุณค่าชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเอง และช่วยรักษาคุลยทางจิตใจ และอารมณ์ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตสูง คือการได้รับความช่วยเหลือ ความรัก ความอบอุ่น และความสนใจจากบุคคลที่เปรียบเสมือนเครือข่ายทางสังคมนั่นเอง ดังนั้นถึงแม้ว่าผู้สูงอายุบางคนที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก แต่ถ้ามีความสัมพันธ์กับบุคคลในเครือข่ายทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือ ความรัก ความอบอุ่น เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันตามขนาดของครอบครัว