



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง

กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-ESTEEM, PERCEIVED SELF-EFFICACY
AND SELF-CARE BEHAVIOR OF THE ELDERLY



กมลพรรณ หอมหวาน

ศึกษานิเทศก์

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย ม.มหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดำเนินการตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2539

ISBN 974-588-397-2

สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง
กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

.....
กมลพรรณ หอมนาน

ผู้วิจัย

.....
สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, ค.บ.(พยาบาล),
วท.ม.(พยาบาล), พย.ด.(พยาบาล)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
วรรณิ สัตยวิวัฒน์, วท.บ.(พยาบาล)เกียรตินิยม,
ค.ม.(สถิติการศึกษา), S.R.N., O.N.C.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
มยุรี แก้วจันทร์, ค.บ.(พยาบาล),
วท.ม.(พยาบาล)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
ทัศนา บุญทอง, ค.บ.(พยาบาล), M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์

.....
อศุภย์ วิริยเวชกุล, ราชบัณฑิต,
พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

.....

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง

กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 8 พฤษภาคม 2539

.....
กมลพรรณ หอมานาน

กมลพรรณ หอมานาน

ผู้วิจัย

.....

สายพิมพ์ เกษมกิจวัฒนา, ค.บ.(พยาบาล),

วท.ม.(พยาบาล), พย.ค.(พยาบาล)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
วรรณิ สัตยวิวัฒน์

วรรณิ สัตยวิวัฒน์, วท.บ.(พยาบาล) เกียรตินิยม,

ค.ม.(สถิตการศึกษ), S.R.N., O.N.C.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
มยุรี แก้วจันทร์

มยุรี แก้วจันทร์, ค.บ.(พยาบาล),

วท.ม.(พยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ทัศนา บุญทอง

ทัศนา บุญทอง, ค.บ.(พยาบาล),

M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
ประเสริฐ อัสสันตชัย

ประเสริฐ อัสสันตชัย, พ.บ.(เกียรตินิยม

อันดับ 2), ว.ว.(อายุรศาสตร์ทั่วไป),

M.R.C.B. กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ทัศนา บุญทอง

ทัศนา บุญทอง

ค.บ.(พยาบาล), M.S., Ed.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อดุลย์ วิริยเวชกุล

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวกมลพรรณ หอมนาน

วัน เดือน ปีเกิด 16 กันยายน 2511

สถานที่เกิด จังหวัดเพชรบุรี ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ, พ.ศ. 2530-2534 :
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และพลุ่งครรภ์ชั้นสูง (เกียรตินิยมอันดับ 2)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2537-2539 :
พยาบาลศาสตรมหาบั้ดเฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้หญ่)

ทุนวิจัย China Medical Board of New York, Inc.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พ.ศ.2534-ปัจจุบัน : วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง : วิทยาจารย์ ระดับ 4

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.สายพิณ เกษมกิจวัฒนา รองศาสตราจารย์วรรณี สัตยวิวัฒน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์มยุรี แก้วจันทร์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาแนะนำและเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ดร. ทศนา บุญทอง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ อัสสันตชัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพชรบุรีที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย และขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอ เมือง อำเภอ บ้านลาด อำเภอท่ายาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาย้อย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พยาบาลประจำการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีนอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความร่วมมือ ขอขอบคุณอาจารย์รเดษ ช่างแก้ว อาจารย์สมบัติ สุขสมศักดิ์ อาจารย์อดุลย์ คูสินธุ์ ที่กรุณาช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่และพี่ชายที่ได้ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาอบรมสั่งสอน ถ่ายทอดวิชาความรู้ และปลูกฝังความรักในวิชาชีพการพยาบาล ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ให้โอกาสศึกษาต่อและอนุญาตให้ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ในการจัดพิมพ์รูปเล่ม ขอขอบคุณที่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอยู่เสมอ รวมทั้ง China Medical Board of New York, Inc. ที่ได้กรุณาสนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะ
ในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัย กมลพรรณ หอมนาน

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, ค.บ. (พยาบาล), วท.ม. (พยาบาล), พย.ด.

วรรณิ สัตยวิวัฒน์, วท.บ. (พยาบาล), ค.ม. (สถิติการศึกษา),

S.R.N., O.N.C.

มยุรี แก้วจันทร์, ค.บ. (พยาบาล), วท.ม. (พยาบาล)

วันที่สำเร็จการศึกษา 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2539

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่มีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุ
เริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากความ
เสื่อมถอยของร่างกาย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และฐานะทางสังคม
ซึ่งส่งผลกระทบต่อความพาสูกานชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง การดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อ
เนื่องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้
สมรรถนะในตนเอง ปัจจัยพื้นฐานด้านการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเขตอำเภอเมือง อำเภอท่ายาง
อำเภอบ้านลาด และอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 150 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล
โดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบ
สมรรถภาพสมองของไทย แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก แบบวัดการรับรู้
สมรรถนะในตนเองและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่า
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์พหุคูณและหาอำนาจทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุป
ได้ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .330, P < .001; r = .233, p < .01$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .168, p < .05; r = .236, P < .01$) ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .250, p < .01; r = .193, p < .05$ ตามลำดับ) แต่รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.188, p < .05$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 19.7

ผลการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าของตนเองและมีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีต่อไป

by individual interview. The used instruments were demographic data form, Thai mental state exam, Rosenberg's Self-Esteem Scale, perceived self-efficacy scale, including self-care behavior scale. Data were analyzed in percentage, arithmetic mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression.

The result revealed that: There were positive significant correlation among perceived self-efficacy, self-esteem and self-care behavior of the elderly ($r = .330, p < .001$; $r = .223, p < .01$ respectively) ; educational level, perceived self-efficacy, and self-care behavior of the elderly ($r = .168, p < .05$; $r = .236, p < .01$ respectively) ; health status, self-esteem and self care behavior of the elderly ($r = .250, < .01$; $r = .193, p < .05$ respectively). But there was a negative significant correlation between income and self-esteem of the elderly ($r = -.188, p < .05$). The results of stepwise multiple regression analysis showed that perceived self-efficacy, self-esteem and educational level explained 19.7 percent of variances of self-care behavior in the elderly.

The result of this study recommended nursing strategies of encouraging the elderly people to enhance of self-esteem and perceived self-efficacy. The strategies will motivate them to improve and develop their self-capability in taking care of themselves properly.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
- กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย	9
- สมมติฐานของการวิจัย	9
- ขอบเขตของการวิจัย	10
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	10
- นิยามตัวแปร	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
- การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพ	12
- แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	18
- แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง	26
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	32
- แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	37
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	39
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ	40

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ	41
บทที่ 3 วิธีดาเนินการวิจัย	
- ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	45
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
- การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	51
การหาความเที่ยงตรง (Validity)	
การหาความเชื่อมั่น (Reliability)	
- วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	52
- การวิเคราะห์ข้อมูล	53
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
- ผลการวิจัย	54
- การอภิปรายผล	59
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
- สรุปผลการวิจัย	78
- ข้อเสนอแนะ	79
บรรณานุกรม	84
ภาคผนวก	
ก. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	98
ข. แบบอธิบายการยินยอมเข้าร่วมวิจัย	99

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
- แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	100
- แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย	101
- แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ	104
- แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ	106
- แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ	108
ง. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบวัดแยกเป็นรายชื่อ รายด้านและโดยรวม	110

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายและภาวะสุขภาพ	55
2. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าการกระจายของ คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเอง	56
3. ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าการกระจายของ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม	57
4. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	58
5. แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการ ดูแลตนเอง	73
6. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม	110
7. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จำแนกเป็นรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	111
8. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จำแนกเป็นรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	112
9. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จำแนกเป็นรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีความ เบี่ยงเบนด้านสุขภาพ	113
10. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	114
11. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนก เป็นรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	116
12. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองจำแนก เป็นรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีความเบี่ยงเบน ด้านสุขภาพ	117

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

- | | ณ |
|---|------|
| | หน้า |
| 1. กรอบแนวคิดในการวิจัย | 8 |
| 2. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล
เงื่อนไข
เชิงพฤติกรรมและเงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม | 27 |
| 3. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถ
ของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำ | 28 |



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้นและโครงสร้างของประชากร มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไป จากสถิติในปี พ.ศ.2533 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย 3.4 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 4.8 ล้านคน และ 12 ล้านคน ในปี พ.ศ.2543 และ พ.ศ.2568 ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ:2533 อ้างในบรรลุ ศิริพานิช 2533:432) และจากสถิติในเดือนตุลาคม พ.ศ.2538 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย 4.3 ล้านคน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2538) การที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆเช่นนี้ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน ซึ่งรัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญ ดังจะเห็นได้จาก มีการกำหนดนโยบายและมาตรการของแผนงานระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ(พ.ศ. 2525-2544) เพื่อใช้เป็นแผนแม่บทสำหรับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถ และศักยภาพที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม (อรพินท์ บุณนาค 2537:28-30)นอกจากนี้ในโครงสร้างแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 -2539) ยังได้เน้นการจัดบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดีตามวัย

ภาวะสุขภาพ เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไทย (นภาพร ชัยวรรณ และมาลีวี วงษ์สิทธิ์ 2532:7-12 ;บรรลุ ศิริพานิช และคณะ 2532:69) แม้ว่า ความชรา ไม่ใช่โรค แต่เป็นความต่อเนื่องของชีวิตที่ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย เช่น การทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้าลง กระดูกบาง หักง่าย หลอดโลหิตแข็ง เป็นเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ สมอ่งฝ่อเล็กลง ผู้สูงอายุจึงหลงๆ ลืมๆ ย้ำคิดย้ำทำ ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเองลดลง สูญเสียบทบาทในฐานะผู้นำหรือผู้มีอำนาจในครอบครัว สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไร้ค่า เกิดความว้าเหว และท้อแท้ในชีวิตซึ่งอาจจะมีปฏิกริยาแยกตัวเองจากสังคมได้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ 2536:93-108) ประกอบกับในปัจจุบัน สภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งภาวะทางเศรษฐกิจบังคับ ทำให้บุตรหลานส่วนใหญ่ออกไปทำงาน ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เหมือน

สมัยก่อน (อาภา ใจงาม 2533 :290) ทำให้ผู้สูงอายุร้อยละ 5 ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2525:18) ซึ่งถ้าผู้สูงอายุขาดการตระหนักในคุณค่าของการมีสุขภาพแข็งแรง ขาดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยตามมา จากการศึกษาของโอ ไบรัน (O'Brian cited in Butler 1987 :23) พบว่าในบุคคลที่มีอายุเกิน 65 ปี 4 ใน 5 คน จะมีโรคประจำตัว 1 โรคหรือมากกว่านั้น สเปค โคเวอร์ทและเพลเลท (Speake, Cowart & Pellet 1989:93) กล่าวว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปจะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณและมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532:7-12) ที่พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหลายโรค จากการศึกษาของวงเดือน ศิริลักษณ์และคณะ (2533 :25) พบว่าโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับ โรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ถ้าผู้สูงอายุตระหนักถึง และสนใจเอาใจใส่ดูแลตนเองให้ถูกต้อง อันจะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงและมีอายุยืนยาว ไม่เกิดการคุกคามของโรคประจำตัว (ศรีจิตรา บุนนาค 2532 :252) ดังนั้นการดูแลตนเองจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ

โอเรม (Orem 1991:145-149) เชื่อว่าบุคคลมีความสามารถที่จะเรียนรู้และกระทำเพื่อให้อับรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเองได้ การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องเห็นด้วยกับการกระทำนั้นว่าเหมาะสม จำเป็นต้องรับรู้ก่อนว่าสิ่งที่กระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการคือ "มาซึ่งการมีสุขภาพดี สอดคล้องกับแนวความคิดของแบนดูรา (Bandura 1977:58-59) ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นความเชื่อเฉพาะที่บุคคลจะกระทำในพฤติกรรมที่จำเป็น เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตัวนี้จะมิอิทธิพลต่อการเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง (Utz 1990 : 13-21; Stretcher 1986 :73-92) เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล (Moore 1990:22-28) เป็นแรงจูงใจภายในซึ่งเป็นหนึ่งในพลังความสามารถของบุคคลที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยขึ้นอยู่กับ ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) และผลของการกระทำ (Outcome Expectation) โดยจะมีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล นอกจากนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจัดเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเป็นเสมือนอำนาจภายในตนที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (Orem 1985:152-153) ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงน่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ ก็เป็นปัจจัยเฉพาะที่น่าจะมีอิทธิพลต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเช่นกัน

จังหวัดเพชรบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด (ฝ่ายแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี 2537) รวมทั้งมีอัตราการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก จากสถิติของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า เดือนตุลาคม พ.ศ. 2537 - เดือนเมษายน 2538 พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุเข้ามารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 25.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ตีกายกรรมชายและตีกายกรรมหญิง พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับการรักษาด้วยโรคเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 48.64 และร้อยละ 37.6 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเป็นผู้ป่วยเก่าที่มีภาวะของโรคประจำตัวกำเริบ เนื่องจากขาดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานซึ่งรับผิดชอบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพของประชากรในหน่วยงานดังกล่าว จึงมีความประสงค์ที่จะสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถพัฒนาและคงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำมาซึ่งการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว จำเป็นต้องให้การพยาบาล โดยอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ หรือการวิจัย เพื่อยืนยันความถูกต้องของความรู้ที่ได้ และสามารถรับประกันคุณภาพของการพยาบาลที่ให้กับผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ว่ามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตจังหวัดเพชรบุรีหรือไม่ เพื่อนำความรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผน และให้การพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง อันจะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดของ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem 1985: 105-108) โดยที่พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคลจะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำเหมาะสมในสถานการณ์นั้น แล้วใช้ศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีความเป็ยงเบนด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นแรงจูงใจภายในของบุคคล (Bandura 1977: 231-235)โอเรม (Orem 1985: 71) กล่าวว่าแรงจูงใจเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power Components of Self Care Agency) มีผลให้บุคคลริเริ่มการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การควบคุมดูแลและหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากการศึกษาของลอเรนซ์และคณะ (Lawrence et al.1990: 19-24)พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นสื่อกลางที่สำคัญ ระหว่างความรู้กับพฤติกรรม กล่าวคือถ้าวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคลได้ ก็น่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมัวร์ (Moore 1990: 22-28) ที่กล่าวว่าความเชื่อในสมรรถนะของตนเองจะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ เพราะความรู้อย่างเดียวไม่สามารถจะประกันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ จากการศึกษาของเกรมโบสกีและคณะ (Gremboski et al.1993 : 92) วอลเลอร์และเบทท์ (Waller and Bates 1991: 302-309) พบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองสูงจะมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยดีกว่า และมีความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ และจากการศึกษาของแครอล (Carrol 1995: 50-59) พบว่าความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectations)เป็นตัวเชื่อมระหว่างความสามารถ กับพฤติกรรมดูแลตนเอง ในผู้ป่วยสูงอายุระยะฟื้นฟูที่ได้รับการผ่าตัด coronary artery bypass ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุตา เจริญวงษ์วิวัฒน์ (2538:42) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะในตนเองจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โอเรม(Orem 1985:115-122) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจัดเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Disposition)ซึ่งเป็นเสมือนอำนาจภายในตนที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง จากการศึกษา

ของมุขแลนแคมป์ (Muhlenkamp 1986:334-338) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมภาวะสุขภาพของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเขวาลักษณ์มหาสิทธิวัฒน์ (2529:81-95) และขวัญใจ ต้นดิวัฒน์เสถียร (2534:117-123) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองนั้น จีแกส(Gecas 1979 cited in Taft 1985:77-84) และวอลเลส(Wallace 1984:262) อธิบายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดจากการที่บุคคลพิจารณา และประเมินตัวเองจากการกระทำและการประสบความสำเร็จในสถานการณ์ต่างๆ แล้วก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา(Bandura 1977:195-203)ที่ว่า การประสบความสำเร็จจากการกระทำ(performance accomplishment) จะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ที่จะทำให้นักศึกษาเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของพาเรนท์และวอลล์ (Parent & Whall 1984:8-11) กับสเตอร์เชอร์ (Stretcher 1986:73-92) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสูง ย่อมมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงด้วย จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อย ก็จะทำให้เหนื่อย ห้อแท้ ขาดกำลังใจที่จะดูแลตนเอง (Taft 1985:77-84 ; Goss 1990:45-60) ฉะนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง อันจะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง (สมจิต หนูเจริญกุล 2536:50-54) เนื่องจากเป็นปัจจัยเฉพาะที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองผ่านพลังความสามารถของบุคคล และความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานได้แก่การรับรู้สมรรถนะในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามลำดับดังนี้

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ทำให้รู้จักใช้ความรู้และทักษะในการแก้ปัญหา (Jalowiec & Powers 1981 : 10-15) จากการศึกษาของดวงพรรัตน์อมรชัย (2535 :116) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายรายที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า (เขาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ 2529 :108 ;วันดี แยมจันทร์ฉาย 2538 :46 ;Johnson 1991 :15-19)

นอกจากนี้ ระดับการศึกษายังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการเรียนรู้ ประสบการณ์ต่างๆ สามารถแปลความหมายและตัดสินใจพิจารณาสิ่งต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จึงน่าจะมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาของรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2537 :48) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น มุขเลนแคมป์ และเซเลส (Mulenkamp & Sayles 1986: 338) พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 :98) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา

รายได้ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองและเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Pender 1982 :161-162)มีการศึกษาหลายรายพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ดันดีวัฒน์เสถียร 2534 :123 ;ดวงพร รัตนอมรชัย 2535 :117 ;วันดี แยมจันทร์ฉาย 2538 :46 ; Walker et al. 1988 :84)

รายไดยังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลแสวงหาข้อมูลต่างๆ ได้ดี จากการศึกษาของเกร็มโบสกี และคณะ (Gremboski et al, 1993)พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีหรือมีรายได้สูงจะมีการรับรู้สมรรถนะ เกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจหรือรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับที่ดันแคนกับลิเคิร์ต และดาวนี่กับมอเ็น (Duncan & Likert1983, Downey & Moen 1978 cited in Gecas 1989 :304)กล่าวว่าผู้ที่มีรายได้จากการประกอบอาชีพด้วยตนเอง จะรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่าผู้ที่มีรายได้จากการช่วยเหลือของผู้อื่นหรือจากสวัสดิการ

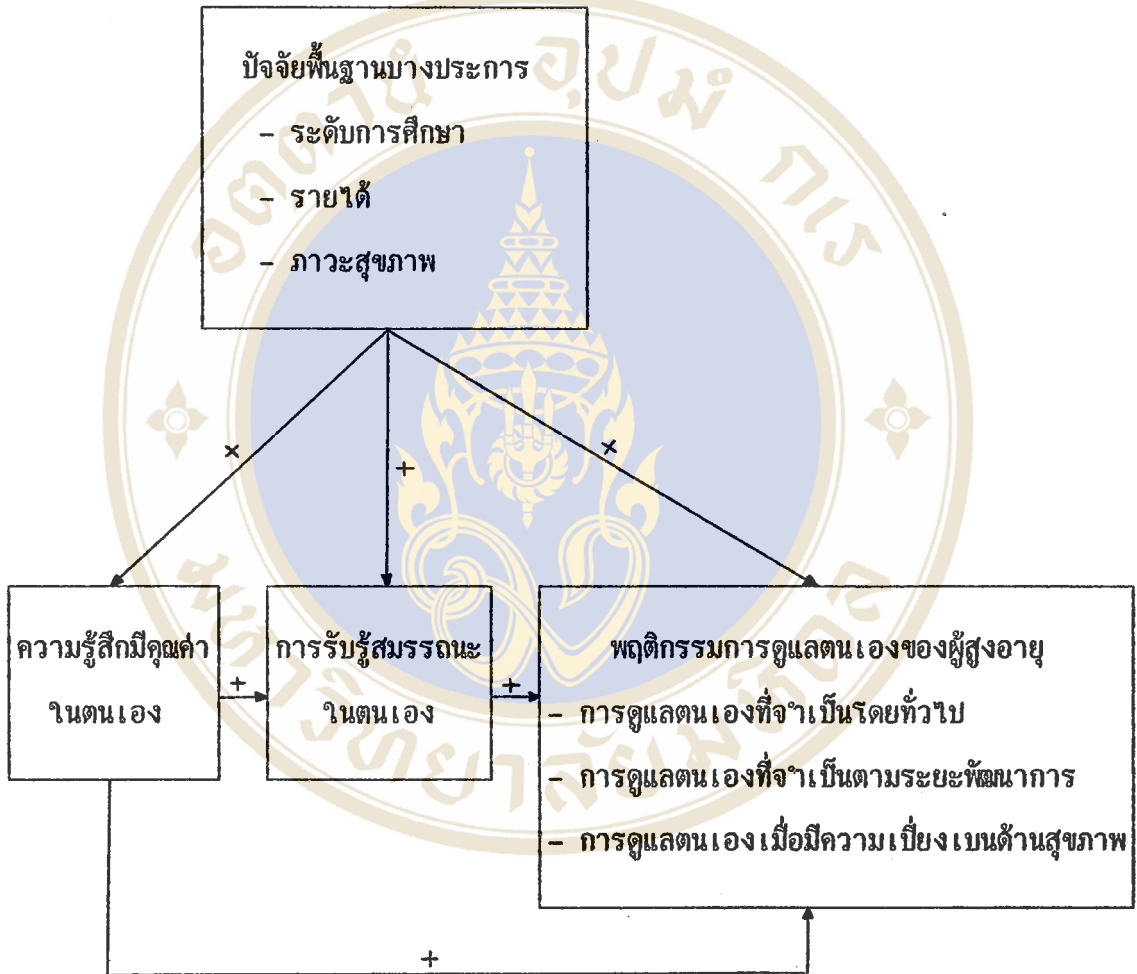
สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น บรุคฮาร์ดและคูเปอร์สมิทซ์ (Bruckhardt 1985 :11-16 ;Coopersmith 1968) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ต่างจากการศึกษาของเยวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ 2529 :99) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

ภาวะสุขภาพ โอเรม (Orem 1985 :176-177) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมาะสม เพิ่มความสามารถจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลในผู้ใหญ่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพดี (Reed 1983 :217-228 ;Cwikel et al. 1988 :151-163) และจากการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : ก-ข) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ ต้นติวัฒน์เสถียร(2534 :117-123) ที่พบว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการทบทวนวรรณคดียังไม่พบงานวิจัยที่กล่าวถึงภาวะสุขภาพ กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ แต่สภาวะที่ร่างกายมีปัญหสุขภาพจากความเสื่อม ตามพัฒนาการของวัยสูงอายุหรือการมีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วย ย่อมทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายมีความจำกัด ผู้สูงอายุก็จะประเมินความสามารถของตนเอง หรือมีความเชื่อมั่นในตนเองอยู่ในระดับต่ำ(Baron 1988 :202) อีกทั้งภาวะสุขภาพยังมีผลต่อสภาพอารมณ์ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึ่งจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคล (Bandura 1977:104)

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นพบว่า ปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง (Antonucci and Jackson 1983 cited in Norris and Kunn-Connell 1985 :747) เนื่องจากสมรรถภาพที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้บุคคลสูญเสียความสามารถที่จะทำงานในหน้าที่และดำรงบทบาทของตน จึงมีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ สอดคล้องกับการศึกษาของบรุคฮาร์ด (Bruckhardt 1985 :11-16) ที่พบว่าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเมื่อโรครุนแรงขึ้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะยิ่งต่ำลง ดังนั้นภาวะสุขภาพของบุคคลจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากกรอบแนวคิดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
ต่างๆ ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ
5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
6. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ
7. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
8. ศึกษาอำนาจทำนายของระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะในตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ
4. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

5. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ
6. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง อำเภอท่ายาง อำเภอบ้านลาดและอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อพัฒนาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีต่อไป
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเน้นถึงความสำคัญของการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

นิยามตัวแปร

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติที่ผู้สูงอายุมีต่อตนเองด้านความสำคัญ ความสามารถ คุณค่าความดี ความพึงพอใจซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale) ซึ่งแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยเขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529:72-73)

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง หรือแก้ไขปัญหา

ในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งประ เมีนโดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองของแบนดูรา (Bandura 1977 : 125-139; 1986: 414-420)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) หมายถึงกิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ และความต้องการการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ประ เมีนโดยใช้ แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem 1985: 82-103; 1991: 117-143)

ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาคือระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีเต็มของระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาของผู้สูงอายุนับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงระดับการศึกษาสูงสุด

รายได้ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน นับจำนวนเต็มเป็นบาทของผู้สูงอายุ เมื่อมีสถานภาพสมรสโสด หรือรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุและคู่สมรส เมื่อมีสถานภาพสมรสคู่หรือรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองแบ่งเป็น การรับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับไม่ดี พอใช้ ดี หรือดีมาก

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพ
 2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
 4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
 5. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 6. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
 7. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ
 8. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
- การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพ

ผู้สูงอายุ (Aging, Elderly) คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกัน ให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช 2526: 40)

ความแก่ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอย่างช้า ๆ ในผู้สูงอายุ อัตราการเสื่อมของร่างกายมีมากกว่าการเจริญเติบโต จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพแก่อวัยวะต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแยกเป็น 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงด้านครอบครัวและสังคม

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

จะพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกายเกือบทุกระบบ โดยในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลง 30 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันมาสะสมมากขึ้น ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เห็นเด่นชัดได้แก่

ระบบผิวหนัง (Integumentary system) ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง ทำให้การหายใจของแผลช้าลง เส้นใยอีลาสตินลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี และฉีกขาดง่าย น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น มองเห็นปุ่มกระดูกได้ชัดขึ้น ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น การไหลเวียนเลือดลดลง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย และทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเลวลง ต่อมไขมันทำงานลดลง ทำให้ผิวหนังแห้งคันและแตกง่าย ภูมิคุ้มกันของผิวหนังลดลงและถูกกระตุ้นจากสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย ผมและขนมีจำนวนลดลง เซลล์สร้างสีของผมลดลง ทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางลง กลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เล็บแข็ง หนาขึ้น และเปราะ

ระบบประสาทและประสาทสัมผัสพิเศษ (Nervous system and Special senses) ขนาดและน้ำหนักสมอง รวมทั้งจำนวนเซลล์ของสมองลดลง มีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น เซลล์สมองเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วเมื่อวัยสูงขึ้น เมื่อเสื่อมลงแล้วจะไม่มีอาการกลับฟื้นขึ้นมาอีก เมตาบอลิซึมของสมองต่ำ ความรู้สึก สติปัญญาเสื่อมลง ความไวรวมทั้งรีเฟล็กซ์ต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดช้า ความจำเสื่อม จำเรื่องอดีตได้มากกว่าปัจจุบัน ความคิดเห็นคงที่ การวิเคราะห์และการคำนวณในด้านต่าง ๆ เสื่อมลง แต่ยังสามารถทำงานที่เคยมีประสบการณ์แล้วได้ดี ความกระตือรือร้นลดลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

- ตาและการมองเห็น ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึก เพราะไขมันของลูกตาลดลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม หนึ่งตาบนจะขยับลงมา การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้ง และเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย สายตายาวขึ้น กลางคืนมองเห็นไม่ชัด ความสามารถในการเทียบสีลดลง ทำให้แยกสีที่คล้ายกันได้ยากขึ้น ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง ความไวในการมองตามภาพลดลง แก้วตาเริ่มขุ่นมัว บางรายเกิดต้อกระจก

- หูและการได้ยิน ผู้สูงอายุจะสูญเสียการได้ยิน ความไวต่อการรับคลื่นความถี่สูงนั้น

ลดลง ประสาทการรับเสียงในหูชั้นในเปลี่ยนแปลง จะได้ยินเสียงต่ำชัดเจนกว่าเสียงธรรมชาติหรือเสียงสูง

- การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกและกระเปาะรับกลิ่น (Olfactory bulb) ในสมอง

- การรับรสของลิ้นเสียไปประมาณ 10-30 เปอร์เซ็นต์ (Ebersole & Hess 1990: 69) เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง

- การพูด จะมีน้ำเสียงเปลี่ยนไป เสียงเบาขาดน้ำหนัก ขาดความเข้มแข็ง และเสียงต่ำกว่าระดับปกติ พูดช้าลง

- การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเหวี่ยง ความรู้สึกเจ็บปวดทั้งภายในและภายนอกร่างกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแผลและอุบัติเหตุได้ง่าย

ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก จำนวนกล้ามเนื้อจะลดลง และมีพังผืดเข้ามาแทนที่ ทำให้ความทนทานและความไวลดลง อาจเป็นสาเหตุให้การเคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อไม่มีแรงจึงหกล้มได้ง่าย และในวัยผู้สูงอายุ การมีความสามารถเคลื่อนไหวได้ดี จะแสดงถึงการพึ่งพาตนเองได้ ช่วยเพิ่มความมีคุณค่าให้กับตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ และไม่ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น (Flynn & Mabry 1986: 805) นอกจากนี้ มืออาจจะสั่น ทำให้จับสิ่งของไม่มั่นคงของจึงหลุดจากมือบ่อย ๆ และจากการอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อระหว่างข้อกระดูกและกะบังลม อาจทำให้การหายใจหรือปอดขยายได้ไม่เต็มที่ การหย่อนของกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ทำให้การถ่ายอุจจาระมีสภาวะลำบากและนอกจากนี้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานยังเป็นแหล่งสะสมไขมันและโปรตีนตามธรรมชาติ การที่มีไขมันและโปรตีนน้อยลงในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเสียงสูงเมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการผ่าตัด เพราะหลังผ่าตัดมักเกิดการเสียสมดุลในอัตรา และเนื้อเยื่อสลายออก ยิ่งให้หนักที่เตียงเฉย ๆ หรือใส่เฟือกยิ่งทวีความรุนแรงของการเสียสมดุลในอัตราเร็วมากขึ้น

โครงกระดูก พบว่ากระดูกมักเสื่อม และแคลเซียมละลายออก ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนในวัยผู้สูงอายุ และผลจากการเปลี่ยนแปลงทางกระดูกทำให้เกิดหลังโกงหรือหลังค่อมได้ และมีโครงร่างเล็กลง นอกจากนี้ความแข็งแรงของกระดูกก็น้อยลง กระดูกจึงเปราะและหักง่าย ข้อต่ออาจจะเกิดการอักเสบจากกระดูกงอกตามข้อใหญ่ ๆ หรือเกิดข้ออักเสบรูมาตอยด์ตามข้อต่าง ๆ เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง เป็นเหตุให้เคลื่อนไหวติดขัด ไม่คล่องตัว และปวดข้อต่าง ๆ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง การบีบตัวของหัวใจลดน้อยลง เลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ก็น้อยลง ปัญหาด้านการไหลเวียนของโลหิต ในวัยผู้สูงอายุมักพบได้เสมอ ๆ เกี่ยวกับอุบัติเหตุเกี่ยวกับเส้นโลหิตในสมอง ซึ่งเกิดขึ้นได้ในทันทีทันใด ทั้งนี้มักจะเป็นผลมาจากไขมันจับ หรือเกาะสะสมกันอยู่ตามผนังของเส้นโลหิต (Atherosclerosis) หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นโลหิตเอง (Artherosclerosis) แล้วทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงสมอง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย หรือบางแห่งเส้นโลหิตอาจบวมโป่งพองออก (Aneurysms) หรือมีการแตกของเส้นโลหิต ส่วนแล้วแต่เป็นผลเสียทั้งสิ้น เมื่อสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอด้วยเหตุใดก็ตาม จะทำให้หน้าที่การทำงานของสมองเสื่อมลง อาจทำให้ความจำเสื่อม นอนไม่หลับ หงุดหงิด พุดซ้าซาก ในรายที่มีเส้นโลหิตแตกในสมอง จะมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะของร่างกาย เช่น อัมพาต พุดไม่รู้เรื่อง ลิ่นแข็ง นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวน้อย จะทำให้การไหลเวียนของโลหิตช้าลงหรือหยุดไหล ก่อให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ และภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Thrombophlebitis) ที่ส่วนล่างของแขนขาได้ง่าย

ระบบทางเดินหายใจ ขนาดของหลอดลมและปอดใหญ่ขึ้น แต่พื้นที่หน้าอก ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เนื้อเยื่อปอดมีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การซึมซาบออกซิเจนในปอดลดลงด้วยการเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง เพราะมีแคลเซียมเกาะที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้น รูปร่างของทรวงอกเปลี่ยนแปลง หลังโค้งงอ ทำให้ความจุของปอดลดลง ปริมาณอากาศค้างในปอดเพิ่มขึ้น ทำให้การหายใจลำบาก โดยเฉพาะการหายใจออกเหมือนนอนราบ จะรู้สึกหายใจไม่สะดวก จึงต้องหายใจทางปาก ทำให้ปากแห้ง กล้องเสียงหย่อน ทำให้เสียงเปลี่ยน และอาจมีหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และมีถุงลมโป่งพองได้

ระบบทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงในปาก ฟันห่าง เหงือกถอยร่น บางคนจำเป็นต้องถอนฟันและใส่ฟันปลอมทั้งชุด เหล่านี้เป็นผลกระทบต่อการศึกษา บดอาหาร รวมทั้งลิ้นก็มีการเปลี่ยนแปลง คือ บุ่มรับรสน้อยลง โดยไม่มีของใหม่ขึ้นมาแทนที่ ทำให้การรับรสอาหารไม่ดี รับประทานอาหารไม่อร่อย จมูกยังดมกลิ่นผิดไปจากเดิมอีกด้วย

ประสิทธิภาพการย่อยอาหารและการดูดซึมของสารอาหารจะลดต่ำลง เพราะเซลล์ที่ผลิตน้ำย่อยลดน้อยลง อาหารจึงถูกย่อยไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะอาหารพวกไขมันและกรดเกลือในกระเพาะ

ลดจำนวนลง จึงทำให้แร่เหล็กถูกดูดซึมได้น้อย ทำให้เกิดโรคโลหิตจางง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังบริโภคอาหารที่ไม่ค่อยมีกาก ประกอบกับการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารช้าลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการท้องผูก เวลาถ่ายอุจจาระต้องเบ่งมาก ระยะเวลาจะเป็นริดสีดวงทวาร และมีการตกเลือด ในคนอ้วน โดยเฉพาะเพศหญิงมักเป็นน้ำในถุงน้ำดี มีการอักเสบของถุงน้ำดี ตับเสื่อมสมรรถภาพ เป็นผลให้มีการรบกวนการย่อยอาหารได้เช่นกัน

ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ขนาดของไต การทำงานของของหน่วยไตท่อไต และการกรองของไตลดลง เพราะปริมาณของเลือดที่ผ่านไปที่ไตลดลงร้อยละ 50 ทำให้อัตราการกรองลดลง จำนวนน้ำที่ขับออกก็น้อยลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง จะจุได้เพียง 250 cc. หรือประมาณครึ่งหนึ่งของวัยหนุ่มสาว ทูรูดของกระเพาะปัสสาวะไม่มีกำลังแรงเหมือนหนุ่มสาว ทำให้ปัสสาวะบ่อย เพศชายต่อมลูกหมากโตขึ้น อาจขัดขวางทางเดินปัสสาวะในเพศหญิง มดลูก รังไข่ จะพ้อเหี่ยวลง เนื้อเยื่อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกจะเหี่ยว ช่องคลอดหนาขึ้นและแห้ง มีความยืดหยุ่นน้อยลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อน นอกจากนี้ความผิดปกติที่อาจพบได้บ่อยได้แก่การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะบ่อย และออกน้อย การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

ระบบต่อมไร้ท่อ วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการลดการทำงานของอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย การลดการทำงานของต่อมไร้ท่อมีผลมากต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้มีความเสื่อมและถดถอยตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

- ต่อมใต้สมอง โดยเฉพาะต่อมใต้สมองส่วนหน้า จะเสื่อมหน้าที่ลงอย่างรวดเร็ว ฮอร์โมนเต่า ซึ่งเป็นผลให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ขนบริเวณรักแร้และหัวเหน่าร่วง อวัยวะเพศเสื่อมเสถียร

- ต่อมไทรอยด์ ขนาดเล็กลงหลังอายุ 50 ปีไปแล้ว การผลิตฮอร์โมนเต่า เป็นผลจากขาดฮอร์โมนกระตุ้นจากต่อมใต้สมอง เป็นสาเหตุหนึ่งทำให้เบื่ออาหาร ตาฝ้าฟางและขุ่นมัว

- ต่อมพาราไทรอยด์ การลดฮอร์โมนเป็นเหตุให้กระดูกผุร่อนง่าย อันตรายที่สำคัญคือ กระดูกหัก

- ตับอ่อน จะหลังอินซูลินน้อย การนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์น้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นโรคเบาหวาน และโรคอื่น ๆ ได้

- ต่อมหมวกไต โดยเฉพาะชั้นคอร์เทกซ์จะถูกกระตุ้นให้ทำงานมาก ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเครียด หงุดหงิดง่าย แต่ขณะเดียวกันก็เฉื่อยชา เพราะการนำกลูโคสไปใช้ได้น้อย

- ต่อมาเพศ รังไข่จะทำงานน้อยลง ลดการหลั่งเอสโตรเจน ผลที่ตามมาคือ มดลูก ช่องคลอด และเต้านมเหี่ยวแห้ง บางรายอาจพบอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย สำหรับเพศชาย ต่อมาเพศก็มีความเสื่อมเช่นกัน แต่การหลั่งฮอร์โมนเพศชายยังปกติ อาจพบความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของเพศชายได้เช่นเดียวกับสตรีแต่น้อยกว่า และความสนใจทางเพศปกติ

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

สภาวะทางจิตใจเกี่ยวข้องกับผูกพันกับสภาวะทางร่างกายอย่างใกล้ชิด เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น อารมณ์และจิตใจก็ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย อีริกสัน (Erikson อ่างาน อากา ใจงาม 2533: 41 ; Busse & Blazer 1980 อ่างาน พชรี ตันศิริ 2533: 85-109) ได้กล่าวถึงวัยสูงอายุว่าเป็นระยะที่รู้สึกว่าคุณค่าหรือสิ้นหวัง (Ego integrity versus despair) โดยผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณค่าคือผู้ที่มีความพอใจในชีวิตที่ผ่านมา มีความสุขความสำเร็จ มีความเจริญก้าวหน้า จะแสดงออกโดยมีความเฉลียวฉลาด เข้าใจโลก เข้าใจตนเอง ยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ตรงข้ามกับคนที่ไม่ยอมรับจะมีความรู้สึกว่าคุณค่านั้นมีโอกาสเลือกได้น้อย และต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าคุณค่าตัวเองไร้ค่า และความสามารถที่จะเผชิญกับความสูงอายุลดน้อยลง

นอกจากนี้ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต เพื่อนวัยเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย การสูญเสียความสำคัญทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงานคือ การเกษียณอายุ ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงด้วย ทำให้เกิดความรู้สึกว่าคุณค่า ไร้ประโยชน์ เสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียความนับถือที่ตนเองเคยได้รับ ขณะเดียวกันทำให้ขาดรายได้ อีกทั้งการสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรมีครอบครัวและแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว รู้สึกเจ็บเหงา เกิดความซึมเศร้า เบื่อหน่าย

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านครอบครัวและสังคม

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาวะต่าง ๆ ได้แก่ การเกษียณอายุ การออกจากงานที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ทำให้เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า สูญเสียสถานภาพทางสังคม ขาดรายได้ และแบบแผนชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างครอบครัว จากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งไว้ตามลำพัง นอกจากนี้การตายของคู่ชีวิตหรือเพื่อนที่คบหากันมานาน หรือญาติพี่น้อง จะนำมาซึ่งความเศร้าโศก ผู้สูงอายุจึงต้องการความรักและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว แต่ถ้าต้องอยู่กับลูกหลานต่างวัย ต่างความรู้ ต่างประสบการณ์

และรสนิยมนั้น อาจจะไม่พบความสุข ความพึงพอใจเหมือนชีวิตในสมัยก่อน จนบางครั้งต้องแยกตนเองออกไปอยู่ต่างหาก หรือ สถานสงเคราะห์ และสถาบันธุรกิจของเอกชนต่าง ๆ ฉะนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อลดปัญหาสุขภาพ และปัญหาทางด้านสังคมที่เปลี่ยนแปลง

จะเห็นว่าผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นค่อยไปและมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ซึ่งเวบสเตอร์ (Webster 1985: 714) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพหรือความผาสุกของบุคคลได้แก่ กรรมพันธุ์ หรือสิ่งที่ร่างกายสร้างขึ้น มีอิทธิพลร้อยละ 16 สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ตนเอง ครอบครัว ชุมชน มีอิทธิพลร้อยละ 31 และปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ แบบแผนชีวิตหรือพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและความผาสุกของบุคคลถึงร้อยละ 53

ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะสามารถช่วยชะลอความก้าวหน้าของโรคต่าง ๆ หรือการคุกคามของโรคประจำตัวที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ทำให้ดำรงภาวะสุขภาพอยู่ได้ แม้ว่าอยู่ในวัยชรา

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหา การปรับความรู้สึกนึกคิด และภาวะอารมณ์ของตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 22-23)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง que เริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อยๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเสื่อม หรือความเจ็บป่วยขึ้นในร่างกาย หรือกรณีที่การดูแลตนเองถูกจำกัด จากความรู้ความชำนาญ การขาดแรงจูงใจ กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น (Orem 1985: 136) ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือมีขีดจำกัดต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่บุคคลเหล่านี้ได้แก่ เด็ก คนชรา คนเจ็บป่วย และคนพิการ การดูแลตนเองจึงมีผลโดยตรงต่อ

การดำรงชีวิตของมนุษย์ และคงไว้ซึ่งรูปร่างและหน้าที่ในภาวะปกติ พัฒนามุคลิกภาพ ศักยภาพของมนุษย์ ป้องกันอันตราย ตลอดจนพยาธิสภาพต่าง ๆ และยังสามารถควบคุมผลอันเกิดจากการบาดเจ็บ หรือพยาธิสภาพต่าง ๆ ได้ (Orem 1985: 70)

โอเรม (Orem 1985: 89) ได้กำหนดจุดมุ่งหมายการดูแลตนเองไว้ดังนี้

1. ประคับประคองกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ

2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ

3. ป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค และอันตรายจากการได้รับบาดเจ็บ

4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

5. ส่งเสริมความเป็นปกติสุข

นอกจากนี้ โอเรม (Orem 1985: 31) ได้กล่าวถึงแนวคิดหลัก 6 ประการ คือ

1. การดูแลตนเอง (Self-Care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจงใจของบุคคลที่มีวุฒิภาวะ ทำให้มีผลต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมชีวิตการทำงาน และความเป็นปกติสุข (Well-being)

2. ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทำให้เกิดผลดำรงไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมภาวะสุขภาพ การพัฒนาการและเกิดความเป็นปกติสุข (Well-being)

3. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) เป็นความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง โดยเป็นความสามารถที่ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง และรวมถึงความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น

4. ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) คือผู้ป่วยไม่สามารถจะทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้นได้

5. ความสามารถในการพยาบาล (Nursing Agency) เป็นความสามารถของพยาบาล ในการทำกิจกรรมพยาบาล เพื่อค้นหาความต้องการ ออกแบบวางแผน และให้การดูแลผู้ที่มีความ

พร้อมในการดูแลตนเอง

6. ระบบการพยาบาล (Nursing System) เป็นระบบการช่วยเหลือที่ต่อเนื่อง โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงวิถีทางแห่งความช่วยเหลือต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หรือเพื่อควบคุมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

โอเรม (Orem 1985: 90-99) ได้แบ่งความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) จำนวนออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิต เพื่อให้สุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ความต้องการขั้นพื้นฐานเหล่านี้ของมนุษย์ ได้แก่

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพัง กับการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม
- 1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 1.6 การมีชีวิตอย่างปกติสุข เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด

ภายใต้ระบบสังคม โดยสอดคล้องกับความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนการพัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต เช่น การเจริญเติบโต การตั้งครรรภ์ การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งการเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ เช่น ความตายของบิดามารดา ญาติสนิท สามีหรือภรรยา การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน เป็นต้น ความต้องการด้านนี้มุ่งเพื่อเป้าหมายต่อไปนี้

2.1 ดำรงไว้ซึ่งสภาพการเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2.2 ส่งเสริมการดูแลด้านต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย ได้แก่ ปัญหาการปรับตัวเข้ากับสังคม ปัญหาความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ปัญหาเมื่อมีความเครียดแล้วไม่สามารถที่จะหาวิธีระบายความเครียดได้

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ได้รับความอันตรายหรือทุพพลภาพ อันเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามรถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษายาบาลได้ ความต้องการในระยะนี้แบ่งออกเป็น 6 ประเภทได้แก่

3.1 เสาะแสวงหาบริการทางการแพทย์ด้านการรักษาพยาบาล เมื่อเกิดความเจ็บป่วย

3.2 ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น ๆ

3.3 ปฏิบัติตนได้เหมาะสม ตามแนวทางการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อผลในการป้องกันและรักษา คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและการแก้ไขปรับปรุงความพิการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค

3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่นฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาล

3.5 ได้รับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ด้านการรักษาพยาบาล

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมทั้งมีการดำรงและส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ

ในการนำเอาทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมมาใช้ในกระบวนการพยาบาล จะต้องพิจารณาถึงความต้องการในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของบุคคล ไม่ว่าจะบุคคลจะอยู่ในภาวะสุขภาพ หรือเมื่อมีการเจ็บป่วยก็ตาม

จากผลการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้านของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเมื่อวิเคราะห์ตามแนวทฤษฎีของโอเรม จะพบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ทำให้มีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นตามพัฒนาการแห่งวัย จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลให้การดูแลผู้สูงอายุ จะต้องทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุ

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ

1.1 คงไว้ซึ่งการได้รับอากาศอย่างเพียงพอและเหมาะสม ผู้สูงอายุควรอยู่ในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ควรอยู่ในบริเวณแออัดคับแคบ เนื่องจากความจุของปอดและการระบายอากาศลดลง ทำให้มีโอกาสเกิดโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุ

ควรงดสูบบุหรี่ อีกทั้งควรบริหารการหายใจโดยหายใจเข้าลึก ๆ อย่างน้อยวันละ 2 เวลา เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อทรวงอกให้ขยายและแข็งแรงขึ้น ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้เต็มที่

1.2 คงไว้ซึ่งการได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอและเหมาะสม ซึ่งคณะกรรมการอาหารและโภชนาการ ได้แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุทั่วไป คือ ในอาหารจำนวน 12 ส่วน ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อวัว หรือถั่ว ไข่ ประมาณ 2 ส่วน ผักสดและผลไม้ ประมาณ 4 ส่วน ข้าวประมาณ 4 ส่วน และนมประมาณ 2 ส่วน (Feck 1976 cited in Maguire 1985: 134) อย่างไรก็ตามก็ควรคำนึงถึง อายุ ภาวะสุขภาพและเพศของผู้สูงอายุด้วย (Robinson & Lawler 1982 cited in Maguire 1985: 134) และได้กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพปกติโดยทั่วไป มีความต้องการพลังงานลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุระหว่าง 51-75 ปี จะมีความต้องการพลังงานเฉลี่ยวันละ 2,400 กิโลแคลอรี และในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 51-75 ปี จะมีความต้องการพลังงานเฉลี่ยวันละ 1,800 กิโลแคลอรี นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงการจำกัดการรับประทานอาหารที่มีไขมันจากสัตว์ และควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ไรโบฟลาวิน เช่น กุ้ง ปลา อาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น ตับ เนื้อไก่ เป็นประจำทุกวัน ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียม ประมาณวันละ 400-500 mg. โดยได้มาจากผักใบสีเขียว เนื้อสัตว์ต่าง ๆ หรือผลไม้ เช่น มะละกอ เป็นต้น วิตามินที่จำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุคือ วิตามินบี เพราะมีส่วนช่วยการทำงานของหัวใจ และระบบประสาท ควรได้รับประมาณวันละ 10.9 มิลลิกรัม ในอาเซียนประมาณ 15 มิลลิกรัม และวิตามินซี ประมาณ 70 มิลลิกรัม

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม และสุรา

1.3 การคงไว้ซึ่งการจับถ่ายและระบายให้เป็นไปตามปกติ ควรป้องกันภาวะท้องผูกโดยการเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผักสด ผลไม้ และควรดื่มน้ำมาก ๆ รวมทั้งการฝึกจับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติทุกวัน จะช่วยให้การจับถ่ายอุจจาระสะดวกขึ้น ในผู้สูงอายุเพศหญิงมักจะมีปัญหาในเรื่องการถ่ายปัสสาวะกระปริบกระปรอย เนื่องจากกล้ามเนื้อสรวะไม่อยู่จากการที่กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหย่อนเป็นผลมาจากการคลอดบุตร จึงควรขมิบก้นบ่อย ๆ เพื่อช่วยให้อุ้งเชิงกรานแข็งแรงขึ้น ส่วนผู้สูงอายุเพศชายมักจะมีปัญหาเรื่องต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะบ่อย แต่ถ่ายปัสสาวะไม่ค่อยออก ซึ่งถ้ามีอาการมากควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อการผ่าตัดแก้ไข

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ผู้สูงอายุควรได้นอนหลับประมาณคืนละ 5-6 ชั่วโมง เป็นอย่างน้อย การที่จะช่วยให้ผู้ปวยนอนหลับได้ดี สามารถทำได้โดยให้ผู้ปวยได้มีการออกกำลังกายอย่างเบา ๆ ในช่วงเวลากลางวัน และหยุดการออกกำลังกายก่อนถึงเวลานอนประมาณ 2-3 ชั่วโมง และดื่มนมอุ่น ๆ การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้เกิดการง่วงนอนเร็วขึ้นและหลับได้นานขึ้น นวดหลังให้เบา ๆ เมื่อเริ่มเข้านอน จะช่วยส่งเสริมให้หลับได้ดี

ส่วนการออกกำลังกายนั้นผู้สูงอายุควรเลือกชนิดของการออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับความสามารถของตน โดยมีหลักสำคัญได้แก่ การออกกำลังกายโดยเริ่มออกน้อย ๆ เบา ๆ ในตอนแรก แล้วค่อยเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ช้า ๆ ไม่ควรออกกำลังกายหนักเกินไปหรือหักโหม ไม่ควรแข่งขัน ควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือมากกว่า และการออกกำลังกายในที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ตัวอย่างชนิดของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เช่น การเดิน การบริหารร่างกาย ระบายจีน โยคะ เมื่อออกกำลังกายแล้วถ้ารู้สึกเหนื่อยมาก เจ็บบริเวณหัวใจ หรือร้าวไปที่หลังซ้าย ตามัว เหงื่อออกมาก ควรหยุดพักและปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้ ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย หรือมีไข้ ไม่ควรออกกำลังกาย หรือถ้ามีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายควรอยู่ในการดูแลแนะนำของแพทย์ด้วย อีกประการหนึ่ง ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น การอ่านหนังสือ ชมรายการโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ปลูกต้นไม้ ทาสวน หรือกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

1.5 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีเวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ควรได้มีการจัดแบ่งเวลาที่เหมาะสมในแต่ละวัน โดยการให้มีเวลาเป็นของตนเอง มีเวลาในการติดต่อ และรักษาไว้ซึ่งมิตรภาพที่เคยมีอยู่ก่อนแล้ว ผู้สูงอายุควรได้อยู่ใกล้ชิดกับลูกหลานที่แสดงออกถึงความรัก ห่วงใย ใกล้ชิด ทำให้ได้รับความอบอุ่นใจ อีกทั้งผู้สูงอายุควรให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้มีเครือข่ายทางสังคม และทำให้มีการปฏิสัมพันธ์สร้างสรรค์กับบุคคลอื่น ๆ อันจะนำมาซึ่งความสุขใจ สดชื่น ร่าเริง รวมทั้งเป็นการช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติภารกิจดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น และแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองได้

1.6 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย ผู้สูงอายุมักเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากความเสื่อมของกระดูก การทรงตัวไม่ดี และความบกพร่องของ

การมองเห็น จึงควรมีวิธีป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านอย่างเหมาะสม เช่น การดูแลพื้นห้องให้ สะอาด แห้ง มีแสงสว่างเพียงพอและมีราวบันไดให้ยึดเกาะเวลาเดิน ละเว้นการปีนบนเก้าอี้หรือ จู๋นที่สูง ๆ กระทำสิ่งต่าง ๆ หรือเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ ด้วยความมั่นใจ ผู้สูงอายุมีความ เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวกเนื่องจากการลื่นล้มหรือหลงลืม ควรตรวจสอบ อุปกรณ์เกี่ยวกับไฟฟ้าในบ้านให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจได้รับอุบัติเหตุ จากการหิบบายคิตเพราะสายตามืด ซึ่งทำให้เกิดอันตรายได้ จึงต้องระมัดระวังให้มาก

1.7 การมีชีวิตอย่างปกติสุข ผู้สูงอายุควรเรียนรู้การดำรงชีวิตตามข้อจำกัดทาง ร่างกายได้ตามอัตภาพ รวมทั้งป้องกันมิให้เกิดความเสื่อมถอยหรือความผิดปกติทางร่างกายที่รุนแรง ขึ้น โดยตรวจสอบสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ในผู้สูงอายุเพศหญิงควรจะมีหมั้นตรวจเต้านม ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และตรวจหามะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ต้องคงไว้ซึ่งการมีทัศนคติ ที่ดีต่อตนเอง มีความพอใจในชีวิตที่ผ่านมา และเข้าใจในตนเองอย่างถ่องแท้ โดยการปรับ อัตรานักสน้ำให้สอดคล้องกับความเป็นจริงแห่งตน

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัด จึงต้อง ยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง มีการปรับกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม ึ่งตนเองเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและพึ่งพาอาศัยผู้อื่นเมื่อจำเป็น หรือเมื่อเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องปรับตัวหลายอย่างจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และสังคม เช่น การปลดเกษียณ การสูญเสียชีวิตคู่หรือบุคคลใกล้ชิด รายได้ลดลง ทำให้เกิดความ ทุกข์ มีจิตใจเศร้าหมอง โดดเดี่ยว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จึงควรส่งเสริมผู้สูงอายุให้ยอมรับ เหตุการณ์ต่าง ๆ เอาใจใส่ช่วยเหลือเมื่อเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ให้กำลังใจ สร้าง แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้สามารถปรับอัตรานักสน้ำ จัดการกับความเครียดต่าง ๆ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยใช้ประสบการณ์ของตนให้เป็นประโยชน์ อีกทั้งเตรียมให้สามารถเผชิญกับ ความเจ็บป่วยต่าง ๆ การดูแลสุขภาพของโรคประจำตัว รวมถึงการเผชิญกับความตายในบั้นปลาย ของชีวิตได้

3. ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีความเป็ยงเบนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุควรจะได้แสวงหาข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากข่าวสารต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วารสาร รายการวิทยุ โทรทัศน์และจากเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เผื่อสังเกต อาการของโรคประจำตัวและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อรู้สึกไม่สบาย

ต้องรีบรับการตรวจรักษาโดยเร็ว มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ไม่ปล่อยปละละเลยจนกลายเป็นโรคเรื้อรัง ในเรื่องของการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และมีโอกาสเกิดอันตรายได้ง่ายจากผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุจึงควรต้องสังเกตตัวเองขณะได้รับยา นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย เช่น การมองเห็นไม่ชัด ความจำเสื่อม ความไม่เชื่อถือนแผนการรักษา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับวัยที่สูงขึ้น ควรได้รับการยอมรับและเข้าใจ ผู้ให้การรักษาพยาบาลและผู้ดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญในการปฏิบัติตน และให้คำอธิบายที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ส่วนในเรื่องการปรับสภาพลักษณะ อัตมวิสัยทัศน์ ผู้สูงอายุควรยอมรับภาวะสุขภาพของตน เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น เช่น ให้เวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น เมื่อรู้สึกอ่อนเพลีย เจ็บป่วย ไม่สุขสบาย ก็ปรับกิจกรรมให้เหมาะสม หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น อีกทั้งปรับความรู้สึกนึกคิดของตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเองได้แก่การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องประเมินความสามารถที่สัมพันธ์กับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) เพื่อตัดสินความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) โดยประเมินว่าบุคคลสามารถจะกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) ได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้อง หรือเพียงพอ ถือว่ามีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) เพราะฉะนั้นความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด มากกว่าความสามารถที่จะดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 17) แกสท์ และคณะ (Gast. et al.1988: 26-38) ได้วิเคราะห์โครงสร้างของแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง และชี้ให้เห็นว่าประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ได้แก่

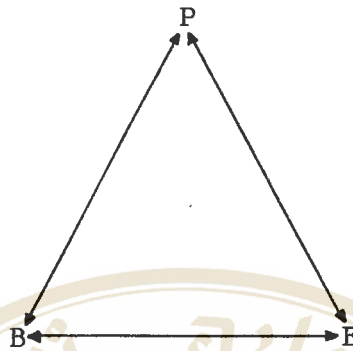
1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power Components : Enabling Capabilities for Self-Care)
3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-

Care Operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที

แรงจูงใจ (Motivation) เป็นหนึ่งในพลังความสามารถ 10 ประการซึ่งเชื่อมระหว่างการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่อะไรโดยทั่วไป ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งแบนดูรา (Bandura 1977) จัดเป็นแรงจูงใจภายในที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล จึงเป็นสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

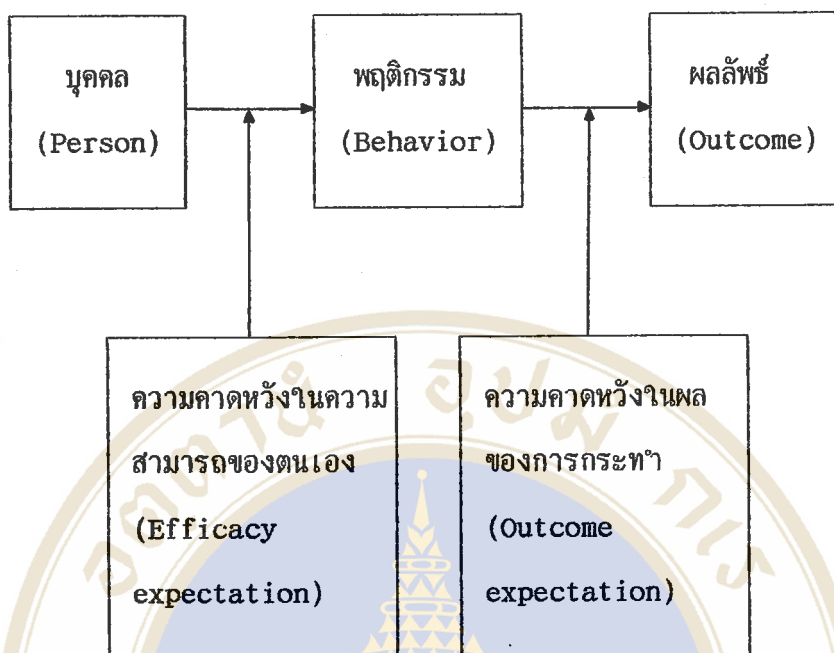
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy Theory) เป็นทฤษฎีที่ Albert Bandura (1977) นักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียงได้พัฒนาขึ้นมาจากหลักการเรื่อง การเรียนรู้ทางสังคม (Social learning principles) โดยมีข้อสมมุติฐานว่ากระบวนการทางสติปัญญา (Cognitive process) เป็นตัวเชื่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น แต่กระบวนการทางปัญญานั้นจะถูกชี้นำ หรือถูกแปรเปลี่ยนได้อย่างรวดเร็วมาก โดยประสบการณ์แห่งความสำเร็จในการแสดงการกระทำ (effective performance) ของบุคคล กรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura 1977 ; 1978 อ้างใน วิธนา ศิริสุข : 89-95) เสนอว่า กระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ควรมีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) กล่าวคือความสัมพันธ์แบบการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นระหว่างกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal person factor = P) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (behavior condition = B) และ 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environmental condition = E) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้มีลักษณะต่อเนื่องเป็นขั้นตอน เป็นระบบที่เกี่ยวกันไว้ (interlocking system) ดังแสดงในแผนภูมิที่ กล่าวคือแต่ละองค์ประกอบต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ซึ่งอิทธิพลของแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพสิ่งแวดล้อม (Bandura 1977: 191-193)



**แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล
เงื่อนไขเชิงพฤติกรรมและเงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม**

แบนดูรา (Bandura 1977 : 191-215) สรุปว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะทำการตอบสนองบางอย่างโดยเฉพาะ (one own ability to produce particular responses) โดยที่แบนดูราเชื่อว่า บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองแตกต่างกัน ในบุคคลเดียวกันก็เช่นกัน ถ้ารับรู้สมรรถนะในตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในสภาพการณ์นั้น ๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ ก็จะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (Evans 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 2536: 58) นอกจากนี้แบนดูรา (1977: 191-215) ได้อธิบายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectation)และความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) ไว้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



**แผนภูมิที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง
และความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura 1977: 193)**

1. ความคาดหวังในความสามารถของตน (Efficacy expectation) หมายถึง ความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่า ตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จ ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินว่า พฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

จากรูปแบบดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่า เมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นจะได้ผลตามที่ต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่คาดหวังว่าตนมีความสามารถไม่พอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ก็มีแนวโน้มว่าบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง

นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived self-efficacy) ยังมีผลต่อการกระทำกิจกรรมที่ยุ่งยากซับซ้อนว่าจะกระทำได้สำเร็จหรือไม่ เนื่องจากความมั่นใจว่าตนมีความสามารถเพียงใดจะเป็นตัวชี้ว่าบุคคลจะมีความพยายามทำงานมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จได้ ก็จะทำให้เกิดความกลัวและพยายามหลีกเลี่ยง

การกระทำกิจกรรมนั้น ๆ แต่ถ้านักศึกษามีความมั่นใจว่าสามารถกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ จะไม่เกิดความกลัวหรือหวาดหวั่นล่วงหน้าก่อนที่จะแสดงพฤติกรรม และยังทำให้บุคคลเกิดความเพียรพยายามไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ยิ่งมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมาก จะยิ่งมีความพยายามและกระตือรือร้นในการกระทำกิจกรรมนั้นมากขึ้น การที่บุคคลพยายามกระทำกิจกรรมในสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้สำเร็จ และได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ จะเป็นแรงเสริมต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทำให้ความกลัวและวิตกกังวลลดน้อยลง แต่ถ้าบุคคลเลิกสัมภาระทำงานโดยง่าย หรือกระทำกิจกรรมไม่สำเร็จ จะทำให้ความคาดหวังในความสามารถของตนต่ำลง และทำให้เกิดความกลัวต่อการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ มากขึ้น

สรุปได้ว่า ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถของตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจว่า บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นการคำนึงถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ในการที่จะดำเนินงานบางอย่างให้สำเร็จด้วย ระดับความสามารถเฉพาะที่แตกต่างกัน การรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคลอาจแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับมิติ (Dimension) 3 มิติดังนี้ (Bandura 1977: 194 ; Bandura 1982: 122-147)

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึง ระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำกิจกรรม ซึ่งจะแปรผันตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ หรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องง่าย ๆ ถ้ามอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานจะต้องพิจารณาไม่ให้งานยากเกินความสามารถของแต่ละบุคคล

2. มิติความเป็นสากล (Generality) เป็นความคาดหวังในความสามารถของตนในการนำมาปฏิบัติในสถานการณ์นั้น ซึ่งสามารถใช้ได้ทั่ว ๆ ไป ในสถานการณ์ต่าง ๆ หลาย ๆ สถานการณ์ ประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่าง ก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกันได้

3. มิติความเข้มแข็ง หรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณาตัดสินใจความเป็นไปได้ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน กล่าวคือ เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินการกระทำของตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

แบนดูรา (Bandura 1977: 195-198) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคลพัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ปัจจัย ดังนี้

1. การกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จ (Performance accomplishments) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำนั้น เป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง (Bandura, et al. 1977: 123) การที่บุคคลทำงานแล้วประสบความสำเร็จซ้ำ ๆ กันหลาย ๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น แม้ว่าบางครั้งงานนั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่ก็จะมีผลมากนัก เพราะบุคคลมองว่าการที่เขาประสบความสำเร็จนั้นมาจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความพยายามไม่พอ หรือใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสม มากกว่าที่จะบอกว่าเขาไม่มีความสามารถ และบุคคลจะใช้ความล้มเหลวเป็นบทเรียนให้ตนใช้ความพยายามในการทำงานให้มากขึ้น ส่วนบุคคลที่ทำงานแล้วประสบความล้มเหลวเสมอ ๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำลง

2. ประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (Vicarious experience) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้ว ก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ หากแต่ว่าบุคคลจะต้องมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมนั้นได้มาก่อนแล้ว เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น (Bandura, et al. 1980: 55) บุคคลจะบอกกับตนเองได้ว่าถ้าผู้อื่นสามารถทำงานแล้วประสบความสำเร็จได้ เขาจะต้องสามารถทำงานนั้นได้เช่นเดียวกัน ถ้ามีความตั้งใจและความพยายาม (Bandura, et al. 1977: 290)

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคล เพื่อให้เขาเชื่อว่า เขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่น จะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ มีความหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับบุคคลที่พูดเกลี้ยกล่อมให้มีความเชื่อถือว่าว่างใจ และมีความสำคัญต่อตัวเขา เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน

4. การเข้าทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ตื่นเต้น มีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า หรือเมื่ออยู่ในสภาวะอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นว่ากลัว ตกใจหรือในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมาก ๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรม

ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตัวเองต่ำ (Baron 1988: 202)

การรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคลนั้น สามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายประการที่กล่าวมา และการรับรู้สมรรถนะในตนเองนี้อาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายประการมาผสมผสานกันก็ได้ (Bandura 1986: 399-409)

การประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

การรับรู้สมรรถนะในตนเองหรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self Efficacy) แบนดูรา (Bandura 1986: 390-453 ; Bandura cited in Stretcher 1986: 88) กล่าวว่า เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่มีความยุ่งยาก หรือพฤติกรรมที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จตามที่คาดไว้ และในการวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองให้จัดเป็น 2 ขั้นตอนคือ ให้บุคคลประเมินความเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างได้สำเร็จหรือไม่ แล้วจึงประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น การวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองควรสะท้อนความเชื่อมั่น 3 มิติคือ 1)ความเชื่อมั่นในกำลังความสามารถของบุคคลนั้น (Strength) 2)การรับรู้ต่อความยากง่ายของพฤติกรรมนั้น (Magnitude) และ 3)ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่น (Generality) ในการวิจัยต่าง ๆ ได้มีการพัฒนาหรือสร้างเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เครื่องมือดังกล่าวอาจวัดความเชื่อมั่นที่ละมิติ (Bandura 1977: 70) หรือ 2 มิติ (Grossman, et al. 1987: 325-328 ; Gremboski 1993: 89-104) หรือทั้ง 3 มิติเข้าด้วยกันในฉบับเดียว (Diolio, et al. 1994: 167-174 ; Geest, et al. 1993: 233-238 ; Jenkins 1988: 36-40 ; Kingery and Glasglow 1989: 14-48) ลักษณะการให้คะแนนในระยะแรก ๆ จะให้คะแนนจาก 0-100 หรือ 0-10 ต่อมา กรอสแมนและคณะ (Grossman, et al. 1987: 325-328) ได้แบ่งลักษณะการให้คะแนนเป็น 6 ระดับจากแปลใจมากกว่าไม่สามารถทำได้ ถึงแปลใจมากกว่าทำได้ ลิตเติลฟีลด์และเดนแมน (Littlefield and Daneman 1992: 90-941) ได้ปรับการให้คะแนนเป็นระดับคือ A⁺ หมายถึงมั่นใจมาก A หมายถึงมั่นใจปานกลาง F หมายถึงไม่มั่นใจเลย

ในปัจจุบัน งานวิจัยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นเฉพาะความคาดหวังในความสามารถของตน

(Efficacy expectation) เพื่อทำนายผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura 1982: 122-147) ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นความคาดหวังในความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง ในการที่จะแสดงพฤติกรรม เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องจัดกระทำในอนาคต สำหรับผู้สูงอายุ สถานการณ์ที่ต้องกระทำคือการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีความเป็ยงเบนด้านสุขภาพ โดยการรับรู้สมรรถนะในตนเองจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดความพยายามในการดูแลตนเองจนประสบความสำเร็จ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุนั้น จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวข้องกับที่จะกล่าวอ้างถึง ได้แก่ การศึกษาของ เกร็มโบวสกีและคณะ (Grembowski, et al. 1993: 66-67) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุจากสถานดูแลทางสุขภาพ จำนวน 2,524 ราย เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า การควบคุมน้ำหนัก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ดังนี้

ความคาดหวังในความสามารถของพฤติกรรมหนึ่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) เช่น ความคาดหวังในความสามารถของการรับประทานอาหารเช้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังในความสามารถ ของการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพบว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง จะมีภาวะสุขภาพดีกว่า และไปพบแพทย์น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ นอกจากนี้ Speak D.L. (1987: 25-30) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจ



ภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่าง 118 คน ผลการวิจัยพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = 0.31, P = 0.001$) นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ และสถานภาพสมรส สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30 ($P < 0.05$)

อับเลอร์และเฟรทซ์ (Abler and Fretz 1988: 138-143) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความสามารถในการอยู่อย่างอิสระในกลุ่มผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่าง 67 ราย พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเอง มีผลต่อสุขภาพที่จะทำนายศักยภาพทางจิตสังคมในผู้สูงอายุได้ ($r = 0.13, p = 0.01$) และภาวะสุขภาพสามารถทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ ($r = 0.33, p = 0.03$)

ดิทท์แมน โคไลด์และคณะ (Dittmann-Kohli, et al 1991: 161-164) ศึกษาผลของการฝึกหัดการคิดรู้ และการทดสอบเขาวัวปัญญา ด้านความเชื่อในสมรรถนะของตนเองในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 73 ปี จำนวน 116 คน เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ก่อนและหลังการให้งานที่ต้องใช้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนจัดการ โดยมีการประเมินผลย้อนกลับว่าการกระทำใดถูกหรือผิด พบว่าหลังการฝึกหัดการคิดรู้ 6-8 สัปดาห์ มีการเปลี่ยนแปลงในทางบวกต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$)

เคลลี ไชซานสกี และออลีแมกโน (Kelly, Zyzanski & Alemagno 1991 :311-320) ศึกษาการทำนายการจงใจ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามการส่งเสริมสุขภาพจากบทบาทความเชื่อทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 215 ราย โดยการจัดโปรแกรมให้มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงในวิถีชีวิต การให้ความรู้โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในการจัดหาสิ่งของต่างๆ หลังการทดลอง 6 สัปดาห์ พบว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองสามารถทำนายการจงใจในการปฏิบัติตนตามวิถีชีวิต เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การเลือกชนิด และปริมาณการรับประทานอาหาร รวมทั้งการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ ($p < 0.05$)

มอว์ทและสเปนซ์ ลาสซิงเกอร์ (Mowat and Spence Laschinger 1994: 1105) ได้วิเคราะห์แนวคิด (A Concept analysis) การรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่การคิดรู้เสื่อมลง โดยสรุปว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะสามารถเผชิญความเครียดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีสมรรถนะในตนเองต่ำและการรับรู้สมรรถนะในตนเองจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรม

สุขภาพได้ดี มีงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นตัวทำนายพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยมีระดับของความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรม และเชื่อว่าจะได้รับประโยชน์จากผลของพฤติกรรมนั้น ๆ (Hofstetter, et al. 1990 cited in Mowat and Laschinger 1994: 1107)

อีเวอร์ทและคณะ (Ewart, et al. 1986: 557-561) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับการฟื้นฟูสภาพหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในผู้ป่วยเพศชาย อายุ 45-65 ปี จำนวน 31 คน โดยศึกษาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มฟื้นฟูสภาพขณะอยู่ในโรงพยาบาล และติดตามจนถึง 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยทนในการออกกำลังกาย ($r = 0.66, P < 0.001$) โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง มีความอดทนในการออกกำลังกายได้นานกว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำ ต่อมาเจนกินส์ (Jenkin 1988: 36-40) ได้ศึกษาในผู้ป่วยชายหญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปี จำนวน 40 คน ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และหลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยประเมินกิจกรรมเกี่ยวกับการเดิน การยกของ การขึ้นที่สูง การทำงาน และการทำกิจกรรมทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงสุดในเรื่องการเดิน ($r = 0.9, P < 0.001$) รองลงมาคือ การยกของ การทำงาน การทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไป ($r = 0.40, P < 0.001$) และการขึ้นที่สูง ($r = 0.40, P < 0.001$)

นอกจากนี้ แครอล (Carroll 1995: 50-59) ศึกษาความสำคัญของความคาดหวังในความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะฟื้นฟูที่ได้รับการผ่าตัด coronary artery bypass โดยศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 133 คน อายุ 65-87 ปี โดยวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในความสามารถและรูปแบบพฤติกรรมดูแลตนเองหรือพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพ ในวันที่ออกจากโรงพยาบาล และระยะ 6 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ ได้แก่ พฤติกรรมการเดิน การขึ้นบันได การทำกิจกรรมทั่วไป และรูปแบบการแสดงบทบาท ผลการวิจัยพบว่าการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรทั้งหมดในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และได้ข้อสรุปที่สนับสนุนกรอบแนวคิดที่ว่า ความคาดหวังในความสามารถเป็นตัวเชื่อม ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

แครบตรี (Crabtree 1987: 32) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งชนิดพึ่งอินซูลินและไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 143 คน อายุ

ระหว่าง 18-65 ปีพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเอง เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองทั่ว ๆ ไปได้ ร้อยละ 25-35 เช่นเดียวกับคินเจอร์และกลาสโกว (Kingery and Glasgow 1989 : 14-18) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำในการทำนายระดับการดูแลตนเอง 3 เรื่องคือ อาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 40-88 ปี จำนวน 127 ราย โดยการวัดตัวแปรที่ศึกษา 2 ครั้ง ห่างกัน 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ด้านการออกกำลังกายในทุกช่วงเวลาทั้งการวัดครั้งแรกและครั้งที่สอง และการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ด้านอาหารเฉพาะในการวัดครั้งที่สองเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองด้านการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

สำหรับการศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ การศึกษาของ เวิทเซล (Weitzel 1989: 99-104) ที่ศึกษาเพื่อทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender 1987) และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงาน จำนวน 179 คนพบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในองค์ประกอบย่อยได้แก่ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ($r = 0.42, P < 0.001$) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ($r = 0.34, P < 0.001$) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ($r = 0.33, P < 0.001$)

เพนเดอร์และคณะ (Pender, et al. 1990: 326-332) ทดสอบตัวทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ จำนวน 589 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31

โอเอทเคอร์-แบล็คและคณะ (Oetker-Black, et al. 1992 : 134-139) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดถุงน้ำดี ซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศหญิง จำนวน 68 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการหายใจเข้าออกลึก ๆ การฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด (ambulation) และการจำเหตุการณ์ก่อน

ผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และพบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขอรับยาแก้ปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

วูลเฟิร์ตและแวน (Wulfert and Wan 1993: 346-352) ศึกษาารูปแบบการรับรู้สมรรถนะในการใช้ถุงยางอนามัย (Self-efficacy model of condom use) เป็นการศึกษาโดยการสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาในวิทยาลัยที่เรียนจิตวิทยา จำนวน 212 ราย เพศหญิง 109 ราย เพศชาย 103 ราย เป็นกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์แบบต่างเพศ (heterosexual) ผลการศึกษาพบว่า การใช้ถุงยางอนามัยเกิดจากความคาดหวังในผลของการกระทำ และอิทธิพลของกลุ่มที่เหมือนกัน ส่วนทัศนคติในเรื่องเพศ ความรู้เรื่องเอดส์ และการรับรู้ถึงอันตรายที่จะได้รับ ไม่สามารถทำนายการใช้ถุงยางอนามัยได้

นอกจากนี้ สเตเรชเชอร์และคณะ (Stretcher, et al. 1986: 73-92) ได้ทบทวนงานวิจัยหลายเรื่องเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม งานวิจัยที่กล่าวถึงได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่ (Condiolye and Lichtenstein 1981: 648-658 ; Maddux and Roger 1985: 469-479 ; Cochlo 1983: 303-310) การลดน้ำหนัก (Diclement 1981: 175-187 ; Edington, et al. 1987: 63-67) การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Rist and Watzi 1983: 121-127) การออกกำลังกาย (Ewart, et al. 1984: 1076-1080 ; Kaplan, et al. 1984: 233-242) ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะสูงสามารถหยุดสูบบุหรี่ และหยุดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สามารถลดน้ำหนักและมีพฤติกรรมควบคุมกำเนิดได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ

สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยดังกล่าวไม่มี แต่มีงานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองดังนี้

มณีรัตน์ วิริยะประสพโชค (2536: ก) ศึกษาการรับรู้ในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษ ที่มารับการตรวจสุขภาพในคลินิกกามโรค ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและพะเยา กลุ่มตัวอย่าง 214 คน พบว่าการรับรู้ในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

จากการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538: 44-46) เป็นการศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขต อ. เมือง จำนวน 150 ราย พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ($r = 0.18, P < 0.05$) และรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การบรรลุอุดมการณ์ของตน การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด

ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538: 42) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($r = 0.76, P < 0.001$)

องค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองประการหนึ่ง ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งถือเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) อันจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิต (Hirst and Metcalf 1984 : 70) เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow and Morgan 1985: 12-15) เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับความรักและความเป็นเจ้าของแล้วบุคคลจะมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นคนมีประโยชน์และต้องการแสดงความสามารถต่าง ๆ ที่มีอยู่ ซึ่งเป็นความสามารถที่จะทำบางอย่างเพื่อให้ตนเองพอใจ (Gibson 1980: 8 ; Powell 1983: 10 ; Taylor 1982: 119)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ บางครั้งจะใช้คำว่าความนับถือในตนเอง การเห็นพ้องด้วยตนเอง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Taylor 1982: 120) หรืออาจใช้การปกป้องตนเอง การยอมรับตนเอง หรือภาพพจน์ของตนเอง (Muhlenkamp and Sayles 1986: 334) จากงานศึกษาต่าง ๆ ได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันหรือคล้ายคลึงกัน ดังต่อไปนี้

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg 1965 cited in Pensiero and Adams 1987:11)

ได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นความรู้สึกยอมรับนับถือในตนเอง และคิดว่าตนเองมีค่า

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith 1967 cited in Whall 1987: 41) กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคือ ขอบเขตที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของเขาว่า เขามีความสำคัญและมีคุณค่า โดยจำแนกคุณลักษณะพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ 4 ประการคือ 1) ความสำคัญ (Significance) เป็นวิถีทางที่บุคคลรู้สึกว่าเขาเองยังเป็นที่รัก ซึ่งพิสูจน์ได้โดยการทำให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของตัวเอง 2) ความสามารถ (Competence) เป็นวิธีการที่จะพิจารณาถึงความสำคัญโดยการกระทำ 3) คุณความดี (Virtue) เป็นการบรรลุซึ่งมาตรฐานตามศีลธรรมและจริยธรรม และ 4) พลังอำนาจ (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเองและผู้อื่น

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งจำเป็นต่อความเป็นปกติสุขของร่างกายและจิตใจของบุคคล (Kozier, et al. 1989: 168 ; Meisenhelder 1985: 127 ; Whall 1987: 41) หากบุคคลใดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็จะสามารถเผชิญโลกได้อย่างมั่นใจ และมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความสามารถ มีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ รู้สึกตนเองมีประโยชน์ (Lindberg, et al. 1990: 85) ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถ ไร้ประโยชน์ สูญเสียอำนาจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตของคนอื่น ๆ หรือของเขาเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง (Taylor 1982: 129) นอกจากนี้บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำอาจจะเกิดเจ็บป่วยได้ง่าย (Goldberg and Fitzpatrick 1980 cited in Whall 1987: 41) และเมื่อเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และไม่สนใจดูแลตนเอง (Kim, et al. 1984 cited in Norris and Kunes-Connell 1985: 747) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับตนเองในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอัตมรณทัศน์ (Beare and Myers 1990: 402; Milliken 1987: 65-66; Stanwyck 1983 cited in Kozier and Erb 1988: 508) แต่ไม่เหมือนกันด้วยเหตุที่อัตมรณทัศน์ได้มีขึ้นในช่วงอายุต้น ๆ และเป็นสิ่งอยู่คงทนถาวร แต่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Barry 1989: 99 ; Gibson 1980: 7) อาจจะเปลี่ยนวันต่อวัน หรือจากช่วงเวลาหนึ่งสู่ช่วงเวลาหนึ่ง (Kozier and Erb 1988: 526) แต่ในบุคคลเดียวกัน ความรู้สึกนี้จะเปลี่ยนไปไม่มาก แต่ถ้ามีเหตุการณ์ภายนอกเกิดขึ้น และเป็นเหตุการณ์ที่ดึงเครียดมาทำลายความรู้สึกมีค่าของบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดต่ำกว่าปกติ

กระบวนการรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มี 2 ขั้นตอนดังนี้ (Taft 1985: 79)

1. การประเมินทัศนคติและการกระทำของสังคมที่มีต่อตน

กระบวนการนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดการมองตนของกูเลย์ (Cooley) ที่ว่าบุคคลสามารถรู้จักตนเองได้โดยอาศัย "กระจกมองตน" กระบวนการนี้เป็นการรับรู้คุณค่าของตนเองที่มีรากฐานมาจากการประเมินและยอมรับของผู้อื่น เป็นความรู้สึกที่ได้รับจาก "ภายนอก" ต่อคุณค่าของตน (Outer-self esteem)

2. ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะแวดล้อม และผลที่ตนได้รับ

กระบวนการนี้เป็นความรู้สึก "ภายใน" ต่อคุณค่าของตน (Inner-self esteem) เป็นความสัมพันธ์ของปัจเจกบุคคลที่แท้จริงในสังคม และผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมนั้นคือ เป็นความรู้สึกที่อยู่ภายในตนเองตามความสามารถในการปฏิบัติเพื่อควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งมีอำนาจช่วยให้สามารถกระทำหรือควบคุมสิ่งต่าง ๆ เกิดจากความรู้ ทักษะ รายได้ และสถานภาพของบุคคล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

วอลเลซและคณะ (Wallace, et al. 1984: 261-262) กล่าวถึงงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน โดยผู้ที่รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่าจะเชื่อในอำนาจการกระทำของตน เมื่อประสบกับภาวะเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะพยายามค้นหาข้อเท็จจริงและแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ในขณะที่ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมักยอมรับเหตุการณ์โดยไม่ได้คิดแก้ไข แสดงว่าผู้ที่รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่าย่อมเชื่อมั่นว่า การกระทำของตนจะก่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ ซึ่งย่อมรวมถึงการกระทำที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองด้วย

มูhlenkamp (Muhlenkamp A.F. 1986: 334-338) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่อายุ 18-67 ปี ตัวอย่างจำนวน 98 คน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ($r = 0.25$; $P < 0.01$) ในทำนองเดียวกัน พาเรนทีและวอลล์ (Parent and Whall 1984 :41-42) ได้ศึกษาถึงผลของการจัดกิจกรรมที่กระทำเป็นงานอดิเรกในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน ต่อระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลการศึกษาพบว่า

กิจกรรมที่กระทำเป็นงานอดิเรก ซึ่งปฏิบัติติดต่อกัน เป็นเดือนมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .524$)

เขาวลัทธิ มหาลัทธิ (2529: 81-95) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จ.สระบุรี พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ต้นติวัฒน์เสถียร (2534: 117-123) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ ความเชื่ออันอาจภายในตนด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ ด้านสุขภาพอนามัย ภาวะสุขภาพ เพศ ($P < 0.001$)

วรรณระวี อัครนิจ (2534: ก-ข) ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาในคลินิกโรคปอด แขนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 ราย พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้ ร้อยละ 6.5 ($P < 0.01$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

พารেন্টและวอลล์ (Parent and Whall 1984: 8-11) ศึกษาถึงผลของการจัด กิจกรรมที่กระทำเป็นงานอดิเรกต่อระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าสูง ย่อมมีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าน้อยก็จะ เปื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดกำลังใจ และขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Taft 1985 : 77-84 ; Goss 1990: 45-60) อย่างไรก็ตามแครบตรี (Crabtree 1986 cited in Hurley 1990: 33) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่ทุกประเภทที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาล ใ้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 48 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของกรอสแมนและคณะ (Grossman, et al. 1987 : 325-328) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของวัยรุ่นเพศหญิงและเพศ

ชายที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินสุลิน พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

นอกจากการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โอเรม (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 50-54) ยังได้เน้นถึงความสำคัญของปัจจัยพื้นฐานว่าจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นปัจจัยพื้นฐานต่างๆ จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยเช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีทั้งส่วนที่มีความสัมพันธ์ และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ ดังนี้

ระดับการศึกษา จากการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 116) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า 8 มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงที่สุด และแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอื่น ๆ ทุกระดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529: 108 ; วันดี แยมจันทร์ฉาย 2538: 46) และจอห์นสัน (Johnson 1991: 15-19) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสุขภาพ

นอกจากนี้ ระดับการศึกษายังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการเรียนรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ สามารถแปลความหมายและตัดสินใจพิจารณาสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันจึงน่าจะมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาของ รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2537: 48) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ

และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าระยะเวลาในการศึกษา ของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ นั้น มุขแลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp and Sayles 1986: 338) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่อายุ 18-67 ปี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 98 ราย พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเฮวล์ลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 98) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จ.สระบุรี ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา

รายได้ มีการศึกษาหลายรายพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร 2534: 123 ; ดวงพร รัตนอมรชัย 2535: 117 ; วันดี แยมจันทร์ฉาย 2538: 46 ; Walker, et al. 1988: 84) สำหรับงานวิจัยในประชากรกลุ่มอื่นๆได้แก่ จากการศึกษาของเฮวตี้ สุวรรณาคะ (2532: ก) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบที่พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย และสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534: 89) ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในผู้สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสปี พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ปิ๋ววิไล (2531: ง) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืดพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทาให้บุคคลแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ ได้ดี จากการศึกษาของ เกร็มโบสกีและคณะ (Gremboski, et al. 1993: 89-104) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะใน

ตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 2,524 รายพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจดีหรือมีรายได้สูง จะมีการรับรู้สมรรถนะเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจไม่ดี หรือรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับที่ดันแคนกับไลเคิร์ท และดาวนีย์กับโมเอ็น (Duncan and Likert 1983; Downey and Moen 1978 cited in Gecas 1989: 304) กล่าวว่าผู้ที่มีรายได้จากการประกอบอาชีพด้วยตนเองจะรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงกว่าผู้ที่มีรายได้จากการช่วยเหลือของผู้อื่นหรือจากสวัสดิการ

สำหรับความสัมพันธ์ ระหว่างรายได้กับความรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองนั้น บรูกฮาร์ด (Bruck-hardt 1985: 11-16) ได้ศึกษาถึงผลกระทบของโรคข้ออักเสบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 94 คน พบว่ารายได้กับความรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กัน ต่างจากการศึกษาของเยวาลักษณ์ มหาสิทธิ์วัฒน์ (2529:99) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า จะมีความรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของอัลบาคร์ (Al-Bakr 1990 อ้างใน พ่องศรี ศรีมรกต 2537: 34) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ปกติจำนวน 45 ราย พบว่าเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับระดับความรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง

ภาวะสุขภาพ จากการทบทวนวรรณคดี แม้ไม่พบงานวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โอเรม (Orem 1985: 176-177) กล่าวว่าภาวะสุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมาะสมเต็มความสามารถ จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพดีในวัยผู้ใหญ่ (Reed 1983: 217-228 ; Cwikel, et al. 1988: 151-163) และจากการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535: ก-ข) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ดีที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ ดันตีวัฒน์เสถียร (2534: 117-123) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 202 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสุขภาพกาย และแรงสนับสนุนทางสังคม (ชลธิชา วังวิเวก

(2537 : 25-40)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณคดียังไม่พบงานวิจัยที่กล่าวถึงภาวะสุขภาพกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ แต่สภาวะที่ร่างกายมีปัญาสุขภาพจากความเสื่อมตามพัฒนาการของวัยสูงอายุ หรือการมีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วย ย่อมทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายมีความจำกัด ผู้สูงอายุก็จะประเมินความสามารถของตนเอง หรือมีความเชื่อมั่นในตนเองอยู่ในระดับต่ำ (Baron 1988: 202) อีกทั้งภาวะสุขภาพยังมีผลต่อสภาพอารมณ์ เช่น ความเครียดวิตกกังวล ซึ่งจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคล (Bandura 1977: 104)

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นพบว่า ปัญหาสุขภาพใหม่ที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง (Antonucci and Jackson 1983 cited in Norris and Kunn-Connell 1985: 11-16) สอดคล้องกับการศึกษาของบรูคฮาร์ด (Bruckhardt 1985: 11-16) ที่ศึกษาผลของโรคข้ออักเสบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย 94 คน อายุ 27-98 ปี พบว่า ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเมื่อโรครุนแรงขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะยิ่งต่ำลง เนื่องจากการไม่สามารถกระทำกิจวัตรประจำวันมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลตนเองมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมถึงมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองอันเป็นพลังความสามารถที่สำคัญให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สำหรับปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ พบว่ามีความสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังที่ผู้วิจัยเสนอไว้ข้างต้น แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวในผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผน และให้การพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสมและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Correlation Survey Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างที่จะใช้ในการวิจัยโดยอาศัยหลักเกณฑ์ของ เคอร์ลิงเจอร์และแพดฮาเซอร์ (Kerlinger and Padhazer 1973 อ้างในวิชชัย วรพงศธร 2532 :60) โดยมีสูตรดังนี้

$$n / k \geq 30$$

โดยที่ n = จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยต่อ 1 ตัวแปร

k = จำนวนตัวแปรอิสระ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จำนวนตัวแปรอิสระ = 5 ได้แก่ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเอง
แทนค่าสูตร

$$n = 30 \times 5 = 150$$

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเท่ากับ 150 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มอำเภอตัวอย่างมา 4 อำเภอ จากอำเภอในจังหวัดเพชรบุรีทั้งหมด 7 อำเภอโดยวิธีการจับสลาก ได้อำเภอตัวอย่าง 4 อำเภอคือ อำเภอเมือง อำเภอท่ายาง อำเภอเขาย้อยและอำเภอบ้านลาด

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตำบลตัวอย่าง จากอำเภอที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 1 อำเภอละ 1-2 ตำบล โดยวิธีการจับสลากดังนี้

อำเภอตัวอย่าง	จำนวนตำบล	จำนวนตำบลตัวอย่าง
เมือง	24	2
ท่ายาง	12	1
เขาย้อย	10	1
บ้านลาด	18	1

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เพื่อให้ได้ผู้สูงอายุที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จากตำบลที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 2 ตำบลละ 30 รายรวมทั้งสิ้น 150 ราย โดยมีหลักเกณฑ์ในการเลือกได้แก่

1 ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) แล้วได้คะแนนสูงกว่า 23 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

2 สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

3 ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Exam -TMSE) ใช้แบบทดสอบที่สร้างโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536 : 359-374) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์และนักจิตวิทยา ทั้งหมด จำนวน 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย ได้ประชุมร่วมกันสร้างแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยขึ้น แบบทดสอบนี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน โดยแบ่งคะแนนย่อยออกเป็น 6 รายการดังนี้

- การรับรู้ (orientation) 6 คะแนน
- การจดจำ (registration) 3 คะแนน
- ความใส่ใจ (attention) 5 คะแนน
- การคำนวณ (calculation) 3 คะแนน
- ด้านภาษา (language) 10 คะแนน
- การระลึกได้ (recall) 3 คะแนน

คณะผู้วิจัยดังกล่าว ได้ นำแบบทดสอบนี้ไปทำการศึกษานับประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 180 ราย จากทั่วประเทศพบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยของการทดสอบสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุไทยได้เท่ากับ 27.38 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.02) คะแนน จึงกำหนดเกณฑ์ค่าปกติของคะแนนรวมของแบบทดสอบนี้ว่าต้องได้สูงกว่า 23 คะแนน

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายและภาวะสุขภาพ

สำหรับการวัดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน เป็นคำถาม 1 ข้อ โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามความคิดเห็นหรือความรู้สึกทั่วไปของตน แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพแบบข้อเดียวนี้ เป็นที่นิยมใช้วัดในผู้สูงอายุมากที่สุด (Ferraro 1980 ; Melanson & Downe-Wamboldt 1987 ; Mossey & Shapiro 1982 อ้างในวันดี แยมจันทร์ฉาย 2538 : 26) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
สุขภาพไม่ดี	1
สุขภาพพอใช้	2
สุขภาพดี	3
สุขภาพดีมาก	4

3. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่สร้างโดยโรเซนเบิร์ก(Rosenberg's self-esteem scale) ซึ่งแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 72-73)

แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก สร้างขึ้นเพื่อวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษา แต่ได้นำมาใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งผลปรากฏว่าเหมาะสมที่จะใช้ได้(Breytspeak & George 1979 137-148)และแบบวัดชุดนี้ ได้ถูกนำไปทดสอบความตรง และความเชื่อมั่นด้วยวิธีการต่างๆ หลายครั้ง กับกลุ่มประชากรต่างๆ พบว่ามีความตรงและความเชื่อมั่นในระดับสูง (Goldberg & Fitzpatrick 1980 อ้างในพ่องศรี ศรีมรกต 2537: 71) สำหรับในประเทศไทย เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529: 72-74) ได้แปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยใช้กับผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสระบุรี พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.87 ต่อมาอภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คุชภักดี(2533 14-24) ได้นำเครื่องมือชุดดังกล่าวมาใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้าน

บางแค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้สูงอายุเห็นด้วยอย่างมากกับข้อความนั้น
 ค่อนข้างเห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากกว่าไม่เห็นด้วย
 ค่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากกว่าเห็นด้วย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ลักษณะคำตอบ

คะแนน

ข้อความด้านบวก

ข้อความด้านลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4

1

ค่อนข้างเห็นด้วย

3

2

ค่อนข้างไม่เห็นด้วย

2

3

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1

4

คะแนนของแบบวัดทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และคะแนนสูงแสดงว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

4. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura 1977: 125-139 ; 1986: 414-420) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้สมรรถนะของตนเองในการจัดการหรือแก้ปัญหา ประกอบด้วยเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1) การกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป มีข้อคำถาม 15 ข้อได้แก่ ข้อ 1-15

2) การกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ตามระยะพัฒนาการ มีข้อคำถาม 7 ข้อได้แก่ ข้อ 16-22

3) การกระทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีความเป็ยงเบนด้านสุขภาพ มีข้อคำถาม 6 ข้อได้แก่ ข้อ 23-28

แบบวัดชุดนี้ไม่มีข้อความทั้งหมดจำนวน 28 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับดังนี้

มีความมั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความมั่นใจว่า จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือ แก้ปัญหาได้อย่างแน่นอน
มีความมั่นใจมาก	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความมั่นใจว่า จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือ แก้ปัญหาได้ในระดับมาก
มีความมั่นใจปานกลาง	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความมั่นใจว่า จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือ แก้ปัญหาได้ในระดับปานกลาง
มีความมั่นใจน้อย	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความมั่นใจว่า จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือ แก้ปัญหาได้น้อย
ไม่มีความมั่นใจเลย	หมายถึง	ผู้สูงอายุไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือ แก้ปัญหาได้

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
มีความมั่นใจมากที่สุด	5
มีความมั่นใจมาก	4
มีความมั่นใจปานกลาง	3
มีความมั่นใจน้อย	2
ไม่มีความมั่นใจเลย	1

คะแนนของแบบวัดทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 28-140 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ และคะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง

5. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care theory) ของโอเรม (Orem 1985: 82-103 ; 1991: 117-143) ข้อคำถามเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุพึงปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของตน ทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1) ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 24 ข้อ
ได้แก่

1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ มี 3 ข้อได้แก่ ข้อ 1-3

- 1.2 การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ มี 5 ข้อได้แก่ ข้อ 4-8
 - 1.3 การคงไว้ซึ่งการจับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นปกติ มี 4 ข้อได้แก่ข้อ 9-12
 - 1.4 ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน มี 4 ข้อได้แก่ ข้อ 13-16
 - 1.5 ความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 17-20
 - 1.6 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต มี 2 ข้อได้แก่ ข้อ 21-22
 - 1.7 การมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข มี 2 ข้อได้แก่ ข้อ 23-24
 - 2) ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อได้แก่
 - 2.1 การปฏิบัติกิจกรรมตามพัฒนาการตามวัยของผู้สูงอายุ มี 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 25-27
 - 2.2 การปรับอัตมโนทัศน์ และการยอมรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตมี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 28-30
 - 3) ความต้องการการดูแลตนเองตามการเป็ยงเบนด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อได้แก่
 - 3.1 การแสวงหาบริการสุขภาพ มี 2 ข้อได้แก่ ข้อ 31-32
 - 3.2 การรับรู้และความสนใจต่อโรคและผลกระทบต่อพัฒนาการมี 1 ข้อได้แก่ ข้อ 33
 - 3.3 การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์มี 2 ข้อได้แก่ ข้อ 34-35
 - 3.4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรคหรือการรักษาโรคมมี 1 ข้อได้แก่ ข้อ 36
 - 3.5 การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์มี 2 ข้อได้แก่ ข้อ 37-38
- แบบวัดชุดนี้ มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 38 ข้อ เป็นคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้
- ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้สูงอายุมิพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำ สม่ำเสมอหรือทุกวัน
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมิพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ บ่อยครั้งหรือเกือบทุกวัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือบางวันเท่านั้น

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ผู้สูงอายุไม่มีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนน	
	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง	2	3
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4

คะแนนของแบบวัดทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 38-152 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่ามีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่ดี และคะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรง (Validity)

1. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ดังนี้

ผู้เชี่ยวชาญด้านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง	2 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตสังคม	1 ท่าน

2. แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ	1 ท่าน
ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการดูแลตนเอง	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ	1 ท่าน

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ได้ รับการชี้แนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับปรุงแก้ไขให้ชัดเจนด้านเนื้อหา และความเหมาะสมด้านภาษา และนำแบบวัดทั้ง 2 ชุดนี้รวมทั้งแบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะ เหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละชุด โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ผลดังนี้

1. ความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง = 0.75
2. ความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง = 0.91
3. ความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนและ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สาธารณสุขอำเภอเมือง อำเภอท่ายาง อำเภอบ้านลาด และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเข้าชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้า ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และหัวหน้าสถานีอนามัยประจำตำบลทั้ง 4 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการ เก็บข้อมูลวิจัย โดยการช่วยติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สูงอายุ ในตำบลนั้น ๆ

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจดูรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้จากการสำรวจ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่นั้น แล้วเดินทางไปที่บ้านของผู้สูงอายุ จากนั้นเก็บรวบรวม ข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในวันจันทร์-วันเสาร์ เวลา 9.00-16.30 น. ตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม 2539 ถึงวันที่ 10 มีนาคม 2539

ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง และอธิบายวัตถุประสงค์ในการทําวิจัย เพื่อขอ ความยินยอม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ ตามแบบอธิบายการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ข) ถ้าผู้สูงอายุยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึง เริ่มประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบ

ทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 5 รายที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และเมื่อคัดกรองได้ว่าผู้สูงอายุรายใดไม่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงเริ่มสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเอง สำหรับผู้สูงอายุตามลำดับ โดยเลือกสถานที่ที่ปราศจากเสียงรบกวน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุขาดสมาธิในการตอบคำถาม ในการสัมภาษณ์ จะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที จากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาที่จะมาสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ในเวลาหลังจากสัมภาษณ์ครั้งแรก 3 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดเวลาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมาสัมภาษณ์ผู้สูงอายุคนเดิม โดยสัมภาษณ์ตามแบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้แต่ละรายมาบันทึก เพื่อนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC⁺ (Statistical Package for the social Science/ Personal computer plus) และวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

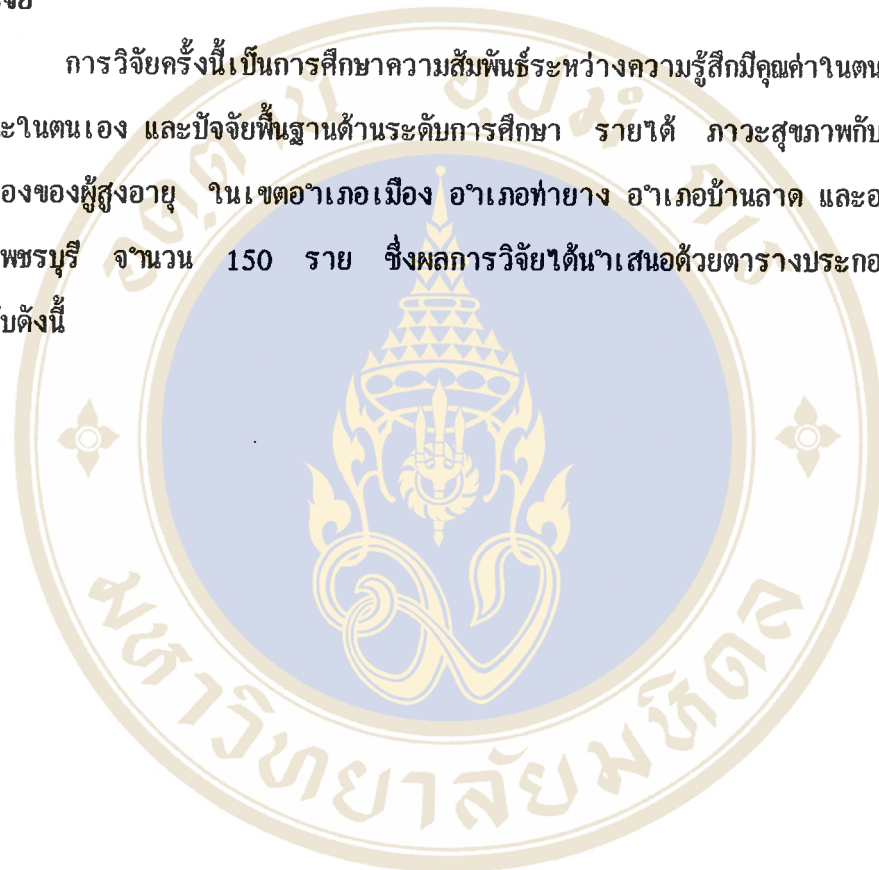
1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัว โดยการแจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นรายด้าน และโดยรวม
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษา รายได้และภาวะสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05
4. วิเคราะห์อำนาจทำนายของระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรม การดูแลตนเองซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง อำเภอท่ายาง อำเภอบ้านลาด และอำเภอเขาชัย จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 150 ราย ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และภาวะสุขภาพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 150)	ร้อยละ	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 150)	ร้อยละ
เพศ			รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ชาย	65	43.33	1,000-3,000	66	44.00
หญิง	85	56.67	3,001-5,000	58	38.67
อายุ (ปี)			5,001-7,000	14	9.33
60-64	36	24.00	7,001-20,000	12	8.00
65-69	42	28.00	ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย		
70-74	38	25.33	ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	5	3.33
75-79	22	14.67	เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	87	58.00
80-86	12	8.00	เพียงพอ มีเหลือเก็บ	58	38.67
สถานภาพสมรส			ภาวะสุขภาพ		
คู่	79	52.67	ไม่ดี	24	16.00
โสด หม้าย หย่า แยก	71	47.33	พอใช้	73	48.67
ระดับการศึกษา			ดี	44	29.33
ไม่ได้เรียนหนังสือ	16	10.67	ดีมาก	9	6.00
ประถมศึกษา	128	85.33			
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	5	3.33			
อนุปริญญา หรือ ปวส.	1	0.67			

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 56.67 อายุระหว่าง 65-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.67 ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85.33 รายได้ 1,000-3,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 44 รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 58 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 48.67

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าการกระจายของคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		\bar{X}	S.D.	Skewness
	แบบสอบถาม		กลุ่มตัวอย่าง		
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวม	10-40	20-38	30.66	3.68	-.390
การรับรู้สมรรถนะในตนเองรายด้าน					
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	15-75	35-64	490.08	5.15	.161
การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ	7-35	16-33	23.37	2.91	-.025
การดูแลตนเองเมื่อมีความเป็ยงเบนด้านสุขภาพ	6-30	12-28	20.95	2.86	-.210
การรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวม	28-140	76-112	93.40	8.23	.242

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวมค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 20-38 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.68 ค่าการกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ซ้าย (Skewness = -.390) การรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 76-112 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 93.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.23 ค่าการกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ขวา (Skewness = .242) สำหรับการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นรายด้าน พบว่าด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 49.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.15 ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.91 และด้านการดูแลตนเองเมื่อมีความเป็ยงเบนด้านสุขภาพ คะแนนค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.95 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.86

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าการกระจายของคะแนนพฤติกรรม
ในการดูแลตนเองจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		\bar{X}	S.D.	Skewness
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นรายด้าน					
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	24-96	54-87	71.70	6.02	.007
การดูแลตนเองตามระยะ พัฒนาการ	6-24	12-23	18.23	2.10	-.084
การดูแลตนเองเมื่อมีความ เบี่ยงเบนด้านสุขภาพ	8-32	16-30	23.64	3.26	-.005
พฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม	38-152	86-139	113.57	9.37	.108

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 86-139 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 113.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.37 ค่าการกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ขวา (Skewness = .108) สำหรับพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนการดูแลตนเองทุกด้านค่อนข้างสูง โดยที่การดูแลตนเองโดยทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 71.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.02 ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.10 สำหรับด้านดูแลตนเองเมื่อมีความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.64 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.26

การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยการทดสอบค่าที (t- test) ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัวเกณฑ์

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ระดับการศึกษา	1.000					
2. รายได้	.398***	1.000				
3. ภาวะสุขภาพ	.052	-.052	1.000			
4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.023	-.188*	.250**	1.000		
5. การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	.168*	.155	.041	.048	1.000	
6. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.236**	.054	.193*	.223**	.330***	1.000

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

จากตารางที่ 4 พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .330$, $p < .001$) และ ($r = .223$, $p < .01$) ตามลำดับ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .048$, $p > .05$)

ระดับการศึกษาและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .236$, $p < .01$ และ $r = .193$, $p < .05$ ตามลำดับ)

ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .168, p < .05$)

ภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการรับรู้สีกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .250, p < .01$) ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้สีกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.188, p < .05$)

ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการรายได้ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .398, p < .001$)

เมื่อพิจารณาถึงระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ($r = .330, p < .001$) รองลงมาคือระดับการศึกษา ($r = .236, p < .01$) การรับรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง ($r = .223, p < .01$) และภาวะสุขภาพ ($r = .193, p < .05$) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานของการวิจัยโดยมีรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะในตนเองจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุนำไปเริ่มการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็น เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่มีความยุ่งยาก (Bandura 1986 : 390-453) ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจที่จะแสวงหาความรู้ต่าง ๆ

และฝึกทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และอยู่เหนืออุปสรรคที่เกิดจากความจำกัดของร่างกายอันเนื่องมาจากความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงตามวัย นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกร็มโบสกีและคณะ (Grembowski, et al. 1993 : 66-67) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และแครอล (Carroll 1995 : 50-59) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุ ในระยะฟื้นฟูที่ได้รับการผ่าตัด coronary artery bypass พบว่าความคาดหวังในความสามารถของตนเองมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538 : 44-46) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และการศึกษาของศรีสุตา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538 : 42) พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สมมติฐานที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี จึงแสดงให้เห็นว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นคุณสมบัติพื้นฐานที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ สนใจ เอาใจใส่ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองอันจะส่งผลถึงพลังความสามารถของบุคคลตามแนวคิดของโอเรม (Orem 1985 : 121) ที่ว่าบุคคลที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องนั้น จะต้องมีแรงจูงใจที่จะกระทำ ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญ มีความหมาย และมีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม เกิดกำลังใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญกับความเครียดและอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้สำเร็จ รวมทั้งมีความสนใจในการพัฒนาศักยภาพของตนเองทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม แต่ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าคุณค่า ไร้ความสามารถ ถูกทอดทิ้งไม่เป็นที่รักใคร่ เคารพนับถือ

ของผู้ใกล้ชิดก็จะขาดแรงจูงใจ ขาดความสนใจที่จะดูแลตนเอง ทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมุขเลนแคมป์ (Muhlenkamp 1986 : 334-338) ที่พบว่า ความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของเยวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 81-95) และขวัญใจ ตันตวิวัฒน์เสถียร (2534 : 117-123) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณระวี อัจฉิฉ (2536 : ก-ข) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการศึกษาของเคียร์นีย์ และฟลैชเชอร์ (Kearney and Fleischer 1979 อ้างใน สิริอร พัวศิริ 2534 : 62) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

สมมติฐานที่ 3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว แสดงว่าไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงหรือต่ำ จะไม่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่งต่างไปจากการศึกษาของพาเรนท และวอลล์ (Parent and Whall 1984 : 8-11) ที่ศึกษาถึงผลของการจัดกิจกรรมที่กระทำเป็นงานอดิเรกต่อระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง และแครบตรี (Crabtree 1986 cited in Hurley 1990 : 33) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่ พบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งเหตุผลของความสัมพันธ์ในเชิงทฤษฎีนั้น จีแกส (Gecas 1979 cited in Taft 1985 : 77-84) และวอลล์ (Wallace 1984 : 262) อธิบายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดจากการที่บุคคลพิจารณา และประเมินตนเองจากการกระทำ และการประสบความสำเร็จในสถานการณ์ต่าง ๆ แล้วก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura 1977 : 195-203) ที่ว่าการประสบความสำเร็จจากการกระทำ (performance accomplishment) จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่ม

ตัวอย่าง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูง และมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปรทั้งสอง ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจนจากการวิจัยครั้งนี้ จึงยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในลำดับต่อไป

สมมติฐานที่ 4 บีปัจจัยพื้นฐานบางประการได้แก่ระดับการศึกษา รายได้และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 4 บางส่วน โดยพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .236$, $p < .01$) และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .193$, $p < .05$) แต่ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุซึ่งแยกอภิปรายไว้ดังนี้

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี ซึ่งตรงกับแนวคิดของโอเรม(Orem 1985: 120, 175) ที่กล่าวว่าการศึกษาจะช่วยทำให้บุคคลมีการพัฒนาความรู้ สามารถใช้สติปัญญาอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจในภาวะสุขภาพของตน มีภูมิต้านทาน มีความมั่นใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาต่าง ๆ ทำให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้สูงขึ้น ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะขาดทักษะในการค้นคว้าหาความรู้ หรือการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากไม่มีลักษณะของความใคร่รู้ ขาดความเข้าใจในประโยชน์หรือความจำเป็นในสิ่งที่ตนปฏิบัติอย่างแท้จริง (เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ 2529 : 99) อีกประการหนึ่งบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ มักประสบกับปัญหาในการทำความเข้าใจในสิ่งที่ตนเป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการเกิดโรค วิธีการรักษาพยาบาล ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจึงมีความจำกัดในการรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดี ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดของโอเรมที่ว่าการศึกษาช่วยพัฒนาการดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535

: 116) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้ การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาอีกหลายรายที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับวิถีชีวิตพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ 2529: 108 ; สุลี ทองวิเชียรและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ ม.บ.บ. : 5 ; จำเรียง ฐรมะสุวรรณ นิตยา สุภานันท์ และวินัส ตันติมูล 2532 : 46 ; Muhlenkamp 1986 : 334-338 ; Walker, et al. 1988 : 76-90 ; Speake, Cowart and Pellet 1989 : 93-100 ; Johnson 1991 : 15-19)

ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง แสดงว่าผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสุขภาพดีจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพ ไม่ดีจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะสุขภาพมีส่วนกำหนดกิจกรรมในการ ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (Mc Dowell & Newell 1987 : 14-16) ส่งผลให้สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้เต็มที่ที่สามารถ พึ่งพาตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ อันจะทำให้แสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการ ดูแลตนเองหรือเลือกใช้บริการทางสุขภาพได้เหมาะสม นอกจากนี้การมีสุขภาพดีจะทำให้ผู้สูงอายุ มีกำลังใจ กำลังใจที่เข้มแข็ง สามารถที่จะเผชิญกับความเครียดหรืออุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต ได้สำเร็จ รวมทั้งมีความพร้อมที่จะเรียนรู้หรือฝึกทักษะในการปฏิบัติดูแลตนเอง ทำให้เกิด พฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีต่อไป ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยนั้นนอกจากจะมี ความจำกัดในการช่วยเหลือตัวเองแล้ว ภาวะคุกคามของโรคหรือภาวะสุขภาพที่แย่ลง ยังมีผล กระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ เกิดความเครียด วิดกกังวล ซึมเศร้าหรือท้อแท้ในชีวิตได้ การศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนทฤษฎีของโอเรม (Orem 1985 : 176-177) ที่กล่าวว่าภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่สมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ เหมาะสม เต็มศักยภาพของตน สอดคล้องกับการศึกษาของนิรนาท วิทโยชกิตติคุณ (2534 : 38) ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสิรินทร์ ศาสตราบุรุษย์ (2538 : 63) พบว่าภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร (2534 : 117-123) ที่พบว่า ภาวะ

สุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจากการศึกษาของชลธิชา วัจวิเวก (2537 : ก-ข) พบว่าสุขภาพกาย มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แสดงว่าไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีรายได้ต่อเดือนสูงหรือต่ำ จะไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ลักษณะรายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์สูง จึงไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่มีรายได้สูงกับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 มีรายได้ 1,000-3,000 บาทต่อเดือน เมื่อประเมินความเพียงพอของรายได้นำมาใช้จ่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.67 มีรายได้เพียงพอใช้จ่าย แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำนั้น ได้รับการเอื้ออำนวยแหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อการดูแลตนเอง เพียงพอ กับความต้องการที่จำเป็นในชีวิตประจำวันอันได้แก่ ระบบครอบครัว สังคมประเพณี และโดยทั่วไปผู้สูงอายุ มักมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เรียบง่าย ใช้จ่ายอย่างประหยัด มักไม่จำเป็นต้องซื้อหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง รวมทั้งอุปสรรคในการดูแลตนเองก็ไม่มีมากทั้งยังมีลูกหลานช่วยเหลือดูแลและสนับสนุนอีกด้วย นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพที่เกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในกรณีมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุรวมทั้งมีคลินิกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุตามโรงพยาบาลต่าง ๆ และงานสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นได้เหมาะสมกับวัย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษานันทา วิทโยชคกิตติคุณ (2534 : 40) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและการศึกษาของอัจฉรา โอบระเสริฐสวัสดิ์ (2531 : ก-ข) และสมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ง) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดตามลำดับ อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาอีกหลายรายที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ต้นติวัฒน์เสถียร (2534 : 123; ดวงพร รัตนอมรชัย 2535 : 117 ; วันดี แยมจันทร์ฉาย 2538 : 46 ; Walker, et al. 1988 : 84)

สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยพื้นฐานบางประการได้แก่ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาค้นคว้านี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 5 บางส่วนได้แก่ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .168$, $p < .05$) แต่รายได้และภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งแยกอภิปรายได้ดังนี้

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง แสดงว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงด้วย ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาต่ำก็จะมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ อธิบายได้ว่าการศึกษาที่บุคคลได้เรียนรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ โดยตรง มีวุฒิภาวะในการตัดสินใจหรือพิจารณาเรื่องต่าง ๆ ได้ถูกต้องเหมาะสม ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจในข้อมูลต่าง ๆ ได้ง่าย รู้จักแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองได้ดี เช่น การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อสารมวลชนต่าง ๆ การซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับบุคคลอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง เกิดแรงจูงใจ ที่จะเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน สามารถเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ฉะนั้นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจึงมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura 1977 : 195-198) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคลพัฒนามาจากการกระทำที่บรรลุผลสำเร็จด้วยตนเอง (Performance accomplishment) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะเป็นรากฐานในการสร้างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2537 : 48) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ นั่นคือไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีรายได้ต่อเดือนสูงหรือต่ำ จะไม่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะรายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์สูง จึงไม่พบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะในตนเองระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มที่มีรายได้สูงกับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ กล่าวคือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000-3,000 บาทต่อเดือน เมื่อพิจารณาถึงความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 96.67 แสดงว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุอาจเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การสนับสนุนของครอบครัวและลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกหลานซึ่งโดยส่วนใหญ่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี ซึ่งนอกจากจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุแล้ว ยังให้คำแนะนำและเป็นที่ยอมรับเรื่องต่าง ๆ ได้ดี รวมทั้งจะพาผู้สูงอายุไปรับบริการตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วย ให้การช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ และให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น นอกจากนี้ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินการสนับสนุนให้มีการจัดอบรมความรู้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็น พสส. อสม. เน้นบริการแบบผสมผสานให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาตนเองในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง มีโครงการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Health Care) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจและมั่นใจในความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้การรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจึงไม่แปรผันตามความแตกต่างของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผลการศึกษาค้นคว้านี้ จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเกร็มโบสกีและคณะ (Grembowski, et al. 1993 : 89-104) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี หรือมีรายได้สูงจะมีการรับรู้สมรรถนะเกี่ยวกับความคาดหวังในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ

ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ แสดงว่าไม่ว่าผู้สูงอายุจะประเมินภาวะสุขภาพของตนว่าดีหรือไม่ดี จะไม่มีผลทำให้การรับรู้สมรรถนะในตนเองแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์ค่อนข้างสูง กล่าวคือกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 84 มีสุขภาพระดับพอใช้ถึงดีมาก จึงไม่พบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มที่สุขภาพไม่ดีกับกลุ่มที่มีสุขภาพดี

นอกจากนี้ ระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้ออำนวยให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง เช่น งานสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชนให้สามารถดูแลตนเอง และช่วยเหลือกันเองในชุมชนได้ การส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เป็นต้น อีกทั้งลักษณะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันในกลุ่มเพื่อนบ้านแบบชุมชนชนบท ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง หรือบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ส่งผลให้มีการตระหนักถึงความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ได้ทัดเทียมกับบุคคลอื่น ๆ และเมื่อปฏิบัติแล้ว เกิดผลดีแก่ตนเองก็มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคลตามที่แบนดูรา (Bandura 1977 : 195-198) ได้กล่าวไว้เกี่ยวกับการกระทำที่ประสบความสำเร็จที่บุคคลเคยได้รับประสบการณ์โดยตรง การเปรียบเทียบความสามารถของตนกับผู้อื่นและการถูกชักจูงด้วยคำพูด คำแนะนำต่าง ๆ ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุจึงไม่แปรผันตามการประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของบารอน (Baron 1988 : 202) ที่พบว่าสภาวะที่ร่างกายมีปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมตามพัฒนาการของวัยผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุประเมินความสามารถของตนเอง หรือมีความเชื่อมั่นในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

สมมติฐานที่ 6 ปัจจัยพื้นฐานบางประการได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 6 บางส่วน ได้แก่ ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.250$, $p < .01$) ส่วนที่ไม่สนับสนุนสมมติฐานได้แก่ รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.188$, $p < .05$) นอกจากนี้พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรูสึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุซึ่งแยกอภิปรายรายได้ดังนี้

ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุแสดงว่าถ้าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีก็จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าไม่ดี จะมีการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองต่ำ อธิบายได้ว่าในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวจะสามารถใช้ประโยชน์จากพลังงานและศักยภาพของตนในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ (Orem 1985 : 176-179) บางรายยังสามารถประกอบอาชีพตามความสามารถที่มีตามวัย และเมื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ประสบความสำเร็จ มีรายได้เป็นของตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระกับผู้อื่นก็จะเกิดการยอมรับนับถือในตนเอง รู้สึกว่าตนเองยังคงมีคุณค่า มีความสามารถและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น ๆ อีกด้วย (Taft 1985 : 79) ในขณะที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่ดี มีความเจ็บป่วยหรือถูกคุกคามจากโรคประจำตัว โรคเรื้อรังต่าง ๆ ย่อมมีความจำกัดในการดูแลตนเอง อีกทั้งต้องประสบกับความเครียด วิตกกังวลหรือทุกข์ทรมานต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ขาดความมั่นใจและความพึงพอใจในชีวิตรวมทั้งไม่มั่นใจในความปลอดภัยในชีวิตของตน ตามทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslow and Morgan 1985 : 12-15) กล่าวว่า ถ้าความต้องการขั้นพื้นฐานระดับล่างของบุคคล เช่น ด้านร่างกายหรือความปลอดภัยไม่ได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการในระดับสูงขึ้นไป อันได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองย่อมไม่เกิดขึ้น แสดงให้เห็นว่าการมีภาวะสุขภาพที่ดีจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนคำกล่าวของจอร์จ สวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ (2536 : 93-108) ที่ว่าสมรรถภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จะทำให้บุคคลสูญเสียสถานภาพทางสังคมและบทบาทหน้าที่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้ความพึงพอใจและความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุลดลง จึงอาจมีค่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อย่างไรก็ตามถ้าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้เหมาะสม มีการดูแลตนเองได้ถูกต้องจนมีภาวะสุขภาพที่ดี แม้จะมีโรคประจำตัวก็ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน รวมถึงสถานบริการสุขภาพที่ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีและตระหนักในคุณค่าของตนเองไปในทางที่ดีตามมาได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 103) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคมสูงจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

เช่นเดียวกับการศึกษาของสิรินทร์ ศาสดรานุรักษ์ (2538 : 63) ที่พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการศึกษาของบรูคฮาร์ด (Bruckhardt 1985 : 11-16) ที่พบว่าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ เมื่อโรครุนแรงขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะยิ่งต่ำลง เนื่องจากการไม่สามารถกระทำกิจวัตรประจำวันมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้น นอกจากนี้ แฮนสัน (Hanson 1982 อ้างในวรรณระวี อัจฉริ 2534 : 51) ศึกษาผลของความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าระดับความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นประเมินตนเองในทางที่มีคุณค่าน้อยลง

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การประกอบอาชีพ บัญชีด้านสัมพันธภาพในครอบครัว หรือแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีรายได้สูงกับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำมีความแตกต่างกัน กล่าวคือจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 96.67 มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไม่เดือดร้อนเรื่องการเงินแต่อย่างใด แต่การที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำนั้น อาจเนื่องจากในลักษณะที่ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจดีนั้นผู้สูงอายุมักไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพคือมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นต้น ส่วนหนึ่งได้ยกกิจการต่าง ๆ ให้ลูกหลานดูแลแทน บางรายเกษียณอายุราชการมาอยู่บ้านเฉย ๆ ประกอบกับลูกหลานไม่ต้องการให้ทำงานหนัก ดังนั้นกิจกรรมที่แท้จริงมีเพียงการดูแลบ้าน ปลูกต้นไม้ ดูแลเด็กเล็ก ๆ ประกอบอาหารเล็ก ๆ น้อย ๆ เท่านั้น อีกทั้งในครอบครัวที่มีรายได้สูงมักพบว่าลูกหลานมักใช้เวลาส่วนใหญ่นอกบ้านกับการทำงานหรือการศึกษา จนบางครั้งอาจละเลยต่อผู้สูงอายุ ขาดการดูแลเอาใจใส่ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียบทบาท ไม่มีความหมาย เป็นภาระของผู้อื่น เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังไม่มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม อีกทั้งไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่นจึงรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองต่ำได้ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ ส่วนมากมักมีสุขภาพแข็งแรงยังคงประกอบอาชีพส่วนตัวได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานในภาคเกษตรหรืองานที่ต้องใช้ฝีมือหรือความสามารถพิเศษ เช่น ทาสวน ทำไร่ งานแกะสลักไม้ งานดนตรี งานช่างทำบ้าน เป็นต้น ซึ่งแม้ว่าจะมีรายได้ไม่มาก แต่การที่ผู้สูงอายุมีรายได้เป็นของตนเองจากการใช้ความรู้ความสามารถที่มีนั้น ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและตระหนักในคุณค่าของ

ตนเองสูงได้เป็นอย่างดี ผลการศึกษาครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 99) และวรรณระวี อัจฉิน (2534 : 51) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าจะมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ อย่างไรก็ตามบรุคฮาร์ด (Bruckhardt 1985 : 11-16) ได้ศึกษาผลกระทบของโรคข้ออักเสบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัย 27-98 ปี พบว่ารายได้กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กัน เช่นเดียวกับการศึกษาของสิรินทร์ ศาสตราวุธรักษ์ (2538 : 62) ที่พบว่าปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ นั่นคือ ไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีระดับการศึกษาสูงหรือต่ำ ก็ไม่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์ค่อนข้างมาก คือพบว่าเป็นผู้ที่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 85.33 โดยทั่วไปแล้วบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจและมีแนวทางในการตัดสินใจพิจารณาเรื่องต่าง ๆ ได้ดี มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดความมั่นใจ เชื่อในอำนาจการกระทำของตนเอง เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ก็จะสามารถควบคุมตนเองและตัดสินใจปัญหาที่ตัวเองประสบได้จึงประเมินตนเองไปในทางที่มีคุณค่าสูง (Croub and Straub 1982 อ้างในวรรณระวี อัจฉิน 2534 : 51) อีกทั้งค่านิยมในสังคมไทยผู้สูงอายุที่มีโอกาสในการศึกษาสูงย่อมได้รับการยกย่องนับถือค่อนข้างมาก และมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา จึงเกิดความพึงพอใจในชีวิต มีความสุขใจเมื่อนึกถึงความสำเร็จในอดีตของตนเองทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ที่โดยโอกาสในการศึกษา อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาน้อยตระหนักถึงคุณค่าในตนเองสูงได้ ตัวอย่าง เช่น การมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นการมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว การใช้ความรู้ความสามารถในการประกอบอาชีพส่วนตัว การมีรายได้เพียงพอสำหรับใช้จ่าย โดยไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของลูกหลาน ผลการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นไปในทางตรงกันกับการศึกษาของมุขเลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp and Sayles 1986 : 334-338) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 88) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไป พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และการศึกษาของอภิญา กังสนารักษ์

และนัยพินิจ คชภักดี (2533 : 14-24) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับวิทยาลัย จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษา

นอกจากผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัยที่อภิปรายแล้วข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อสังเกตอื่น ๆ ที่พบในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 69.83 ปี (ตารางที่ 1) ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่เป็นชุมชนชนบท และอยู่ไม่ไกลจากสถานีอนามัยประจำตำบลนั้น ๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีเพียง 1 ตำบลที่นับถือศาสนาอิสลาม บางส่วนยังคงประกอบอาชีพ มีรายได้เป็นของตนเองโดยทำเกษตรกรรม งานฝีมือ ช่างไม้หรืองานดนตรี มักอาศัยอยู่กับครอบครัวของลูกหลาน ส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนดูแล เอาใจใส่จากลูกหลานค่อนข้างดี มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันแน่นแฟ้นเพื่อนบ้าน ใช้ชีวิตเรียบง่าย ไม่ค่อยได้ใช้จ่ายเงินทองในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุจำนวนน้อย ที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุหรือเป็นอาสาสมัครอื่น ๆ และจากการสัมภาษณ์พบว่ายังไม่สามารถชี้แหล่งประโยชน์ที่รัฐจัดให้อย่างทั่วถึง อีกประการหนึ่งจากการประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ TMSE พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาในเรื่องของการระลึกได้ (Recall) การคำนวณ (Calculation) และการรับรู้ (Orientation) ตามลำดับ

2. ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยเฉลี่ยเท่ากับ 30.66 จากคะแนนของแบบวัดทั้งหมด 40 คะแนน (ตารางที่ 2) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาแบบวัดเป็นรายข้อโดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างสูงในข้อที่มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ($\bar{x} = 3.727$) รู้สึกว่าเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมกับผู้อื่น ($\bar{x} = 3.680$) และไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์ ($\bar{x} = 3.333$) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงมา ในรายข้อที่กล่าวถึงการ เป็นที่พึ่งพาของลูกหลาน ($\bar{x} = 2.553$) และบางครั้งคิดว่าตนเองไม่มีอะไรดีเลย ($\bar{x} = 2.293$) (ภาคผนวก ง) ดังนั้น เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและบุคลิกภาพที่ดีในครอบครัว ควรจะได้ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

3. ด้านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางคือ 93.40 จากคะแนนของแบบวัดทั้งหมด 140 คะแนน (ตารางที่ 2) มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองรายด้าน ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ด้านการดูแลตนเองเมื่อมีความเป็ยงเบนด้านสุขภาพ อยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาแบบวัดเป็นรายข้อโดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนน การรับรู้สมรรถนะในตนเองค่อนข้างสูง ในข้อการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{x} = 4.373$) การเลือกทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้เหมาะสม กับความสามารถและวัย ($\bar{x} = 4.340$) การดูแลตนเองเมื่อต้องอยู่ตามลำพัง ($\bar{x} = 4.127$) การไปตรวจตามแพทย์นัด ($\bar{x} = 4.053$) และการใช้ยาตามแพทย์สั่งเมื่อเจ็บป่วย ($\bar{x} = 4.013$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะในตนเองค่อนข้างต่ำในข้อการไปตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{x} = 1.533$) และการออกกำลังกายเป็นประจำ ($\bar{x} = 1.953$) (ภาคผนวก ง)

4. ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในค่อนข้างสูง คือ 113.57 จากคะแนนของแบบวัดทั้งหมด 152 คะแนน (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายข้อโดยการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองดีในข้อ การพึ่งตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\bar{x} = 3.727$) การไม่กลืนยี่สสาวะ ($\bar{x} = 3.700$) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ($\bar{x} = 3.620$) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี ในข้อการมารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{x} = 1.733$) และการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ($\bar{x} = 1.667$) ตามลำดับ (ภาคผนวก ง)

การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวทำนายได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับตัวเกณฑ์ ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² change	Adj. R ²	t	b	Beta	P
1.	การรับรู้สมรรถนะ ในตนเอง	.330	.109	.109	.103	4.246	.395	.330	.000
2.	การรับรู้สมรรถนะ ในตนเอง						.409	.341	.000
	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง	.407	.166	.057	.154	3.176	.709	.239	.002
3.	การรับรู้สมรรถนะ ในตนเอง						.373	.311	.000
	ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง						.693	.234	.002
	ระดับการศึกษา	.444	.197	.031	.180	2.374	.874	.179	.019
constant (a)		= 60.506,		overall F = 11.927,		P = .000			

จากตารางที่ 5 พบว่าในขั้นตอนที่ 1 ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในสมการคือ การรับรู้สมรรถนะในตนเองเนื่องจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .109 แสดงว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 10.9 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากนั้นในการวิเคราะห์ขั้นที่ 2 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณาคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .166 ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และในการวิเคราะห์ขั้นที่ 3 ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณาคือระดับการศึกษา พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .197 ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงยุติลง

ในขั้นตอนที่ 3 จะเห็นได้ว่าเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้ว ตัวทำนายที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและระดับการศึกษา โดยตัวทำนายสามตัวนี้สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 19.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การสร้างสมการทำนาย จากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 5 พบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (b) แต่ละค่าของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าไปในขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 3 คือการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (PSE) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (SE) และระดับการศึกษา (EDU) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าคงที่ (a) เท่ากับ 60.506 จากการวิเคราะห์ถดถอยและสหสัมพันธ์พหุคูณในขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่จะได้สมการถดถอยที่ดีที่สุด เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (SCB) ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$\hat{Y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 \dots b_nx_n$$

$$\hat{Y} (\text{SCB}) = 60.506 + .373 (\text{PSE}) + .693 (\text{ES}) + .874 (\text{EDU})$$

และสมการถดถอยพหุคูณที่ดีที่สุดในรูปแบบมาตรฐานคือ

$$\hat{Z} (\text{SCB}) = .311 (\text{PSE}) + .234 (\text{ES}) + .179 (\text{EDU})$$

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้คือ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและระดับการศึกษา ตัวแปรทั้งสามนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 19.7 ($p < .001$)

ส่วนความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหลืออีกร้อยละ 80.3 ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพของครอบครัว ระบบครอบครัว สังคมประเพณีและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมารวมทั้งระบบบริการสุขภาพที่เกื้อหนุนต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลตนเองยังอาจเกิดจากความแปรผันของปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบในโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง อันได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ 10 ประการ ที่นอกเหนือจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ซึ่ง โอเรม (Orem 1985 : 154-155) กล่าวไว้ว่ามีความสำคัญต่อการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าผลการทดสอบสมมติฐานทั้ง 6 ข้อเป็นดังนี้ สมมติฐานที่ 1 และสมมติฐานที่ 2 ได้รับการสนับสนุน สมมติฐานที่ 3 ไม่ได้รับการสนับสนุน สมมติฐานที่ 4 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน กล่าวคือพบว่าปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษาและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แต่รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สมมติฐานที่ 5 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน กล่าวคือ พบว่าปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ในขณะที่รายได้และภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะในตนเอง นอกจากนี้สมมติฐานที่ 6 ได้รับการสนับสนุนบางส่วนกล่าวคือพบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและระดับการศึกษา

ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวความคิดที่ว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นแรงจูงใจภายในที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติเกี่ยวกับความสนใจในตนเองของบุคคลที่จะกระทำ

พฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงในสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ทำให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญปัญหาได้โดยไม่มีข้อท้อจนประสบความสำเร็จในที่สุด โดยโอเรม (Orem 1985 : 105-108) ถือว่าแรงจูงใจเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power component of self-care agency) มีผลให้ผู้สูงอายุเริ่มการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการคุกคามของโรคประจำตัวต่าง ๆ รวมทั้งหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจัดเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ายังมีความสำคัญ มีคุณค่า มีความหมาย และมีประโยชน์ต่อผู้อื่น แม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะไม่สนับสนุนถึงความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองก็ตาม แต่ในเชิงทฤษฎีนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะทำให้บุคคลเกิดมีกำลังใจที่เข้มแข็ง มีความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะพัฒนาศักยภาพในตนเอง จึงก่อให้เกิดแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ระดับการศึกษาก็เป็นสิ่งที่จะช่วยทำให้บุคคลได้พัฒนาทักษะ ความรู้และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 175) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ได้รับคำแนะนำได้ดีกว่า มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า ส่วนภาวะสุขภาพก็จัดเป็น ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่ง (Basic conditioning factors) ที่มีอิทธิพลเฉพาะต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีก็สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้เหมาะสมตามวัยและความสามารถที่จะกระทำได้ อีกทั้งถ้าได้รับการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น ครอบครัว ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งสถานบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ก็จะช่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเป็นการสัมภาษณ์ วิธีการสัมภาษณ์อาจมีผลต่อคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความลำเอียงได้ ผู้สูงอายุบางคนอาจตอบในสิ่งที่คิดว่าผู้วิจัยจะพอใจหรือตอบในสิ่งที่สังคมยอมรับ ทำให้ได้คำตอบซึ่งไม่ตรงกับความจริง จึงอาจมีผลต่อความตรงของงานวิจัยได้

2. การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลานานเกิน 45 นาที ทำให้ผู้สูงอายุบางรายขาดความตั้งใจ ซึ่งอาจมีผลต่อคำตอบได้

3. งานวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับประชากรผู้สูงอายุทั้งจังหวัดเพชรบุรี โดยผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างมาเพียง 4 อำเภอจาก 7 อำเภอ และสุ่มอำเภอละ 1 ตำบลเท่านั้น อีกทั้งใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลโดยการสุ่มแบบบังเอิญ จึงมีความจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงผู้สูงอายุทั้งจังหวัด หรือประชากรผู้สูงอายุโดยรวมทั่ว ๆ ไปได้

4. การวัดภาวะสุขภาพเป็นการวัดโดยใช้ความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเอง อาจเกิดความลำเอียงได้ จากการที่ผู้สูงอายุตอบไม่ตรงกับความจริงที่เป็นอยู่ และแยกไม่ได้ว่าเป็นภาวะสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต จึงอาจมีผลต่อความตรงของงานวิจัยได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Correlation Survey Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ระดับการศึกษา รายได้และภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุในชุมชนเขตอำเภอเมือง อำเภอท่ายาง อำเภอบ้านลาด อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม 2539 ถึงวันที่ 10 มีนาคม 2539 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัว โดยการแจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ปัจจัยพื้นฐานด้านระดับการศึกษา รายได้และภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
4. วิเคราะห์อำนาจทำนายของระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.67 อายุระหว่าง 65-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 28 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.67 ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85.33 รายได้ 1,000-3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 44

รายได้เพียงพอกับรายจ่าย แต่ไม่เหลือเก็บคิดเป็นร้อยละ 58 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 48.67

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยคำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่าการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .330, P < .001$; $r = .233, p < .01$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .236, P < .01$; $r = .193, p < .05$ ตามลำดับ) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .168, p < .05$) ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .250, p < .01$) แต่รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.188, p < .05$) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 19.7

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและคลินิก ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการสร้างแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเอง เพื่อวางแผนในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น
2. พยาบาลควรนำผลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเอง ก่อให้เกิดความสนใจ เอาใจใส่ในสุขภาพของตน ให้มีส่วนร่วมในการรักษา และมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีโรคประจำตัว อีกทั้งการรับรู้สมรรถนะในตนเองก็จะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจ มีอำนาจความสามารถของตนเองที่จะแก้ไขปัญหาในสถาน

การณที่ยุ่งยาก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นสามารถกระทำได้ดังนี้

2.1 เตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ระยะก่อนเกษียณอายุ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งด้านร่างกาย ภาวะจิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การรักษา การสังเกตอาการ แนวทางการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยให้ข้อมูลในรูปแบบการสอนเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม และใช้สื่อที่เข้าใจได้ง่าย เช่น โบสเตอร์ วีดีโอ หรือแผ่นพับ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวปรับใจ สามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้

2.2 พสมพสานการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในลักษณะของงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อันจะมีผลในการลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว หรือโรคที่ป้องกันได้ซึ่งอาจเกิดกับผู้สูงอายุ อีกทั้งในรายที่เจ็บป่วยแล้ว ก็จะได้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

2.3 ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ระบบการส่งต่อ (Referral System) อย่างมีประสิทธิภาพ ระหว่างทีมสุขภาพ ตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจนถึงชุมชน มีการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาด่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

2.4 ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อสังคม ให้การยกย่องนับถือ สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้สูงอายุและญาติ ยอมรับในความสามารถ ความแตกต่างระหว่างบุคคลและข้อจำกัดของผู้สูงอายุ มีเจตคติที่ดีและเอาใจใส่ต่อความผาสุกของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง

2.5 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม เช่น เข้าร่วมโครงการของชุมชน เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นอาสาสมัครที่ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม หรือจัดตั้งเป็นกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Support Group) ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ระหว่างกัน มีกิจกรรมร่วมกัน ได้พัฒนาตนเอง ตระหนักถึงความสามารถของตน เกิดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีทัดเทียมกับผู้อื่นในวัยเดียวกัน

3. การดูแลผู้สูงอายุ ควรพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในตนเอง และการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเองดังนี้

3.1 จัดทำมีโครงการให้ความรู้และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตามวัย และสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ในชุมชนนั้น ๆ โดยอาจให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวโดยตรง หรือผ่านทางสื่อต่าง ๆ เช่น การเปิดกระจายเสียงงานหมู่บ้าน แผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วิทยุและโทรทัศน์ เพื่อรณมน้ำวให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของตน เกิดเจตคติที่ดีต่อวัยสูงอายุ ไม่รู้สึกวตนเองอยู่ในภาวะที่ไร้สมรรถภาพ หรือไร้ประโยชน์ เมื่อติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ควรกระตุ้นเตือนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีอยู่เสมอ เมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้องควรกล่าวคำยกย่องชมเชย สนับสนุน ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนและ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดีขึ้น

3.2 ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยแนะนำบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวให้เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ไม่แสดงกิริยา หรือวาทะที่วให้ผู้สูงอายุเกิดความ รู้สึกวตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมาย หรือเป็นภาระของครอบครัว พร้อมทั้งให้กำลังใจ สนใจ แสดงความห่วงใยผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ยินดีรับฟังปัญหา เพื่อช่วยแก้ไข ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพได้ นอกจากนี้พยาบาลในชุมชนควรจัดโครงการส่งเสริมและเน้นให้ประชาชนทั่วไปเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุโดยอาจจัดกิจกรรมร่วมกับหน่วยราชการต่าง ๆ ในโอกาสที่เป็นเทศกาลประจำปี หรือวันสำคัญต่าง ๆ เช่น วันผู้สูงอายุ วันแม่หรือวันพ่อแห่งชาติ เป็นต้น

3.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าแหล่งประโยชน์ที่รัฐจัดให้อย่างทั่วถึง เช่น คลินิกผู้สูงอายุตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ศูนย์บริการทางสังคมของกรมประชาสงเคราะห์และจัดตั้งแหล่งประโยชน์ในชุมชนเช่น ชมรมผู้สูงอายุในระดับตำบล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สังสรรค์และทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน

4. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสมตามวัยโดยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองว่ายังมีกรปฏิบัติตัวด้านใดไม่ถูกต้อง แล้วจึงวางแผนส่งเสริมในด้านนั้น จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกกำลังกายเป็นประจำ และไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประเด็นสำคัญ (ภาคผนวก ง) ดังนั้นควรส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่ม หรือชมรมการออกกกำลังกายเช่น กายบริหาร รมวยจีน ตามวัดหรือชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการออกกกำลังกายมากขึ้น รวมทั้งสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น บุตร

หลาน หรือบุคคลใกล้ชิดทำให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ส่วนในเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ และมีการประสานกับหน่วยงานสาธารณสุขประจำท้องถิ่น เช่น สถานีอนามัยประจำตำบล หรือจัดตั้งเป็นหน่วยเคลื่อนที่ ออกให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุในชุมชนโดยไม่คิดค่าบริการ และเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญ และมีความตื่นตัวที่จะมารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีมากขึ้น

5. ควรส่งเสริมให้มีการปรับปรุง รูปแบบการให้บริการตรวจรักษาพยาบาล และการตรวจสุขภาพทั่วไปของหน่วยบริการของโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก และประสบการณ์ที่ดี เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุ เกิดทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการสุขภาพ และในระหว่างให้บริการ พยาบาลควรหาโอกาสเสริมความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการ เพื่อนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ด้านการศึกษา

1. การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรเน้นให้นักศึกษาพยาบาลสามารถประเมิน ปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ และประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เช่น ความรู้สึกรู้สีก่อนตนเอง รวมทั้งการรับรู้สมรรถนะในตนเองซึ่งเป็นพลังความสามารถในการดูแลตนเองตามกรอบทฤษฎีของโอเรม ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผน และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาและคงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลตนเอง

2. ควรสนับสนุนให้มีการจัดอบรม พยาบาลเฉพาะทางที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และมีจำนวนพยาบาลเพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุ ที่ทวีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ

3. ควรจัดอบรมพื้นฐานวิชาการในชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาซ้ำโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร ซึ่งมีความแตกต่างกัน (Heterogeneous) ทั้งในเรื่องของระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพเพื่อยืนยันผลการวิจัยในครั้งนี้และตัวแปรด้านภาวะสุขภาพควรรู้ เครื่องมือวัดเชิงวัตถุวิสัย เพื่อเป็นดัชนีในการบ่งชี้ภาวะสุขภาพได้เที่ยงตรงขึ้น
2. ควรมีการขยายการวิจัยไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
3. ศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ การให้คุณค่าต่อสุขภาพ แหล่งประโยชน์หรือแรงสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น
4. ศึกษารูปแบบของการส่งเสริมความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ดีขึ้น เช่น การใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นต้น
5. ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การดูแลแบบสหวิทยาการ (Multidisciplinary) หรือรูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ที่มีผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุในกลุ่มโรคต่าง ๆ

บรรณานุกรม

- เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อรุณการพิมพ์, 2528.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. "แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย" สารสิริราช. 45 (มิถุนายน 2536): 359-374.
- ขวัญใจ ต้นติวัฒนเสถียร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536.
- จินตนา รอดนันทา. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- จาเรียง ฐรมะสุวรรณ นิตยา สุภานันท์ และวินัส ต้นติมูล. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย ม.ป.ท., 2532.
- ฉันทนา กาญจนพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- ชลธิชา วัังวิเวก. ความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ชวลี แยมวงษ์. ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเรม ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ: สุภาวณิชการพิมพ์, 2532.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ทองอยู่ แก้วไทรชะและคณะ. ผู้สูงอายุในสังคมไทย. รายงานการวิจัย กรุงเทพมหานคร: กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2527.
- ชวีชัย วรพงษ์. " ข้อพิจารณาการใช้สถิติการถดถอยพหุสำหรับงานวิจัย. " วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์. ปีที่ 3 (มกราคม 2532): 55-62.
- ภาพพร ชัยวรรณ และมาลีนิ วงษ์สิทธิ์. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- นิรนาท วิทยชคิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- บรรลุ ศิริพานิช. " สุขภาพผู้สูงอายุ. " วารสารคลินิก. ปีที่ 6 (มิถุนายน 2533) :432-436.
- _____. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2534.
- บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. ระบาดวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2525. รายงานการวิจัย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท., 2526.
- _____. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง 2531. รายงานการวิจัย กรุงเทพมหานคร : สามดีการพิมพ์, 2532.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดความเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : พีระพัฒนา, 2526.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. ผลของการทำให้คำปรึกษาแบบประคับประคอง ต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

พวงผกา ชื่นแสงเนตร. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

พีรสิทธิ์ คำนวณศิลป์ สิณี กมลวาทินและประเสริฐ รัชโกไทยดี. ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง และปัญหาบางประการของคนชรา. รายงานการวิจัย สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2525.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ศิริพร จัมภลิจิตและทัศนีย์ นะแสง. วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : โรงพิมพ์อัลลายเพลส, 2535.

มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

มณีรัตน์ วิริยะประสพโชค. การรับรู้ในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษที่มารับการตรวจสุขภาพในคลินิกกามโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และพะเยา วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล. 4 (ตุลาคม 2538) : 1.

....., สำนักงานอธิการบดี, งานส่งเสริมการวิจัยและตำรา กองบริการการศึกษา การวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานอธิการบดี-มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

เขาวดี สุวรรณาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

เขาวลัทธิ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี.

- วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- ยุวดี ฤชาและคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิคตอรี เพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2532.
- รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ และการรับรู้สมรรถนะ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ลือชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- วงเดือน ศิริรักษ์และคณะ. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล นพรัตน์ราชธานี. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- วรรณระวี อัครนิจ. ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- วิมา ศิริสุข. "แนวคิดและทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ" ในคู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ, หน้า 70-114. มัลลิกา มัติโก, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร:โครงการ ช่างงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และการสาธารณสุข, 2534.
- ศรีจิตรา บุนนาค "ปัญหาสุขภาพและแนวความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ" แพทยสภาสาร. 18(เมษายน 2532) : 251-263.
- ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

- สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ วรณิ สัตยวิวัฒน์และวิไลวรรณ ทองเจริญ. "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ". วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล. 2(มกราคม-มีนาคม 2538) : 88-96.
- สมจิต หงุเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง, 2536.
- สมาใจ ยิ้มวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- สิรินทร์ ศาสตราภรณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- สิริอร พัวศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ : หลักการ วิธีและการประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์, 2537.
- สุดา วิไลเลิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลคัลยศาสตร์และอายุรศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
- สุลี ทองวิเชียรและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, ฝ่ายแผนงาน. รายงานประจำปี 2537. เพชรบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2537.
- เสาวภา วิจิตวาที. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- อรพินท์ บุนนาค. โครงการศึกษาวิจัยความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการทํางานและสวัสดิการเพื่อจัดตั้งศูนย์บริการจัดหางานให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- อัจฉรา โอบประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- อภิญา กังสนารักษ์และนัยพินิจ คชภักดี. "ความสามารถทางสติปัญญา: การเรียนรู้และความจำระยะสั้น กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค." วารสารจิตวิทยาคลินิก. 21(มกราคม-มิถุนายน 2533): 14-24.
- อาภา ใจงาม. "ผู้สูงอายุไทยในยุคนี้" วารสารพยาบาล. 39 (ตุลาคม-ธันวาคม 2533): 288-295.
- _____. "พยาบาลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ." วารสารพยาบาล. 39.(เมษายน - มิถุนายน 2533) : 140-149.
- Abler, R.M. & Fretz, B.R. "Self-Efficacy and Competence in Independent Living Among Oldest Old Persons." Journal of Gerontology. 43 (April 1988) : 138-143.
- Bandura, A. "Self - Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavior Change " Psychological Review. 84(March 1977): 191-215.
- _____. "Self-Efficacy Mechanism in Human Agency." American Psychologist. 30(February 1982) : 122-147.
- _____. Social foundations of thought and action: A Social cognitive theory. New Jersey : Prentice - Hall. Inc., 1986.
- _____. Adam & Beyer, J. "Cognitive processes mediating behavior

- change." Journal of Personality and Social Psychology.35(March 1977): 125-139.
- Baron, R.M. " The moderater - mediator variable distinction in social psychology research : conceptual strategic and statistical consideration. " Journal Personality Sociology Psychology. 5 (1988) :117-202.
- Breyspeak, L.M. and George L.K. "Measurement of self-concept and Self-esteem in older adult:state of art.Experimental Aging Research. 5 (1979): 137-148.
- Bruckhardt, C.S. "The Impact of Arthritis on Quality of Life." Nursing Research. 34(January-February 1985): 11-16.
- Bulter, R.N. Oberlink, M.R.& Schechter, M. The Promise of Productive Ageing : From Biology to Social Policy. New York : Springer Publishing Company, 1990.
- Carpenito, L.J. Nursing Diagnosis : Application to Clinical Practice. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1983.
- Carroll, D.L. "The importance of self-efficacy expectations in elderly patients recovering from coronary artery bypass surgery." Heart & Lung : Journal of Critical Care. 24 (January-February 1995): 50-59.
- Cochlo, R.J. "Self - Efficacy and cessation of smoking. "Psychological Reports. 54(1983): 309-310.
- Condiolye, M.M.& Lichtenstein, E. "Self - Efficacy relapse in smoking cessaing program." Journal of Consulting Clinical Psychology. 49(1981): 648-658.
- Coopersmith, S. " Studies in Self - Esteem. " Scientific American. 213 : 96-106.

- Crabtree, M.K. "Performance of Diabetic self-Care Predicted by self - efficacy. Diabetes. 36(1987 Sup. 1): 32 A.
- Diclement, C.C. " Self- Efficacy and Smoking Cessation Maintainance " Cognitive Therapy Research. 5 (June 1981): 175-187.
- Dittmann - Kohli, F.,Lachman, M.E.Kliegl, R.,et al."Effect of Cognitive Training and Testing on Intellectual Efficacy Beliefs in Elderly Adult." Journal of Gerontology. 46(April 1991) :162-164.
- Dood, M.J. & Dibble, S.L. "Predictors of Self-Care : A test of Orem's Model" Oncology Nursing Forum. 20(June 1993) : 895-901.
- Duffy, M.E. "Determinants of health - promoting lifestyles in older persons" Image :Journal of Nursing Scholarship.25(Spring 1993) : 23-28.
- Ebersole, P & Hess, P. Toward Healthy Aging : Human Needs and Nursing Response. 4th ed. Philadelphia ; Mosby Company , 1994.
- Edington, S.,et al. "Self - motivation of self - efficacy as predictors of weight loss." Addictive Behavior. 12(1987) : 63-66.
- Engberg, S.J. McDowell, B.J. & Fann, C. "Self-Care Behaviors of Older Women with urinary incontinence. " Journal of Gerontological Nursing. 21(August 1995) : 7-14.
- Ewart, C.K.,et al. "Usefulness of self - efficacy in predictive over exertion during programmed exercise in CAD. " American Journal of Cardiology. 57(1986): 557-561.
- Gast, H.,Denyes, J. & Campbell,J. et al. "Self-Care Agency: Conceptualizations and Operationalizations." Advance in Nursing Science.12 (October 1988) : 26-38.
- Gecas, V. "The social psychology of self - efficacy." Annual Review of Sociology. 15(1989) : 291-316.

Geest, S.D., et al. " Development of the long term medication behavior self - efficacy scale. " Journal of Advanced Nursing.19(1994) : 233-238.

Gibson, D.E. "Reminiscence Self-Esteem and Self-Other Satisfaction in Adult Male Alcoholics. " Psychiatric Nursing and Mental Health Services. 18(March 1980) : 7-11.

Grembowski, D., et al. " Self-Efficacy and Health Behavior Among Older Adults. Journal of Health and Social Behavior. 34 (June 1993) : 89-104.

Grossman, H.Y., Brink, S. & Hauser, S.T. "Self - Efficacy in adolescent girl and boys with insulin - dependent diabetes mellitus." Diabetes care. 10(May - June 1987) : 324-329.

Harris, J.L. & Williams, L.K. " Universal Self - Care Requisites as Identified by Homeless Elderly Men." Journal of Gerontological Nursing. 17(June 1991) : 39-43.

Hickey, M.L. Owen, S.V.& Froman, R.D."Instrument Development : Cardiac Diet and Exercise Self - Efficacy. " Nursing Research. 41 (November-December 1992): 347-351.

Hirst,S.P. & Metcalf,B.J."Promoting Self-Esteem. Journal of Gerontological Nursing. 10(February 1984): 72-77.

Hubbard, P., Muhlenkamp. A.F. & Brown, N. " The Relationship between Social Support and Self-care Practice." Nursing Research. 33 (September-October 1984) : 266-269.

Hurley, A. C. "Measuring Self-Care Ability in Patients with Diabetes : The Insulin Management Diabetes Self-Efficacy Scale." In Measurent of Nursing Outcome. pp. 28-44 Edited by strickland, O. L. & Waltz, C. F. Vol. 4. New York : Springer Publishing Company, 1990.

- Jalowiec, A. & Powers, M.J. "Stress and coping in hypertensive and emergency room patients." Nursing Research. 30 (January-February 1981) : 10-15.
- Jenkins, L.S. " Self-Efficacy Theory : Overview and measurement of key component." Cardiovascular Nursing. 24(1988) : 36.
- Johnson, J.E. " Health-Care Practice of the Rural Aged." Journal of Gerontological Nursing. 7(August 1991) : 15-19.
- Johnson, M. " Healing Determinants in Older People with Leg Ulcer." Research in Nursing and Health. 18 (1995) : 395-403.
- Kaplan, G.A., Seeman, T.E., Kohen, R.D., et al. " Mortality among the elderly in the Alameda Country Study : Behavioral and demographic risk factors. " American Journal of Public health. 17(March 1987) : 307-312.
- Kelly, R.B., Zyzanski, S.J. & Alemagno, S.A."Prediction of Motivation and Behavior change following health promotion : Role of Health Beliefs Social Support and Self - Efficacy. " Sociological Science Medicine. 32(February) : 311-320.
- Kingery, P.M. & Glasgow, R.E. "Self-Efficacy and Outcome Expectations in the Self-Regulation of Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus." Health Education. 20(December 1989) : 13-19.
- Kozier, B. & Erb. G. Concepts and Issues in Nursing Practice. California : Addison-Wesley Publishing Company, 1988.
- Lawrence., et al. " Self-Efficacy and AIDS Prevention for Pregnant Teens." Journal of School Health. 60(1990) : 19-24.
- Littlefield, C.H. et al. " Relationship of self - efficacy and Bingeing to Adherence to Diabetes Regimen to Among Adolescents." Diabetes care. 15(January 1992) : 90-94.

- Lorig, K. Chastain, R.L., Ung, E., et al. "Development and Evaluation of A Scale to measure Percieved Self-Efficacy in People with Arthritis." Arthritis and Rheumatism. 32 (January 1989):37-44.
- Maddux, J.E., et al. "Protection Motivation and Self-Efficacy : A revise theory of fear appeals and attitude change "Journal of Experimental Social Psychology. 19(1983): 469-479.
- Mc Dowell, I. and Newell, C. "Quality of life Satisfaction." in Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires. pp. 204-228. New York : Oxford University Press,, 1987.
- Meisenhelder, J. B. "Self-Esteem: A Closer Look at Clinical Intervention." International Journal of Nursing Studies. 22 (April- May 1985) : 127-135.
- Moore, E.J. " Using Self-Efficacy in teaching Self-Care to the Ederly." Holistic Nursing Practices. 4(February 1990) : 22-28.
- Mowat, J. & Spence Laschinger, K.S. "Self-efficacy in caregivers of cognitively impaired elderly people : a concept analysis." Journal of Advance Nursing. 19(1994) : 1105-1113.
- Muhlenkamp, A.F. & Sayles, J.A. "Self-Esteem Social Support and Positive Health Practice." Nursing Research. 36 (November-December 1986) : 334-338.
- Nicholas, P.K. " Hardiness self - care practice and perceived health status in older adults. Journal of Advanced nursing. 18(1993) : 1085-1094.
- Norris, J. & Kunes-Connell, M. "Self-esteem disturbance." Nursing Clinics of North America. 20 (December 1985): 745-761.
- Oetker-Black, S.L., et al. "Preoperative Self-Efficacy and Postoperative Behavior." Applied Nursing Research. 5 (August 1992) : 134-139.

- _____, S.L. and Kauth, C. "Evaluating a Revised Self-Efficacy Scale for Preoperative Patients." AORN Journal.62 (August 1995) : 244-250.
- O' Leary, A. "Self-Efficacy and Health." Psychological Report 23(1985): 437-451.
- Orem. D. Nursing ; concepts of Practice. St.Louis : Mosby year book, 1991.
- _____. Nursing : concepts of Practice. New York : Mc Graw Hill book, 1985.
- Padula, C.A. " Self-Care and the Elderly : Review and Implications." Public Health Nursing. 9(March 1992) : 22-28.
- Parent, G.J. & Whall, A.J. " Are physical activity self-esteem & depression related ?." Journal of Gerontological Nursing. 10 (September 1984) : 8-11.
- Pender, N.J. Health promotion in nursing practice. New York : Appleton Century - Croft, 1982.
- Pensiero, M. & Adams, M. " Dress and self - esteem. " Journal of Gerontological Nursing." 13(October 1987): 11-17.
- Powell, D. H. Understading Human Adjustment : Normal Adaptation though the Life Cycle. Boston : Little Brown Company, 1983.
- Power,B.A. "Social Networks, Social Support, and Elderly Institutionalized People." Advance in Nursing Science.10(January 1988) : 40-58.
- Redfern, S.J. Nursing elderly people. New York: Churchill Livingstone, 1991.
- Rist, F.and Watzl, H."Self Assessment of Relapse Risk and Assertiveness in Relation to Treatment Outcome of Female Alcoholics."Additive Behavior." 8 (1983) : 121-127.

- Robinson, K. "The Relationships between social skills, Social-Support, Self-Esteem and burden in adult caregivers." Journal of Advanced Nursing. 15(October 1989) : 788-795.
- Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image Princeton. New Jersey : Princeton University Press, 1965.
- Ross, A.O. The Sense of Self : Research and theory. New York: Springer Publishing Company, 1992.
- Smits, M.W. & Kee, C.C. "Correlates of Self-Care Among the Independent Elderly : Self-Concept Affect Well-Being." Journal of Gerontological Nursing. 18(September 1992) : 13-18.
- Speake, D.L. Cowart, M.E. & Pellet, K. "Health perception and lifestyles of the elderly." Journal in Nursing and Health. 12(1989) : 93-100.
- _____. " Health promotion activity in the well elderly." Health Value. 11(November-December 1987) : 25-30.
- Stretcher, V.J., et al. "The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior change." Health Education Quarterly. 13 (Spring 1986) : 73-92.
- Taft, L.B. "Self-Esteem in Later Life: A Nursing Perspective." Advances in Nursing Science. 8(October 1985) : 77-84.
- Taylor, M.C. " The Need for Self-Esteem." In Human needs 2 and the Nursing Process. pp. 117-153. Edited by H. Yura & M.B. Walse. Norwalk : Appleton Century-Crofts, 1982.
- Utz, S.W. "Motivating Self-Care : A Nursing Approach." Holistic Nursing Practice. 4(1990) : 3-21.
- Walker, S.N., et al. "Health - promoting lifestyles of older adults : Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns." Advances in Nursing Science. 11(October 1988) : 76-90.

- Wallace, J.R. Cunningham, T.F. & Monte, V. "Changes in the relationship between Self - Esteem and Locus of Control." The Journal of Social Psychology. 124(December 1984) : 261-262.
- Waller, K.V & Bate, R.C. "Health Locus of Control and Self - Efficacy Beliefs in a Healthy Elderly Sample." American Journal of Health Promotion. 6 (March - April 1992) : 302-309.
- Webster, J.A. "The wellness model : Feeling good about you." AORN Journal. 41(April 1985) : 713-718.
- Weitzel, M.H. " A test of the health promotion model with blue collar workers." Nursing Research. 38(March-April 1989) : 99-104.
- Whall, A.L. " Self - Esteem and the Mental Health of Older Adults." Journal of Gerontological Nursing. 13(April 1987) : 41-42.
- Wulfert, E. & Wan, Choi K. "Condom Use: A Self-Efficacy Model." Health Psychology. 12(1993) : 346-353.
- Yalow, L.S. & Collins, J.L. "Self - Efficacy in Health Behavior Change :Issue in Measurement and Research Design." Advance in Health Education and Promotion. 2 (1987) : 181-199.
- Yurick, A.G., et al. The Age Person and the Nursing Process. Connecticut : Appleton Century - Croft, 1984.

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะ
ในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วิณา ศิริสุข
ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พองคำ ติลกสกุลชัย
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัลลา ตันตโยทัย
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแล
ตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

1. อาจารย์นายแพทย์ บรรลุ ศิริพานิช
ที่ปรึกษาโครงการผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์ จันทโรมลี
ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล
ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นารีรัตน์ จิตรมนตรี
ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

แบบอธิบายการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ดิฉันชื่อ นางสาวกมลพรรณ หอมน่าน เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ" จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัยโดยการให้สัมภาษณ์ตามแบบวัดนี้

การวิจัยนี้ต้องการทราบปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมวิจัยท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของท่านในวัยสูงอายุใช้เวลาประมาณ 30 นาที ครั้งที่ 2 ซึ่งห่างจากครั้งแรก 3 สัปดาห์ ถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตนเอง และถามถึงระดับความมั่นใจในความสามารถของท่านที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาทีเช่นเดียวกัน

การวิจัยนี้อาจจะไม่ให้ประโยชน์กับท่านโดยตรง แต่ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา และการวางแผนให้การพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีที่สุดไป การเข้าร่วมวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน หากท่านยินดีเข้าร่วมวิจัยภายหลังเกิดเปลี่ยนแปลงท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวได้โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ และข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมดจะเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยของผู้สูงอายุโดยรวม

ในระหว่างเข้าร่วมวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยใด ๆ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านตลอดเวลา โดยท่านสามารถติดต่อโดยตรงมายัง กมลพรรณ หอมน่าน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีหรือที่หมายเลขโทรศัพท์ 427049 และขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

กมลพรรณ หอมน่าน

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ก
ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

เลขที่

วันที่บันทึก

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ลงใน () หรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส () คู่ () โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. สำเร็จการศึกษาชั้น ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา
5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน บาท
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน เพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่
 - () ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน
 - () เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ
 - () เพียงพอ มีเหลือเก็บ
7. ปัจจุบันท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร
 - () ไม่ดี
 - () พอใช้
 - () ดี
 - () ดีมาก

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย

THAI MENTAL STATE EXAM

ชื่อ..... เพศ..... อายุ..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด เพชรบุรี

คะแนน

1 ORIENTATION (6 คะแนน)

(1) วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัส ฯลฯ)

(1) วันนี้ วันที่เท่าไร

(1) เดือนนี้ เดือนอะไร

(1) ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ใดของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)

(1) ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)

(1) คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ด้านหลัง)

(2) REGISTRATION (3 คะแนน)

(3) ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียว แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบตามที่ถูกทดสอบบอกในครั้งแรกให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก

*หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกจำนวนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3
อย่างและบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าสักครูจะกลับมาถามใหม่

(3) ATTENTION (5 คะแนน)

ให้บอกวันอาทิตย์-วันเสาร์ ย้อนหลังให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้
1 ครั้ง)

(1) สุกร

(1) พืช

(1) พืช

(1) อังคาร

(1) จันทร์

(4) CALCULATION (3 คะแนน)

ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อย ๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนนในแต่ละครั้งที่ตอบ ถูก ใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาทีหลังจากจบคำถาม) ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้ง 93-7 ในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86-7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ

- (1) 100-7
- (1) -7
- (1) -7

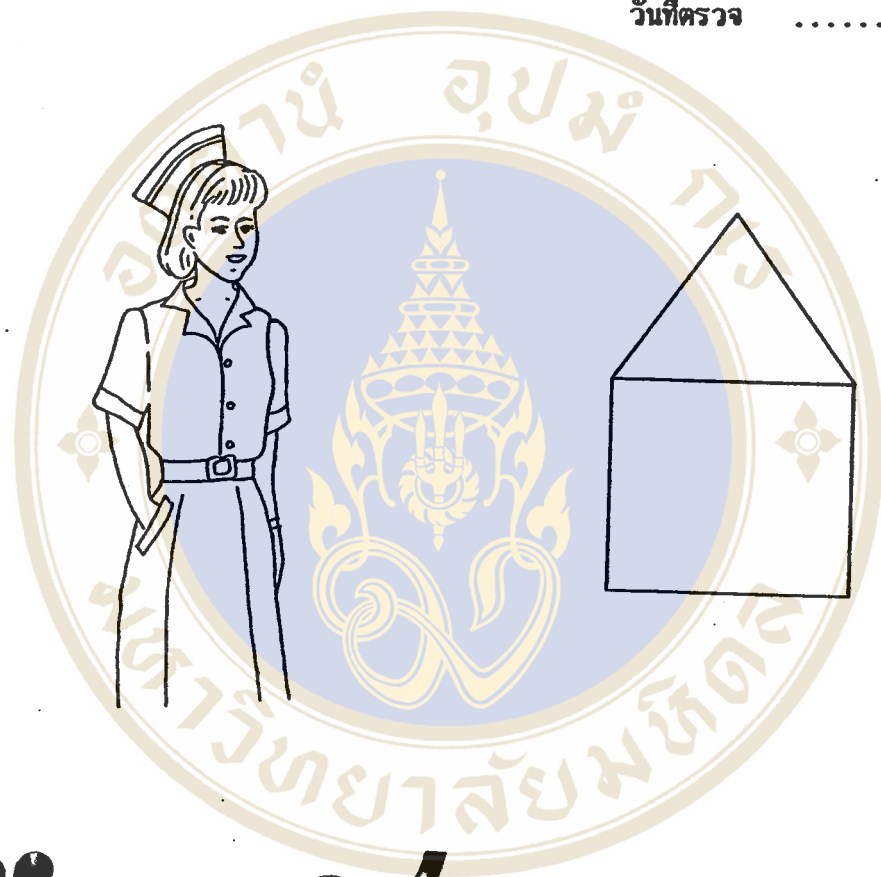
5 LANGUAGE (10 คะแนน)

- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป "เรา เรียกสิ่งนี้ว่าอะไร" (นาฬิกา)
- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป "เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร" (เสื้อ ผ้า)
- (1) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดีแล้วจำไว้ จากนั้นพูดตาม "ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด"
จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพูดต่อกันไป ให้ครบ 3 ประโยคทั้ง 3 ขั้นตอน ให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน
- (1) หยิบกระดาษด้วยมือขวา
- (1) พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น
- (1) แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ
- (1) ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม "หลับตา" (ข้อความอยู่ด้านหลัง)
- (2) จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด เท่าที่ท่านจะสามารถ ทำได้ (ภาพอยู่ด้านหลังและให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างภาพตลอดเวลา ที่วาด)
- (1) กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้
แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ..... (เป็นสัตว์ เป็นสิ่งมีชีวิต)

6 RECALL (3 คะแนน)

สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่นี้ มีอะไรบ้าง

(1) ตัวย่อ
(1) รถยนต์
(1) มือ
	คะแนนรวม
	วันที่ตรวจ



“
หลับตา
 ”

แบบวัด

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเอง ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้ว แล้วพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากน้อยเพียงไร คำตอบที่ตอบไม่มีผิดหรือถูก ขอให้ท่านตอบตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

- | | | |
|----------------------|---------|--|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ท่านเห็นด้วยอย่างมากกับข้อความนั้น |
| ค่อนข้างเห็นด้วย | หมายถึง | ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากกว่าไม่เห็นด้วย |
| ค่อนข้างไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากกว่าเห็นด้วย |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย |

แบบวัด

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ค่อนข้าง เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมกับผู้อื่น
2. ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ
3. ท่านรู้สึกที่ท่านทำอะไรไม่สำเร็จเลย
.				
.				
.				
.				
8. ท่านรู้สึกว่ามีความนับถือตนเองน้อยกว่า ที่ควรจะเป็น
9. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์
10. บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย

แบบวัด

การรับรู้สมรรถนะในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบถึงระดับความมั่นใจ ในความสามารถของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง หรือแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อทางด้านซ้ายมือ แล้วพิจารณาว่าในสถานการณ์ของแต่ละข้อนั้น ท่านมีความมั่นใจในความสามารถของตัวเองว่า จะปฏิบัติหรือแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ ได้มากน้อยเพียงไร ขอให้ท่านตอบตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน จากนั้นใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

มีความมั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่า จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือแก้ปัญหาได้อย่างแน่นอน
มีความมั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่า จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือแก้ปัญหาได้ในระดับมาก
มีความมั่นใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่า จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือแก้ปัญหาได้ในระดับปานกลาง
มีความมั่นใจน้อย	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจว่า จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือแก้ปัญหาได้น้อย
ไม่มีความมั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือแก้ปัญหาได้

แบบวัด

การรับรู้สมรรถนะในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อความ	ระดับความมั่นใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มั่นใจเลย
1. การงดสูบบุหรี่และ/หรือการ บอกให้คนข้างเคียงหยุดสูบบุหรี่
2. การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ใน ระดับปกติ ไม้ให้อ้วนหรือ ผอมจนเกินไป
3. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มี น้ำตาลหรือไขมันสูง
.
.
.
26. การไปตรวจรักษาตามแพทย์ นัด
27. การเข้ายาตามแพทย์สั่งเมื่อ เจ็บป่วย
28. การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับ โรคประจำตัวหรือเมื่อเจ็บ- ป่วย

แบบวัด

พฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของท่านในวัยสูงอายุ กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าท่านได้ปฏิบัติในเรื่องนั้นบ่อยครั้งเพียงไร จากนั้นทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

- | | | |
|------------------|---------|--|
| ปฏิบัติสม่ำเสมอ | หมายถึง | ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำ สม่ำเสมอ หรือทุกวัน |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | หมายถึง | ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ บ่อยครั้ง หรือเกือบทุกวัน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | หมายถึง | ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือบางวันเท่านั้น |
| ไม่เคยปฏิบัติ | หมายถึง | ท่านไม่มีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย |

แบบวัด

พฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อความ	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านสูดหายใจเข้าออกลึก ๆ
อย่างน้อยวันละ 2 เวลา
2. ท่านสูบบุหรี่
3. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่ แออัดหรือการระบายอากาศไม่ดี
.
.
.
.
36. ท่านสังเกตอาการผิดปกติ จากยา ที่ใช้ในขณะเจ็บป่วย
37. ท่านนึกคิดถึงความสำเร็จงานหน้าที่ การงานหรือประสบการณ์ในอดีต ที่ผ่านมา
38. ท่านให้คำปรึกษาหรือข้อแนะนำ ที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกใน ครอบครัว

ภาคผนวก ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบวัดแยกเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวม

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน
เป็นรายข้อและโดยรวม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	\bar{X}	S.D.
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองรายข้อ		
1. ท่านเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมกับผู้อื่น	3.680	0.652
2. ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ	2.553	0.870
3. ท่านรู้สึกที่ท่านทำอะไรไม่สำเร็จเลย	2.900	0.749
4. ท่านมีความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่ากับผู้อื่น ในวัยเดียวกัน	3.060	0.821
5. ท่านมีความภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน	3.013	0.962
6. ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง	3.727	0.638
7. โดยทั่วไปท่านมีความพอใจในตนเอง	3.153	0.564
8. ท่านรู้สึกว่ามีความนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น	2.840	0.730
9. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์	3.333	0.872
10. บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย	2.293	0.777
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยรวม	30.660	3.676

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้สมรรถนะในตนเอง จำนวน
เป็นรายชื่อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	\bar{X}	S.D.
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปรายชื่อ		
1. การงดสูบบุหรี่ และ/หรือการบอกให้คนข้างเคียง หยุดสูบบุหรี่	3.440	1.402
2. การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในระดับปกติ ไขมันให้อ้วน หรือพอมจนเกินใบ	3.133	0.816
3. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลหรือไขมันสูง	3.227	0.845
4. การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.373	1.000
5. การควบคุมไข้ที่ท้องผูก (ถ่ายทุกวัน หรืออย่างน้อย วันเว้น 2 วัน ลักษณะอุจจาระไม่แข็ง)	3.627	0.966
6. การรับประทานผัก ผลไม้ทุกวันเพื่อแก้ปัญหาท้องผูก	3.367	0.798
7. การออกกำลังกายเป็นประจำ (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที)	1.953	1.032
8. การนอนหลับในเวลากลางคืน อย่างน้อย 5-6 ชั่วโมง/คืน	3.733	0.939
9. การแก้ไขปัญหาการนอนไม่หลับ เช่นดื่มนมอุ่น ๆ สวดมนต์ นั่งสมาธิ	2.920	1.102
10. การดูแลตนเองเมื่อต้องอยู่ตามลำพัง	4.127	0.658
11. การปรึกษาปัญหาส่วนตัวกับบุคคลใกล้ชิดหรือบุตรหลาน	3.253	0.884
12. การป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม	3.353	0.913
13. การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยง การเกิดอุบัติเหตุ	3.913	0.714

ตารางที่ 7 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	\bar{X}	S.D.
14. การไปตรวจสุขภาพประจำปี	1.533	0.808
15. การหาวิธีผ่อนคลายเมื่อเกิดความไม่สบายใจหรือมีความทุกข์	3.127	0.822
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปโดยรวม	49.080	5.149

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้สมรรถนะในตนเอง จำนวน เป็นรายชื่อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	\bar{X}	S.D.
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการรายชื่อ		
16. การยอมรับและไม่เสียใจที่ไม่สามารถทำอะไรได้เหมือนในอดีต	3.360	0.914
17. การเลือกทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับความสามารถและวัย	4.340	0.654
18. การแก้ไขความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย	3.033	0.855
19. การใช้ประสบการณ์ที่มีอยู่ช่วยแก้ไขปัญหามานานจนครบถ้วน	2.960	0.996
20. การเตรียมใจยอมรับการสูญเสียคู่ชีวิต หรือบุคคลใกล้ชิด	3.147	1.006
21. การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น	2.953	0.727
22. การควบคุมอารมณ์โกรธหรือไม่พอใจ	3.580	0.771
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการโดยรวม	23.373	2.909

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้สมรรถนะในตนเอง จำนวน
เป็นรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีความเป็ยงเบนด้านสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะในตนเอง	\bar{X}	S.D.
การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีความเป็ยงเบนด้านสุขภาพรายข้อ		
23. การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	2.573	1.095
24. การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ (เช่น แพทย์ พยาบาล)	3.093	0.958
25. การสังเกตอาการของโรคประจำตัว หรือความผิดปกติ ของร่างกาย	3.920	0.671
26. การไปตรวจรักษาตามแพทย์นัด	4.053	0.826
27. การรับประทานยาตามแพทย์สั่งเมื่อเจ็บป่วย	4.013	0.733
28. การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคประจำตัว หรือเมื่อ เจ็บป่วย	3.293	0.691
การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีความเป็ยงเบนด้านสุขภาพ โดยรวม	20.947	2.856

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน
เป็นรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D.
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปรายข้อ		
1. ท่านสุดท้ายใจเข้าออกลึก ๆ อย่างน้อย วันละ 2 เวลา	2.687	0.820
2. ท่านสูบบุหรี่	3.267	1.208
3. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่แออัดหรือการระบาย อากาศไม่ดี	2.760	0.682
4. ท่านรับประทานอาหารพอริ่มวันละ 3-5 มื้อ	3.347	0.751
5. ท่านรับประทานอาหารได้ครบทุกประเภทในแต่ละวัน คือเนื้อสัตว์ ข้าว ไขมัน ผักและผลไม้	3.333	0.575
6. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว	3.167	0.893
7. ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ	3.447	0.871
8. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	3.620	0.757
9. ท่านถ่ายอุจจาระ เป็นเวลาและลักษณะอุจจาระไม่ผิดปกติ	3.067	0.864
10. ท่านใช้ยาระบายเพื่อแก้ไขภาวะท้องผูก	3.100	0.896
11. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากหรือเส้นใย เช่นผัก ผลไม้ เพื่อป้องกันอาการท้องผูก	3.193	0.739
12. ท่านกลืนน้ำส้ววะ	3.700	0.621
13. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เช่นการเดิน การวิ่งเหยาะ การบริหารร่างกายนานครั้งละ 15-20 นาที	1.667	0.932
14. ท่านนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ อย่างน้อยคืนละ 5-6 ชั่วโมง	3.240	0.808

ตารางที่ 10 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D.
15. ถ้าท่านนอนไม่หลับ ท่านจะมีวิธีแก้ไข เช่นดื่มนมอุ่น ๆ สวดมนต์ นั่งสมาธิ	2.773	1.004
16. ท่านใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น เลี้ยงหลาน ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้	3.367	0.699
17. ท่านสังสรรค์กับเพื่อน ๆ วัยเดียวกัน ญาติพี่น้อง หรือบุตรหลาน	2.853	0.708
18. เมื่อต้องอยู่ตามลำพัง ท่านหางานอดิเรกทำตามความถนัด และเพลิดเพลิน	3.040	0.633
19. ท่านพูดคุยหรือปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับสามี/ภรรยา บุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	2.820	0.769
20. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือไปร่วมงานประเพณี เช่น งานบวช แต่งงาน ขึ้นบ้านใหม่	3.060	0.753
21. ท่านระมัดระวังตัวเพิ่มมากขึ้นขณะเดินบนพื้นที่ลื่น ขึ้นลง บันได หรือข้ามถนน	3.353	0.687
22. ท่านจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยง การเกิดอุบัติเหตุ	3.387	0.588
23. ท่านหาวิธีผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด	2.720	0.706
24. ท่านมารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี	1.733	0.880
การดูแลตนเองที่จำเป็นรายตัวไปโดยรวม	71.700	6.018

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน
เป็นรายชื่อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D.
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการรายชื่อ		
25. ท่านปรับตัว ปรึษาใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และความสามารถที่กระทำได้ตามวัย	3.073	0.696
26. ท่านพึ่งตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	3.727	0.490
27. ท่านเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ เหมาะสมกับความ สามารถที่จะกระทำได้	3.407	0.569
28. เมื่อท่านรู้สึกไม่สบาย ท่านจะขอความช่วยเหลือจากคน ในครอบครัว หรือคนใกล้ชิด	2.727	0.713
29. ท่านเตรียมใจยอมรับการสูญเสียผู้ชีวิตหรือนุคคลใกล้ชิด	2.707	0.938
30. ท่านใช้ประสบการณ์ที่มีอยู่ช่วยแก้ปัญหาในครอบครัว	2.587	0.753
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการโดยรวม	18.227	2.099



ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน
เป็นรายข้อและรายด้านของการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D.
การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพรายข้อ		
31. ท่านสนใจติดตามข่าวสารต่าง ๆ (เช่น จากหนังสือพิมพ์ วารสาร รายการวิทยุ โทรทัศน์) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	2.440	0.894
32. เมื่อท่านได้รับความแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแพทย์/พยาบาล แล้วไม่เข้าใจ ท่านต้องเฝ้าถามให้เกิดความชัดเจน	2.873	0.838
33. ท่านสังเกตอาการของโรคประจำตัว หรือความผิดปกติของร่างกาย	3.173	0.653
34. เมื่อเจ็บป่วย ท่านมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด	3.253	0.744
35. ท่านรับประทานยา และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล	3.307	0.723
36. ท่านสังเกตอาการผิดปกติจากยาที่ใช้ในขณะเจ็บป่วย	2.533	0.841
37. ท่านนึกคิดถึงความสำเร็จในหน้าที่การงานหรือประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา	3.260	0.670
38. ท่านให้คำปรึกษาหรือขอแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว	2.800	0.655
การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพโดยรวม	23.640	3.263