



6 ส.ค. 2539

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ
กับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF - CARE KNOWLEDGE,
SELECTED BASIC CONDITIONING FACTORS AND SELF - CARE DEFICIT
OF THE ELDERLY



วราพนิต ศุกระแพทย์

อธิการบดี

จาก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2539

ISBN 974 - 588 - 418 - 9

สงวนลิขสิทธิ์

กพ

กมล

๒๕๓๙

Copyright by Mahidol University

38393 ๑.1

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ
กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

วรพนิต สุระแพทย์

วรพนิต สุระแพทย์

ผู้วิจัย



สมพันธ์ หิรัญธีระนันท์

วท.บ. (เกียรตินิยม), M.S.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



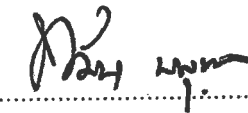
สุวิมล กิมปี, วท.บ., ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



อรพรรณ ไตสิงห์, ป.พ.ศ., M.S.N.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



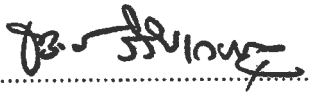
ทศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์



อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ

กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาลัทธิสุตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ.2539

วราณี สุระพันธ์

วราณี สุระพันธ์

ผู้วิจัย



สมพันธ์ นิญชีระนันท์,

วท.บ. (เกียรตินิยม), M.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



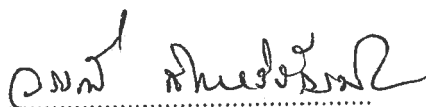
สุวิมล กิมปี, วท.บ., ค.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ฟาริดา อิบราฮิม, ค.บ., M.S.

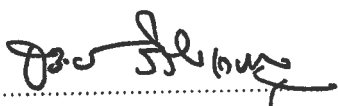
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



วรณี สัตยวิวัฒน์, วท.บ., ค.ม.,

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

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อุดลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F. R. C. P.

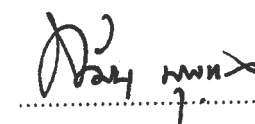
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



อรพรรณ โตสิงห์, ป.พ.ส., M.S.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ทศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางวรรณิต ศุกระแพทย์

วัน เดือน ปี เกิด 4 ธันวาคม พ.ศ. 2504

สถานที่เกิด จังหวัดชลบุรี

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ชลบุรี
พ.ศ. 2523 - 2527 : ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
และผดุงครรภ์ชั้นสูง
มหาวิทยาลัยมหิดล , พ.ศ. 2533 - 2539 :

ทุนวิจัย ทุนมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร (ชุมพล จุฑาธุช)
CHINA MEDICAL BOARD OF NEW YORK , INC
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2527 - ปัจจุบัน : วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ชลบุรี
สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง : วิทยากร ระดับ 5

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิญาธิระนันท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวิมล กิมปี และผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรถพรณ โตสิงห์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ฟาริดา อิบราฮิม และรองศาสตราจารย์วรรณิ์ สัตยวิวัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านในโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลอ่าวอุดม โรงพยาบาลสัตหีบ กม. 10 โรงพยาบาลพานทอง โรงพยาบาลเกาะสีชัง และโรงพยาบาลบ่อทอง ที่ได้อนุเคราะห์ความสะดวกในการเก็บข้อมูลอย่างยิ่งและขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ว่ารุณี และคุณพ่อสังวร หล้าพระบาง ที่ให้ความรักความห่วงใย และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการศึกษา และขอกราบขอบพระคุณ ทุนมูลนิธิ หม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร (ทุมพล) จุฑาธุช CHINA MEDICAL BOARD OF NEW YORK ที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ทุกท่านและเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ร่วมหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ ที่เป็นกำลังใจและมีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยสำเร็จลงได้ และขอขอบคุณ คุณการุณ ศุกระแพทย์ ที่เอื้ออาทรให้กำลังใจต่อผู้วิจัยเสมอมา

วรพนิต ศุกระแพทย์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความพร้อมในการ ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ผู้วิจัย	วรพนิต ศุกระแพทย์
ปริญญา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	สมพันธ์ นิญชีระนันท์ , วท.บ. (พยาบาล) , เกียรตินิยม , M.S. สุวิมล กิมปี , วท.บ. (พยาบาล) , ค.ม. อรพรรณ โตสิงห์ , ป.พ.ส. , M.S.N.
วันที่สำเร็จการศึกษา	17 พฤษภาคม พ.ศ. 2539

บทคัดย่อ

โดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอันเนื่องมาจากความสูงอายุ ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ ก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข แต่ถ้าปฏิบัติไม่ได้ก็จะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วย แต่อุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้จนเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง คือการขาดความรู้ที่จะนำไปเป็นข้อมูล ในการคิดตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองด้วย ผู้วิจัยจึงใช้กรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และความคิดเห็นต่อสุขภาพ กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี จำนวน 183 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และเลือกกลุ่มตัวทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองที่ดีที่สุด โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = -.68$)
2. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = .44$)
3. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.29$)
5. รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = -.33$)
6. ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ($r = -.68$)
7. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา เป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถอธิบายความผันแปรของความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้ถึงร้อยละ 54.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001
8. ผู้สูงอายุมีความพร้อมน้อยในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ สำหรับด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีเพียงเรื่องการตรวจสุขภาพ ช่องปากและฟันที่มีความพร้อมมาก ส่วนภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพมีเพียงเรื่องการซักถามการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยที่มีความพร้อมมากเช่นกัน

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองดี มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพดีและระดับการศึกษาสูง มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุ อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง โดยพยาบาลควรยึดแนวทางการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ร่วมกับการพิจารณาปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกันเป็นรายบุคคล ก่อน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้นำความรู้เหล่านั้น ไปช่วยประกอบการพิจารณาตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสมในแต่ละบุคคลและควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมด้านความรู้

สอดคล้อง โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างเหมาะสมกับความพร่องของผู้สูงอายุ เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มที่มีความพร่องในด้านเดียวกัน นอกจากนี้ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความพร่องในการดูแลตนเอง



Thesis Title The Relationship between Self-care Knowledge.
Selected Basic conditioning Factors and Self-care
Deficit of the Elderly

Name Worapanit Sukrapat

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Sompan Hinjiranan , B.Sc. (Honor) , M.S.

Suvimol Kimpee , B.Sc., M.Ed

Orapan Thosingha , M.S.N.

Date of Graduation 17 May B.E. 2539 (1996)

ABSTRACT

An elderly person has to physical, psychological and social changes due to aging process. The elderly with practice self-care will have a normal life, and those with ineffective response will, on the other hand, experience health problem or illness. The obstacle which induces self-care deficit is the lack of knowledge to be used for properly practicing self-care. There are also certain basic factors, which vary in each individual, which resulted in the self-care deficit. The researcher used Orem's self-care deficit theory as a theoretical framework in studying the relationship between self-care knowledge and some basic factors and self-care deficit of the elderly. The basic conditioning factors selected to study were age, educational level, income, marital status and self-health perception. The sample group was composed of 183 persons from the elderly persons being the member of the elderly club of hospital in Chonburi city. The data were collected by using three sets of questionnaires, i.e., the demographic questionnaire including selected basic conditioning factors, the self - care deficit of

the elderly questionnaire and the self-care knowledge of the elderly scale. Statistical techniques were implemented in the process of data analysis by using SPSS* program for percentage, arithmetic means, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and the stepwise multiple regression.

The results showed that :

1. There was a significantly negative correlation between self-care knowledge and self-care deficit of the elderly at the .001 level. ($r = -.68$),
2. There was a significantly positive correlation between age and self-care deficit of the elderly at the .001 level. ($r = .44$),
3. There was no statistically significant correlation between status and self-care deficit of the elderly ,
4. There was a significantly negative correlation between education level and self-care deficit of the elderly at the .001 level. ($r = -.29$),
5. There was a significantly negative correlation between income and self-care deficit of the elderly at the .001 level. ($r = -.33$) ,
6. There was a significantly negative correlation between self-health perception and self-care deficit of the elderly at the .001 level ($r = -.68$),
7. The results of the stepwise multiple regression analysis showed that 54.78 percent of the variance of self-care deficit of the elderly was accounted for by there significant predictors, that is, self-care knowledge, self-health perception and educational level ($p < .001$) ,
8. There were low degree of universal self-care deficit, developmental self-care deficit and health deviation self-care deficit in elderly persons. The only high degree of universal self-care deficit was mouth and teeth care and the only high degree of health deviation self-care deficit was talking about caring of themselves during illness.

From the results of this study indicated that the elderly persons who contain good self-care knowledge, good self-health perception, and high educational level tend to have good self-care behaviors. As a result of this study the researcher recommended that nurses should supervise self-care knowledge to the elderly persons and let the elderly persons practice what they have learned. The nurses should evaluate self-care deficit in the light of individual basic factors first, so that the elderly persons can use those knowledge as a supplementary information for the judgment for their own self-care. Then they should enhance the patients' knowledge whenever the elderly persons come for the appointment. The elderly persons should participate in the knowledge expanding activity as the nurses deem fit for the elderly person's deficit, individually or in group of the same deficit. For further study, qualitative research on other factors which could influence self-care deficit in the elderly persons should be considered.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดของการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมติฐานของการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการจากการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	10
การดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม	18
ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุ	22
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	32
ปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง	42
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
การหาความเที่ยงตรงของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล	54
การวิเคราะห์ข้อมูล	56

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	59
การอภิปรายผล	75
การนำเสนอข้อมูลเพิ่มเติม	82
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	87
ข้อเสนอแนะ	89
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	103
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	105
ภาคผนวก ค ตารางข้อมูลทั่วไป	110

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว	60
2. จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และแหล่งที่มาของรายได้	61
3. จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และ การมีโรคประจำตัว	62
4. จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการและการมีโรคประจำตัว	63
5. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นต่อ ภาวะสุขภาพ และความพร้อมในการดูแลตนเองโดยรวม และจำแนกตามรายด้าน	64
6. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการดูแล ตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไปจำแนกตามรายข้อ	65
7. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการดูแล ตนเองตามระยะพัฒนาการและตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพจำแนกตามรายข้อ	67
8. จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามความ จำเป็นโดยทั่วไปจำแนกตามรายข้อ	68
9. จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามระยะ พัฒนาการและตามภาวะเบี่ยงเบน ด้านสุขภาพจำแนกตามรายข้อ	70
10. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย และตัวทำนายกับตัว เกณฑ์โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์	71
11. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความพร้อมในการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุ	73

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1. กรอบแนวคิดในการวิจัย

6

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแลตนเองกับองค์ประกอบ
อื่นในกรอบทฤษฎีพื้นฐาน

22



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิวัฒนาการด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งความเจริญทางด้านเทคโนโลยีในปัจจุบัน ส่งผลให้มนุษย์มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เป็นผลให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนไป กล่าวคือประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต จากสถิติของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานว่าในปีพ.ศ. 2530 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีประมาณ 3 ล้านคน และคาดว่าจะในอีก 20 ปีข้างหน้า คือ พ.ศ. 2550 จะมีประชากรผู้สูงอายุเป็น 2 เท่า คือ 5.9 ล้านคน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2531 : 22-25) และจากข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักรวบรวมว่า จำนวนประชากรวัยสูงอายุทั่วประเทศ มีเพิ่มจากเดิมคือ ในปี พ.ศ. 2532 มีจำนวนร้อยละ 5.9 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2536 (กระทรวงสาธารณสุข 2538 : 16) ประกอบกับมีการพัฒนาทางด้านสังคมและสาธารณสุข ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยยืนยาวขึ้นเห็นได้จากสถิติในปี พ.ศ. 2533 ชายไทยอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 61.75 ปี และหญิงไทยเพิ่มเป็น 67.50 ปี (บรรลุ ศิริพานิช 2531 : 1)

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ชัดว่าสังคมไทยจะมีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากสภาพการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจ นโยบายพัฒนาประเทศจึงจำเป็นต้องรองรับการเพิ่มของประชากรกลุ่มนี้ ขณะเดียวกันการเพิ่มความยืนยาวของชีวิต และการเปลี่ยนแปลงของสังคม ต่างมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเองด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายนั้น ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ จะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ทั้งนี้เพราะวัยสูงอายุ เป็นวัยเสื่อมของสภาพร่างกาย ขาดความต้านทานโรคติดโรคได้ง่าย ถ้าเจ็บป่วยจะใช้เวลารักษานาน อาการจะเรื้อรัง ลักษณะโรคภัยไข้เจ็บจะเปลี่ยนเป็นโรคเรื้อรัง และเกิดความพิการขึ้นได้ ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ บุตรเป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการเป็นที่พึ่งยามเจ็บไข้ ช่วยดูแลและพยาบาล อีกทั้งบุตรยังเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่

คาดหวังให้เป็นผู้ดูแลเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยในเวลาข้างหน้า (นภาพร ชัยวรรณ และคณะ 2532 : 100) แต่ในขณะที่เดียวกันคนหนุ่มสาวในครอบครัวได้เดินทางออกจากท้องถิ่น เข้าสู่ตลาดแรงงานภาคอุตสาหกรรมในเมือง สิ่งเหล่านี้เป็นผลให้สังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือจากระบบครอบครัวขยาย (Extended Family) ไปสู่ระบบครอบครัวเดี่ยว (Single Family) (บรรลุศิริพานิช 2531 : 5) ปัญหาสุขภาพและผลการเปลี่ยนแปลงระบบครอบครัวดังกล่าว ย่อมมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการพัฒนาระบบการพึ่งพาตนเอง เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ตามขีดจำกัดที่พึงกระทำได้

จากการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง พบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก อารมณีย์ วุฒิปุณฺณ และคณะ (2531 : 45) ศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเมืองของกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 50.38 ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตา โรคหัวใจ ไส้เรื้อรังและหอบหืด สอดคล้องกับการศึกษาของจางวรรณ เหมะธร และคณะ (2532 : 6) ที่สำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ปวดข้อ ร้อยละ 69 ปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 59 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.6 และ 15.7 ตามลำดับ จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุไทย ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ศรีจิตรา บุญนาค (2532 : 252) พบว่าร้อยละ 40 ของการตายในผู้สูงอายุไทยเกิดจากโรคหัวใจ วัณโรคปอด และเนื้องอก และโรคหลอดเลือดในสมอง โรคเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อ (Non - communicable disease) ขึ้นกับพฤติกรรมของมนุษย์ ลักษณะนิสัย สภาวะแวดล้อม ส่วนใหญ่เป็นโรคซึ่งป้องกันได้ อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2528 : 33-34) กล่าวถึงสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคหัวใจ คือ การมีวิถีชีวิตที่ผิด ๆ เช่นดื่มเหล้า-เบียร์มากเกินไป สูบบุหรี่และรับประทานอาหารมากเกินไป อ้วนเกินไป และออกกำลังกายน้อยเกินไป กิลเบิร์ต (Gilbert 1986 : 38-45) กล่าวว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุอย่างน้อยมีโรคเรื้อรัง 1 โรค ได้แก่ ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง หูเสื่อม โรคเกี่ยวกับหัวใจ และส่วนใหญ่ป้องกันได้ ถ้ามีการปรับเปลี่ยนให้มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี (Healthy lifestyle) โดยการควบคุมพฤติกรรมด้านสุขภาพได้แก่ การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยาได้อย่างปลอดภัย การระวังอุบัติเหตุ การใช้บริการป้องกันสุขภาพ และการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยส่งเสริม

สุขภาพและความผาสุก (Well-being) แก่ผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของ นภาพร ชัยวรณ และคณะ (2530 : 98) ถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเฉพาะโรค และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุยังขาดความเข้าใจ และมีการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ดีพอ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ โครงสร้างและเนื้อเยื่อเสริม โรคระบบย่อยอาหาร ปัญหาปวดข้อ ท้องผูก ริดสีดวงทวาร ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ น่าจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ (นภาพร ชัยวรณ และคณะ 2530 : 98) โดยในภาวะปกติผู้ใหญ่ มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนผู้สูงอายุอาจต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกายเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดหรือมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Orem 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 23-27) การตัดสินใจความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นการประเมินว่าบุคคลสามารถกระทำการดูแลตน (self care agency) เพื่อสนองต่อการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้อง ทำให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด มีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (Orem 1991 : 31-32) ทั้งนี้ความพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความเสื่อมของสภาพร่างกายและจิตใจตามวัยในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าไม่เพียงพอในอนาคต พยาบาลจึงควรเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความพร่อง หรือมีโอกาที่จะเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เช่นการสนับสนุนให้ความรู้ โดยการสอน แนะนำ กระตุ้นและให้กำลังใจ เพื่อให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง (Orem 1985 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 24-29)

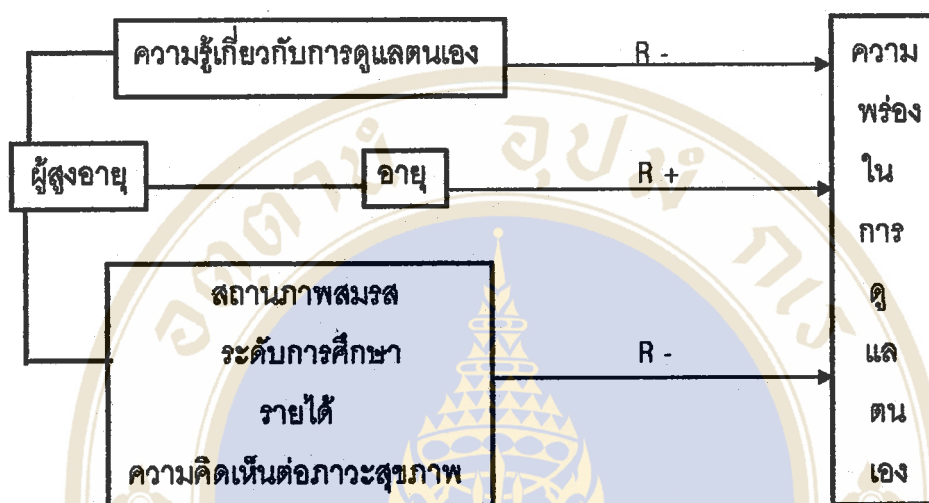
ตามแนวคิดของโอเร็มนั้น (Orem 1991 : 117 ; สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 8) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน ทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) ประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณา และตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำ และผลของการกระทำ โดยในระยะที่ 1 โอเร็มได้ชี้ให้เห็นว่า การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสภาวะการณ์นั้นๆ ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม จึง

ต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์และสภาวะการณ์ทั้งภายในและภายนอก จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ (Orem 1991 : 162-165 ; สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 8-10) เช่นเดียวกับในกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้องเพียงพอ ใช้ประกอบการพิจารณาและตัดสินใจลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ที่เพิ่มมากขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการ อันเนื่องมาจากการเสื่อมของสภาพร่างกายและจิตใจตามวัย โดยการแสวงหาความรู้และกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง ซึ่งน่าจะลดความพร่องในการดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง และผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจพบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองสูง มีความพร่องในการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองนี้สามารถร่วมทำนายความพร่องในการดูแลตนเองได้ (รัชสุรีย์ จันทเพชร 2536 : 63 ; ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ 2534 : 77)

นอกจากนั้นแล้วปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถ และความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอีกประการหนึ่ง คือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล อันจะส่งผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น หรือลดน้อยลง ปัจจัยพื้นฐานที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละช่วงอายุไม่เท่ากัน โดยอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ถึงความต้องการความช่วยเหลือเมื่อเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ในแต่ละช่วงอายุ เช่นวัยเด็กยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเทียบเท่าวัยผู้ใหญ่ ส่วนผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง (Orem 1991 : 136-137 สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 51) จากรายงานการศึกษาของรจนารถ ร่วงลือ (2536 : 76) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปีมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ส่วนสถานภาพสมรสและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1985 in Hanucharumkul 1988 : 16) ถือเป็นแหล่งประโยชน์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง สถานภาพสมรสเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (จันทนา กาญจนพจน์ 2529 : 53 ; นรินารถ วิทย์โชติภิตติคุณ 2534 : 50 ; สุวิมล พนาร์ตนกุล 2534 : 32) ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว โอเร็ม (Orem 1985 : 120 , 175) กล่าวว่าการศึกษา ทำให้บุคคลมี

สถิติ บัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา จึงปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ดี ความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงน้อยลง และการศึกษาสูงยังเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้รายได้ของครอบครัวดีขึ้น เพราะมี โอกาสประกอบอาชีพที่ดีกว่า จากการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ (สุวิมล พนาวัฒน์กุล 2534 : 42) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีรายได้ ปานกลางหรือมีรายได้ต่ำ (รจนารถ ร่วงลือ 2536 : 76 ; สุวิมล พนาวัฒน์กุล 2534 : 32) ส่วนปัจจัยด้านความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำให้ บุคคลกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อย่างมี ประสิทธิภาพ (Orem 1991 : 152-153) และได้มีการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออก เฉียงเหนือพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพใน ระดับดีมากกว่าผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี (ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร 2534 : 122) ทั้ง มีการศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจพบว่า ผู้ที่มีความคิดเห็นต่อ ภาวะสุขภาพดี จะมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ที่มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพไม่ ดี (รัชสุรีย์ จันทเพชร 2536 : 64 ; ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ 2534 : 67)

ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเลือกศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี เนื่องจากเป็นแหล่งบริการ สาธารณสุข ที่ให้บริการครอบคลุมผู้สูงอายุทุกระดับตามนโยบายของรัฐ ที่จะป้องกันและแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ โดยจัดให้มีการรวมกลุ่ม ผู้สูงอายุขึ้นในแต่ละชุมชนเป็นชมรมผู้สูงอายุ และจัดให้มีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุ การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความพร้อม ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุว่ามีความพร้อมในการดูแลตนเองเรื่องใด มีปัจจัยอะไรที่มีอิทธิพล ต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำตัวแปรต้นมา ศึกษาคือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อ ตัวแปรตาม คือความพร้อมในการดูแลตนเองซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการ ดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



R - ความสัมพันธ์ทางลบ

R + ความสัมพันธ์ทางบวก

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
4. ศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
3. สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
4. อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. บุคลากรทางการแพทย์บาลตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อพัฒนารูปแบบของการพยาบาลผู้สูงอายุต่อไป
3. เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล
4. เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

นิยามตัวแปร

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เกี่ยวกับวิธีที่ควรจะทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มมากขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไปตามวัยของผู้สูงอายุ ซึ่งวัดโดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 1985 ; 1991)

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศ น้ำและอาหารพอเพียง การคงไว้ซึ่งสมดุลระหว่างการอยู่ลำพัง และการเข้าร่วมกลุ่มสังคม วิธีการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อสวัสดิภาพที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด และความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ได้แก่ การรับรู้กระบวนการพัฒนาของชีวิตในวัยชรา รับรู้ถึงการปรับตัวและการบรรเทาความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย จิตใจท่ามกลางลักษณะครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนไป

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ ได้แก่ การแสวงหาแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

2. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ หมายถึง ลักษณะเฉพาะเป็นรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.1 อายุ หมายถึง จำนวนปีเต็มนับตั้งแต่ผู้สูงอายุเกิด จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

2.2 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ สถานภาพสมรสคู่และสถานภาพสมรสเดี่ยว ซึ่งรวมหมายถึงโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่

2.3 ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีการศึกษาตามหลักสูตรที่ผู้สูงอายุศึกษาในระบบ

2.4 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน ซึ่งอาจเป็นรายได้ที่ได้รับจากบุตรหลาน เงินบำนาญหรือจากการทำงานของผู้สูงอายุเอง

2.5 ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดของวอลท์ (Waltz 1991) ซึ่งเป็นแบบวัดลักษณะ Semantic Differential Scale

3. ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเพียงพอ ที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) ที่เพิ่มขึ้นหรือเปลี่ยนไปจากการเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัยสูงอายุ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 1985 ; 1991) ประกอบด้วยความพร้อมในการดูแลตนเอง 3 ประการดังนี้

3.1 ความพร้อมในการดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายปัสสาวะและของเสียในกระแสเลือดตามปกติ ความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อตนเอง

3.2 ความพร้อมในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ รวมทั้งไม่สามารถบรรเทาอารมณ์เครียด ที่เกิดจากการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร คู่สมรส การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในวัยสูงอายุ

3.3 ความพร้อมในการดูแลตนเองตามภาวะเปราะบางทางสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ ไม่สามารถกระทำการดูแลตนเองเมื่อเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย โดยไม่สามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งบริการสุขภาพ ไม่มีการรับรู้และสนใจดูแลปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งป้องกันอันตรายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือโรคซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะที่ดีของตน และไม่สามารถปรับบทบาทของตนให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยได้

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้ การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอริเอ็ม ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความพร้อมในการดูแลของผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ แต่ผู้สูงอายุมีความเสื่อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหรือมีความพร้อมในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 27) เนื่องจากผู้สูงอายุมีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอยลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรภาพ (Biological Change) การเปลี่ยนแปลงด้านนี้เกิดขึ้นทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ลดน้อยลงดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีโอกาสดังกล่าวเกิด อาการต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความไม่สมดุลของสารในร่างกายได้มากกว่าวัยอื่น ๆ การเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ชูศักดิ์ เวชแพทย (2531 : 20-38) วิไลวรรณ ทองเจริญ (2533 : 60-81) และสุรกุล เชนอบรม (2534 : 11-19) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแต่ละระบบของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1.1 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System)

กระดูกจะกร่อนลงเมื่ออายุเริ่ม 45 ปี รอยต่อของกระดูกสันหลังจะหดลง ไค้งงุ่มและความสูงลดลง กระดูกเปราะและหักง่าย เนื่องจากการสลายแคลเซียมออกจากกระดูก ร่วมกับการขาดวิตามินดีจากการไม่ได้รับประโยชน์จากแสงแดด โดยเฉพาะคนที่เริ่มแก่และอยู่แต่ในบ้านรวมทั้งเกิดจากการไม่ควบคุมอาหาร น้ำโซ้ลดลง เป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน เกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวกเกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดเชื้ได้ง่าย ทำให้มีอาการปวดตามข้อ ข้อที่พบว่ามีการเสื่อมได้บ่อยคือ ข้อเข่า

ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลังจำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่ มวลของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งนานขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ช้าลง

1.2 ระบบการไหลเวียนโลหิต (Cardiovascular System)

ในผู้สูงอายุลักษณะโครงสร้างของหัวใจไม่เปลี่ยนแปลงขนาดของหัวใจอาจโตขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้นทำให้เกิดภาวะหัวใจรั่วและตีบได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในเวลา 1 นาที ลดลงประมาณร้อยละ 40 จากอายุ 20 ถึง 60 ปี หลอดเลือดเกิดภาวะเสื่อม ผนังหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น หลอดเลือดแดงแข็งตัว ความแรงของชีพจรลดลง ภูหลอดเลือดแคบเข้ามีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสที่จะเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนกลุ่มอายุอื่น

1.3 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System)

ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงความแข็งแรงและกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวช้าลง ทำให้ปอดยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง ประกอบกับจำนวนถุงลมลดลง ถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย การไหลเวียนโลหิตในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลม หรือทำให้การกำซาบของเลือดลดลง การซึมซาบของการผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง เนื่องจากเนื้อที่ที่ใช้ในการซึมซาบลดลง ผนังหลอดเลือดฝอยหนา และแข็งตัวมากขึ้น รีแฟล็กซ์การไหลลดลง ประสิทธิภาพการไหลลดลง การทำงานของซีเรีย (cilia) ตลอดทางเดินหายใจลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดีเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

1.4 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System)

ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลงแตกง่าย เหงือกที่หุ้มคอพกร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลง เซลล์บริเวณหลอดอาหารเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง กล้ามเนื้อหูรูด บริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานช้าลง เป็นเหตุให้อาหารในกระเพาะอาหารสามารถย้อนกลับขึ้นมา กล่องรับรส (Taste buds) จะหดตัวและการเลือกในรสอาหาร (Taste Threshold) เพิ่มขึ้น ทำให้กลิ่นและรสของอาหาร ไม่มีผลต่อความอยากอาหารซึ่งจะพบในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 84 นอกจากนี้ยังพบว่า การรับประทาน

อาหารที่ขาดกากอาหาร ขาดการบริหารร่างกายหรือไม่ฝึกนิสัยในการขับถ่ายในระยะก่อนเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารมาก

1.5 ระบบการขับถ่ายของเสีย (Excretory System)

ในผู้สูงอายุมีความอ่อนแอของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน ร่วมกับขนาดและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง จึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากภายหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง มีผลทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อย ผู้สูงอายุบางรายอาจปัสสาวะรด โดยเฉพาะในเพศชายจากต่อมลูกหมากโต ส่วนในเพศหญิงอาจมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนเนื่องจากการคลอดบุตรหลายคน นอกจากนี้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง เนื่องจากไตเกิดการเหี่ยวลง และการเสื่อมของหลอดไตและส่วนของไตที่ทำหน้าที่กรอง (Tubules and Glomeruli) ทำให้ประสิทธิภาพในการกรองของเสียของไตลดลง การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นลดลง และปริมาณยูเรียในเลือดเพิ่มขึ้น อีกทั้งความสามารถในการดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นลดลงเป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ได้

1.6 ระบบผิวหนัง (Integumentary System)

ผิวหนังจะบางและเหี่ยวลง สีของผิวหนังน้อยลงทำให้เกิดจุดด่างขาว แต่บางครั้งเกิดตกรัศมีจากมีสีมากขึ้น ต่อมไขมันขับน้ำมันน้อย ทำให้ผิวแห้ง คัน ต่อมเหงื่อขับเหงื่อน้อยลง ส่วนผมจะร่วงและเปลี่ยนเป็นสีขาว

1.7 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous System and Special Senses)

ความสามารถของศูนย์กลางควบคุมประสาทลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลงเพราะการเสื่อมของเซลล์สมอง การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ความคิดความจำเสื่อม ความว่องไวในการสั่งงานต่าง ๆ โดยทั่วไปของร่างกายช้าลง ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องต่าง ๆ ในอดีตได้ดี

การมองเห็นไม่ดี ระบบประสาทตา กล้ามเนื้อตา และแก้วตาจะเสื่อมสมรรถภาพลง โดยทั่วไปสายตาจะยาวขึ้น คือไม่สามารถมองเห็นใกล้ได้เท่ากับคนสายตาปกติ ความไวต่อแสง การกระพริบตาลดประสิทธิภาพลง สีนัยนตาก็เริ่มขุ่นมัวไม่สดใส เพราะขาดไขมัน หนังตาเหี่ยวลงและการกระพริบตาช้าลง

สมรรถภาพของการได้ยินเสื่อม เพราะการเสื่อมของเยื่อประสาทตอนใน

(Cochlea Basal Tune) เยื่อแก้วหูแข็งตัวมากขึ้น คนสูงอายุจึงไม่สามารถจะได้ยินเสียงในระดับสูง ๆ มากได้คือ เกิดอาการหูตึง เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง สายเสียงจะบางลงทำให้เสียงของคนสูงอายุแหลมขึ้น การควบคุมระดับเสียงทำได้ไม่นาน การพูดจะช้าลง จังหวะการหยุดบ่อยและนานขึ้น อาการอ้าอึ้งมากขึ้น

การดมกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก พบได้ถึงร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี การรับรสของลิ้นเสียไป เนื่องจากจำนวนของประสาทการรับรส (Taste Bud) หดตัวและเสื่อมลง ความไวต่อการสัมผัสและการรับรู้ก็เสื่อมถอยลงเช่นกัน ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการสมดุลของการทรงตัวก็เสื่อมประสิทธิภาพลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหกล้มง่าย

1.8 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Genitourinary System)

ขนาดของไตลดลง หน่วยไตมีจำนวนลดลงผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัวขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลงประมาณร้อยละ 53 และอัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของท่อไตลดลง ทำให้การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น การถ่ายปัสสาวะจะมีปริมาณลดลงแต่บ่อยครั้งขึ้น ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง เพศชายต่อมลูกหมากมักโตขึ้น เพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลงมีน้ำหนักเหลือเพียงครึ่งหนึ่งของวัยสาว ผิวรังไข่ซีดขาวและย่น ปีกมดลูกหดเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกจะบางลง แต่ยังสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนได้ดี ปากมดลูกเหี่ยว และขนาดเล็ก ไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดแคบและสั้นลงรอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง สีขาวซีดเพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลง ช่องคลอดมีสภาพเป็นต่าง อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวย่นเพราะไขมันใต้ผิวหนังลดลงกล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน (Endocrine System)

ประสิทธิภาพการทำงานของต่อมไร้ท่อเสื่อมถอยลง เมื่ออายุมากขึ้นการขับปริมาณของฮอร์โมนน้อยลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

ต่อมใต้สมอง โดยเฉพาะสมองส่วนหน้าจะเสื่อมหน้าที่ฮอร์โมนต่ำทำให้เบื่ออาหาร ต่อมไทรอยด์ มีขนาดเล็กลงเมื่ออายุเกิน 50 ปีไปแล้ว การผลิตฮอร์โมนต่ำลงอาจทำให้เบื่ออาหาร ตับอ่อนหลังอินซูลินน้อยลง การใช้น้ำตาลในร่างกายน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมี

แนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนกลุ่มอื่น ต่อมเพศมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง และ โครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ในเพศหญิงรังไข่จะหยุดผลิตฮอร์โมน เอสโตรเจน เมื่ออายุประมาณ 45 - 50 ปี ผลที่ตามมาคือมีการหย่อนของกล้ามเนื้อกระดูก ช่องคลอดและทรวงอกหมดประจำเดือนและความรู้สึกในทางเพศเปลี่ยนแปลงไปซึ่งส่วนใหญ่ จะลดลง สำหรับเพศชายเชื่อว่าการทำงานของต่อมเพศมีการเสื่อมสลายเช่นกัน แต่ไม่ถึงกับ หยุดทำงานไปอย่างจริงจัง การหลั่งฮอร์โมนแอนโดรเจน (androgen) ลดลงอวัยวะเพศเหี่ยวและ ความรู้สึกทางเพศลดลง

นอกจากการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ แล้ว ผู้สูงอายุยังมีลักษณะเฉพาะที่ เกิดขึ้นนอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงตามปกติได้แก่ เมื่อเจ็บป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ผิดปกติ หลายอย่างและไม่มีลักษณะที่เฉพาะโรค มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงอย่างรวดเร็วถ้าไม่ ได้รับการรักษามีโรคแทรกซ้อนในระหว่างทำการรักษาสูงและต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพมาก (WHO. expert committee 1989 : 13-14)

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น สอดคล้องกับทฤษฎีที่ เกี่ยวกับความสูงอายุทางด้านชีววิทยา ได้แก่ ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmunity theory) และทฤษฎีระบบภูมิคุ้มกัน (Immune system theory) ที่กล่าวว่า การชราเกิดจากร่างกาย มีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดที่ทำลายตัวเองมากขึ้น เมื่อระยะวัยเจริญพันธุ์สิ้นสุดลง ทำให้มีการ สร้างภูมิคุ้มกันปรกติน้อยลง ระบบภูมิคุ้มกันเริ่มเสื่อมลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความ เจ็บป่วยง่ายและเป็นรุนแรง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์และคณะ 2531 : 27) และสอดคล้องกับ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงให้ผิดไปจากเดิมด้านร่างกาย (Somatic mutation theory) ที่พบว่าการ เปลี่ยนแปลงให้ผิดไปจากเดิม (Mutation) ที่เกิดขึ้นในเซลล์ของร่างกายจะไม่ทำลายยืน และ โครโมโซมอย่างช้า ๆ จนกระทั่งความสามารถด้านหน้าที่ของโครโมโซมถูกทำลายไป เมื่อมี Mutation สะสมเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่สูญเสียหน้าที่ของยีนและโครโมโซม จะทำให้ไม่สามารถ ผลิตโปรตีนได้ทำให้เซลล์ตาย โดยเฉพาะเซลล์ประสาท เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์กล้ามเนื้อ หัวใจ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์และคณะ 2531 : 23) และตามทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) ที่เปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตคล้ายเครื่องจักรเมื่อมีการใช้งานนานจะมีการผิดปกติ แต่ จะต่างกัน คือ เมื่อเซลล์ถูกทำลายได้รับภยันตราย เซลล์เก่าเสื่อมโทรมจะมีการสร้างเซลล์ใหม่ ขึ้นมาทดแทน แต่ความเครียดและการได้รับความกระทบกระเทือนจากภาวะใด ๆ ก็ตาม จะ

สะสมขึ้นตามกาลเวลาและทำให้เกิดความเสื่อมสลายของร่างกายเพิ่มมากขึ้นไปเรื่อย ๆ จนถึงวัยสูงอายุ ความสามารถในการสร้าง และซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ ในร่างกายจะลดน้อยลง เช่นเดียวกับทฤษฎีการสะสม (Accumulation Theory) ที่เชื่อว่า ความสูงอายุมามากจากการสะสมสารสีดำที่เรียกว่าไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ที่ได้มาจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมันในกระบวนการที่มีการใช้ออกซิเจนมากเกินไป ทำให้มีผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ และคุณสมบัติในการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological Change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ อัมพร โอตระกูล (2527 : 29-30) และ สุรกุล เชนอบรม (2534 : 19-20) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จิตใจ ของผู้สูงอายุว่าเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิตต้องตายจาก หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันควรที่จะต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลงเนื่องจากหมดภาระติดต่อกับด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ไร้คุณค่าไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมและขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ในวัยสูงอายุ บุตร ธิดามักจะมีครอบครัวกันแล้ว และโดยเฉพาะลักษณะของสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความว้าเหว่และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

2.4 การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่

สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาย นอกจากนั้นเหตุผลทางสังคมและวัฒนธรรมโดยเฉพาะเจตคติของสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมนับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่จิตใจของผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Social Change)

สังคมของมนุษย์มีการอยู่ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นสมาชิกของกลุ่ม สิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทางสังคมในผู้สูงอายุเช่นกัน แต่ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมก็เป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบาก เป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่ง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เกษม ดันติพลาชีวะ และ กุลยา ดันติพลาชีวะ (2528 : 80 - 81) และสุรกุล เจนอบรม (2534 : 21) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม เดิมผู้สูงอายุมีฐานะเป็นผู้นำให้ความรู้ถ่ายทอดวิชาการ ได้รับการยอมรับนับถือ เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะของสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ผู้สูงอายุจะไม่มีบทบาทเหมือนสังคมเกษตรกรรม ทำให้ผู้สูงอายุขาดการยอมรับจากสังคมและบุตรหลานเกิดความว่าเหวได้

3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลงไป จากที่เคยมีหน้าที่ดูแลหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลับมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัยการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้อาศัยในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกที่ตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความอับอายคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหา หรือเป็นภาระของสังคม

3.3 ความคับข้องใจทางสังคม ซึ่งเกิดจากการถูกปลดเกษียณ ต้องหยุดรับผิดชอบงานต่าง ๆ มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก เพราะการเป็นผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่าเป็นผู้หมดสมรรถภาพในการทำงาน แต่สังคมกำหนดให้เป็นเช่นนั้น

3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบจากผู้ที่มีมือทำงานใช้ความคิดเป็นผู้ที่คอยรับคำปรึกษา การยอมรับพิจารณา มอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นไม่กล้าแสดงออกสมรรถภาพลดลง นอกจากนี้การยอมรับของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุลดลงกว่าแต่ก่อน บางครั้งเห็นว่า

ผู้สูงอายุกำลังเป็นภาระ และความรับผิดชอบที่เกินความสามารถของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องพึ่งสถานสงเคราะห์คนชราทำให้มีปัญหาจิตใจเกิดขึ้นได้

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุนี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวต่อบทบาททางสังคมที่มีการเปลี่ยนไปตามกระบวนการทางอายุตามทฤษฎีบทบาท (Role Theory) โดยเมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลมักจะสูญเสียบทบาททางสังคมที่เคยได้รับมาแต่อดีต เช่นการทำงานการเกษียณอายุราชการ และอื่นๆ ซึ่งบุคคลจะปรับตัวต่อความเป็นผู้สูงอายุได้ดีเพียงใด จึงน่าจะขึ้นอยู่กับ การยอมรับถึงบทบาททางสังคมที่กำลังจะมาถึงหรือกำลังจะเปลี่ยนไปในอนาคต (สุรกุล เจนอบรม 2534 : 32-33) ทฤษฎีบทบาท ยังมีความเกี่ยวข้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) และทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) โดยทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) มีแนวคิดว่าผู้สูงอายุที่ปกติ ส่วนใหญ่จะยังคงไว้ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยกระทำในอดีต ตามสถานะสังคมเศรษฐกิจที่อำนวย เพื่อคงไว้ซึ่งกิจกรรมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมตามกำลังความสามารถ มีความพอใจในชีวิต ทำให้ชีวิตวัยชรามีความสุข ส่วนผู้สูงอายุที่มีชีวิตสันโดษ เรียบง่าย ลดการมีกิจกรรมลง จะสอดคล้องกับทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ซึ่งกล่าวว่า เป็นเรื่องธรรมดา และหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมของตนเอง และบทบาททางสังคม เมื่อตนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุพยายามจะหลีกเลี่ยงหนีจากความกดดัน และความตึงเครียดโดยการถอนตัว (Withdrawal) ออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลจากการที่รู้สึกว่ามันเองมีความสามารถลดลง (บริบูรณ์ พรพิบูรณ์ 2526 : 157 : สุรกุล เจนอบรม 2534 : 33-35) ต่อมาในปี ค.ศ.1964 นิวการ์เตน (Neugarten อ้างใน จันทนา รณฤทธิ์วิชัย 2532 : 22-24) ได้ทำการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกัน หรือแยกตัวออกจากสังคมนั้น ขึ้นอยู่กับบุคคลิกภาพ และแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนต่อเนื่องกันมา โดยอธิบายการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุอีกทฤษฎีหนึ่ง คือ ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) โดยกล่าวว่าบุคคลิกภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลนั้น จะบอกให้ทราบถึงการปรับตัวเพื่อให้เกิดความพึงพอใจในวัยสูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบทำกิจกรรมร่วมกันในสังคม ก็จะมีลักษณะเหมือนเดิมเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาท ในสังคมมาก่อน ย่อมจะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่อตัวเองมีอายุมากขึ้น (สุรกุล เจนอบรม 2534 : 35-36 : จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ 2536 : 57-58)

การดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม

การดูแลตนเอง เป็นแนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีการดูแลตนเองซึ่งโอเร็ม (Orem) เป็นผู้สร้างและพัฒนาทฤษฎีนี้มาตั้งแต่ ค.ศ. 1960 เป็นทฤษฎีที่เน้นถึงศักยภาพของบุคคลที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โอเร็ม (Orem 1985 : 84-85) ได้อธิบายความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่า เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุกของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมายมีแบบแผน มีลำดับขั้นตอนและการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล ซึ่งการกระทำอย่างจงใจนี้ โอเร็มได้ชี้ให้เห็นว่า แตกต่างจากกลไกการตอบสนองตามสัจพจน์ของร่างกายทั่วไป แต่เป็นการกระทำอย่างมีจุดประสงค์ หลังจากได้พิจารณาไตร่ตรองแล้วว่าถูกต้องเหมาะสมเป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต แม้ว่าวิธีการนั้นๆจะไม่น่าพึงพอใจก็ตาม (Orem 1991 : 12) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล (Orem 1985 : 84-85) การดูแลตนเองของโอเร็มได้ถูกนำมาใช้และพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นที่นิยม และแพร่หลายมาก ถือว่าสอดคล้องกับแนวคิดของการบริการสุขภาพในปัจจุบัน ที่มุ่งให้ประชาชนได้พึ่งพาตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 128) การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็มจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ (Orem 1985 : 90)

1. ประคับประคองกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของชีวิต ให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค
4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

โอเร็ม (Orem 1991 : 125, 136 ; Orem 1985 ใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 132-135) ได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ประการดังนี้

1. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นใน

ทุก ๆ ด้าน อันได้แก่ ความต้องการการดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การคงไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย การคงไว้ซึ่งการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ อันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกาย

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ หรือการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต เป็นต้น หรืออาจเป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต เมื่อเข้าสู่วัยชราดูแลป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการที่เกิดจากปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย เป็นต้น

3. ความต้องการการดูแลตนเองจากภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้น เนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด หรือความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย จากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ ซึ่งบุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดได้ครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่เพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ที่จะตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด โดยความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริม และคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่พัฒนาการของมนุษย์และสวัสดิภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของบุคคลจากวัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ (Orem 1985 : 105)

โอเร็ม (Orem 1991 : 148-155 ; สมจิต หนูเจริญกุล 2534 : 17-23) ได้กล่าวถึงโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities of self-care operations)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components)
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการกระทำ (Capabilities and dispositions foundational for action)

ซึ่งความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานในระดับที่สูงขึ้นไปตามรายละเอียดดังนี้

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไป ประกอบด้วย 1. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการให้เหตุผล 2. หน้าที่ของประสาทรับรู้สัมผัส (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส 3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง 4. การเห็นคุณค่าในตนเอง 5. นิสัยประจำตัว 6. ความตั้งใจ 7. ความเข้าใจตนเอง 8. ความหวังในตนเอง 9. การยอมรับตนเอง 10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักเวลา ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ 11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power components)

โอเร็ม และเทเลอร์ (Orem & Taylor 1986 : 37-71) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ ในลักษณะของตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่ 1. ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง 4. ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเอง ที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ 6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7. มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ 8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติ การดูแลตนเอง 9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง 10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตใน

ฐานบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

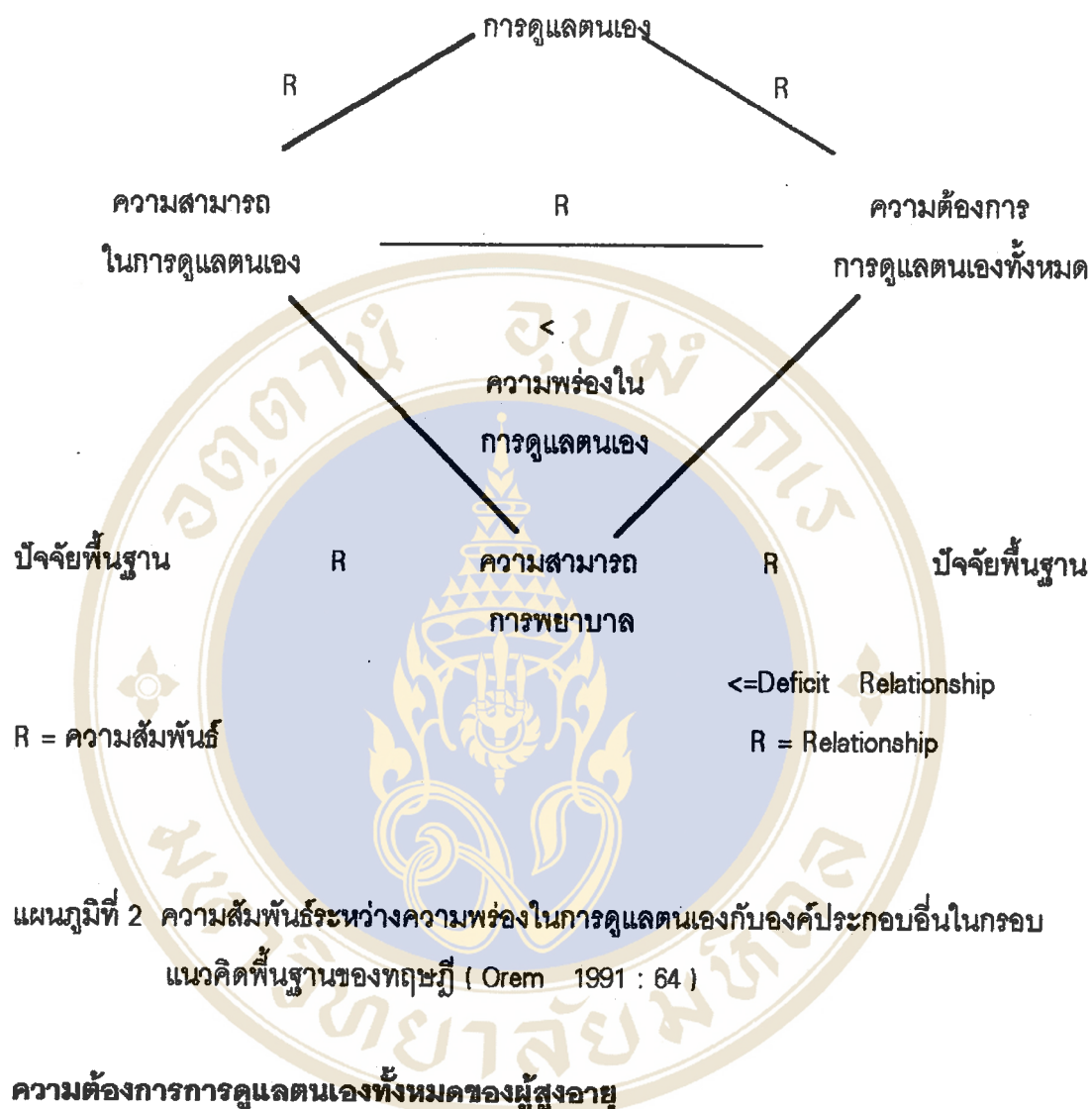
3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for Self-Care Operations)

เป็นความสามารถที่จำเป็น ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1. การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง
2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น
3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายดังกล่าวมาแล้ว

ถ้าเมื่อใดที่บุคคลไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลให้เพียงพอ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มมากขึ้น หรือมีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองภายใต้ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ถือว่าบุคคลนั้นมีความพร่องในการดูแลตนเอง โอเร็ม (Orem & Taylor 1986 : 44 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 5) ได้เสนอทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) โดยอธิบายว่า “ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตอย่างเต็มที่สามารถจะถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะทางด้านสุขภาพหรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามารถใช้ได้เลยหรือปริมาณหรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด” และโอเร็ม (Orem 1991 : 65-173) ได้แสดงแผนภูมิประกอบคำอธิบายว่า ความพร่องในการดูแลตนเองบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ที่ไม่สมดุลกันระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองที่มีข้อจำกัดจากสาเหตุต่างๆจึงทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดได้ครบถ้วน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



โอเร็ม (Orem 1985 : 88) กล่าวว่า ความต้องการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ก่อนที่จะลงมือกระทำการดูแลตนเอง (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 10) ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข สามารถช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีจึงเป็นสิ่งจำเป็น และเมื่อวิเคราะห์ตามแนวทฤษฎีของโอเร็ม จะพบว่าผลจากการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้านของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง โดยมี

ความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นตามพัฒนาการของวัย ถ้าความสามารถในการดูแลตนเองไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ ซึ่งการตัดสินใจว่าความพร่องในการดูแลตนเองนั้นจะต้องประเมินว่า ผู้สูงอายุสามารถจะกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดหรือไม่ ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้องหรือเพียงพอ ถือว่ามีความพร่องในการดูแลตนเอง เมื่อต้องการศึกษาว่า ผู้สูงอายุแต่ละรายมีความพร่องในการดูแลตนเองในระดับใด จะต้องประเมินโดยยึดตามเกณฑ์พื้นฐานภายในขอบเขตของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งการดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน แต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการในวัยสูงอายุดังนี้

1.1 การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศอย่างเพียงพอและเหมาะสม ซึ่งหน้าที่การทำงานของปอดจะเสื่อมลงตามอายุ การแลกเปลี่ยนก๊าซในผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพลดลงเนื่องจากถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจนที่ห่อหุ้มถุงลมลดลง และมีการเชื่อมกันตามขวาง จึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่าย การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมลดลง การซึมผ่านของก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง อัตราส่วนระหว่างการระบายอากาศและการกำซาบเลือดไม่ได้สัดส่วนกัน ดังนั้น เปอร์เซ็นต์อิ่มตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินจึงลดลงประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์ และค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (P_{aO_2}) ลดลง 10 - 15 เปอร์เซ็นต์ จากอายุ 20 - 80 ปี ส่วนค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (P_{aCO_2}) ไม่เปลี่ยนแปลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ 2533 : 70-73)

สำหรับการขนส่งก๊าซ (Transport of Gases) จะเกี่ยวข้องกับการไหลเวียนโลหิตเพื่อนำเลือดไปยังอวัยวะส่วนต่าง ๆ ที่ร่างกาย พฤติกรรมที่บ่งบอกถึงกับการปรับตัวเกี่ยวกับการขนส่งก๊าซ ได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต และเสียงหัวใจ เป็นต้น ในผู้สูงอายุอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง กำลังสำรองของหัวใจ (Cardiac Reserve) ลดลง จึงพบว่าผู้สูงอายุมักเกิดหัวใจวายได้ง่ายในกรณีที่หัวใจต้องทำงาน

มากขึ้นหรือในภาวะฉุกเฉิน เห็นได้จากสถิติสาเหตุการตายของผู้สูงอายุไทย ในปีพ.ศ. 2532 พบว่าผู้สูงอายุตายด้วยหัวใจวายถึงร้อยละ 33.2 (ศรีจิตรา นุนนาค 2532 : 253)

ส่วนความดันโลหิตของผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นทั้งความดันซิสโตลิก (Systolic Pressure) และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Pressure) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดคือมีแคลเซียมมาเกาะ และมีความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง ทำให้ความดันโลหิตส่วนปลายเพิ่มขึ้น โดยที่ความดันซิสโตลิกจะเพิ่มขึ้นประมาณ 20-30 เปอร์เซ็นต์ จากอายุ 30 - 70 ปี ส่วนความดันไดแอสโตลิก เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (Ebersole & Hess 1991 : 65 - 66) การพิจารณาค่าปกติของความดันโลหิตนั้น สารรัตน์ ยงใจยุทธ (2531 : 906) กล่าวว่า ค่าปกติของความดันซิสโตลิกเท่ากับจำนวนอายุบวกด้วย 100 (สูงสุดไม่เกิน 160 มิลลิเมตรปรอท) ส่วนความดันไดแอสโตลิกเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ไม่ว่าจะอายุกี่ปีก็ตาม แต่นักวิชาการบางท่านเชื่อว่า ถ้าความดันซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่ามีความดันโลหิตสูงและควรจะได้รับการรักษา (Ebersole & Hess 1991 : 66) จากการสำรวจสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในแฟลตดินแดงพบว่า ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท) ถึงร้อยละ 28 (จรวย ศรีทอง 2532 : 213 - 216) นอกจากจะพบความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุแล้ว ยังพบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (Postural Hypotension) เนื่องจากการตอบสนองของตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต (Baroreceptor) ในผู้สูงอายุลดลง ร่วมกับความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ 2533 : 70) จากการศึกษาของรอบบินส์และรูเบนส์ไตน์ (Robbins & Rubenstein 1984 Cited in Chenitz 1991 : 30) พบว่าประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า คือ มีความดันซิสโตลิกลดลง 20-30 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่านั้น ร่วมกับความดันไดแอสโตลิกลดลงอย่างน้อยที่สุด 10 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 1 - 2 นาทีหลังจากยืน และอุบัติการณ์ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 - 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย

1.2 การดูแลให้ร่างกายได้รับอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอเหมาะสม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตสังคมของผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารได้ง่าย เพราะเมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรส กลิ่น และสัมผัสจะน้อยลง เมื่อได้กลิ่น และรู้รสน้อยก็จะทำให้ความอยากอาหารลดลงจึงมีโอกาทำให้ผู้สูงอายุ

ละเลยการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า อีกทั้งสภาวะจิตใจ มีความเหงา ความกลัว และผู้สูงอายุ ยังกินอาหารน้อยลงจากการขาดความชำนาญในการทำอาหาร โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายที่ภรรยา เสียชีวิต ราคาอาหารแพงและสุขภาพเสื่อมโทรม (บรรลุ ศิริพานิช 2534 : 31- 32) นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับนิสัยการบริโภคของผู้สูงอายุด้วย (วลัย อินทร์พรรย์ 2530 : 101) บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2532 : 70) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวมากถึง 70 - 74 ปี และมีสุขภาพ สมบูรณ์แข็งแรง ซึ่อาหารรับประทานไม่ขัดสนร้อยละ 89.9 และมีนิสัยการกินอยู่ง่ายไม่เลือก อาหาร รสชาติอาหารเป็นแบบธรรมดา และรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ จะเห็นได้ว่าอาหารเป็น สิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ แต่โดยธรรมชาติของผู้สูงอายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นมักมีแนวโน้มที่จะกิน อาหารน้อยลง มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ น้อยลง มีความต้องการพลังงานน้อยลงมีปัญหาทาง ทันตสุขภาพการแยกตัว และปัญหา รายได้ต่ำ (Gilbert 1976 : 91)

การศึกษาของ วรณี จันทร์สว่าง (2533 : 30) พบว่า การเคี้ยวอาหาร เป็นปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่พบมากที่สุด คือ พบประมาณร้อยละ 30.5 นอกจาก นั้นแล้วผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัญหาการกลืน มีอาการกลืนลำบาก จากพยาธิสภาพของหลอด อาหารทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง โดยการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ทั่วไป คือ ในอาหารจำนวน 12 ส่วน ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อวัว หรือตัว ไข่ ประมาณ 2 ส่วน ผักสดและผลไม้สดประมาณ 4 ส่วน ข้าว ประมาณ 4 ส่วน และนมประมาณ 2 ส่วน ซึ่งจะทำให้ปริมาณอาหารที่ได้รับเหมาะสมกับการใช้ พลังงานของร่างกาย

ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว หรือประมาณ 1,500 - 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน หลีกเลี่ยงการดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลมและสุรา ผู้สูงอายุมีความ สามารถในการควบคุมปริมาณ ความเข้มข้นของน้ำ อิเลคโตรไลต์ในร่างกายลดลง ดังนั้น ถ้ามี การเปลี่ยนแปลงการได้รับและการขับของน้ำและอิเลคโตรไลต์ เช่น ดื่มน้ำน้อย การถ่ายปัสสาวะ บ่อยและจำนวนมากหรือปัสสาวะออกน้อยและอาเจียน เป็นต้น ย่อมทำให้เกิดความไม่สมดุล ของน้ำ และอิเลคโตรไลต์ได้ง่าย และมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องของร่างกาย ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ ภาวะน้ำเกิน อาการบวม มีอิเลคโตรไลต์ เช่น โซเดียม ไปตลสเทียมมาก หรือ น้อยเกินไป ผู้สูงอายุส่วนมากดื่มน้ำน้อย มักเกิดภาวะขาดน้ำในเวลา กลางคืนการดื่มน้ำ หรือ เครื่องดื่มก่อนนอนจะช่วยให้ได้มาก ซึ่งโดยทั่วไปแล้วควรจะดื่มน้ำให้เพียงพอ

1.3 การดูแลให้ร่างกายได้ขับถ่ายและระบายให้เป็นปกติ เนื่องจากปริมาณ

ของเลือดที่ออกจากรากหัวใจน้อยลง จะส่งผลต่อการกรองของเสียที่ไต ทำให้มีการสูญเสียโปรตีนจากการกรองของไต ในผู้ชายอาจจะมีต่อมลูกหมากโต และในผู้หญิงก็อาจจะมีกล้ามเนื้อบริเวณฝีเย็บ (perinial) หย่อนยานหรือเสียความยืดหยุ่น มักจะมีปัสสาวะบ่อย จำนวนปัสสาวะลดลงซึ่งสัมพันธ์กับการได้รับน้ำเข้าสู่ร่างกาย สำหรับการปัสสาวะผู้สูงอายุควรปัสสาวะเมื่อรู้สึกปวดไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (bladder tone) เสียการบีบรัดตัว การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะจะทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน บางคนอาจต้องตื่นมาถ่าย 2-3 ครั้ง และอาจถึง 4 ครั้ง ในบางคืน การถ่ายปัสสาวะบ่อยนี้พบได้มากในผู้หญิงถึงร้อยละ 70 ส่วนผู้ชายพบร้อยละ 50 ซึ่งการถ่ายปัสสาวะบ่อยเป็นปรากฏการณ์ปกติตามวัย แต่จะเป็นปัญหาเมื่อถ่ายปัสสาวะบ่อยจนรบกวนการนอนหลับพักผ่อน (เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ 2528 : 56) ผู้สูงอายุชายอาจมีต่อมลูกหมากโตโดยในระยะแรกจะถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นไว้ไม่ได้นานต่อมลูกหมากโตขึ้นเรื่อยๆทำให้หลอดปัสสาวะแคบ ส่งผลให้มีอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะขัด ใช้เวลานานกว่าจะถ่ายสุด และต้องใช้แรงเบ่ง บางรายอาจถ่ายปัสสาวะไม่ออก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจำนวนมากอาจประสบกับปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence) จากการศึกษาของโกลด์สไตน์ และคนอื่น ๆ (Goldstein, et al 1992 : 15-20) พบว่าผู้สูงอายุมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ถึงร้อยละ 36 ของผู้สูงอายุจำนวน 136 คน ซึ่งการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นี้อาจทำให้เกิดผื่นคันจากการระคายเคืองของน้ำปัสสาวะ และอาจมีการติดเชื้อของผิวหนังและระบบทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย

สำหรับการเปลี่ยนแปลงที่ระบบการย่อยอาหารจะพบว่า ถ้าได้มีการบีบตัวลดน้อยลง ทำให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง การขับถ่ายก็จะลำบากมากขึ้น และมีอาการท้องผูกซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ดังนั้น กิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องกระทำ คือ การทำให้ร่างกายมีการระบายของเสียออกจากร่างกายได้อย่างปกติ ผู้สูงอายุจึงควรขับถ่ายอุจจาระทุกวันหรือตามนิสัยการขับถ่ายเป็นประจำของตนเองเป็นหลัก อีเบอร์โซล และ เฮส (Ebersold & Hess 1990 : 68) พบว่า ร้อยละ 90 ของประชากรผู้สูงอายุจะมีนิสัยการขับถ่ายอุจจาระวันละ 3 ครั้ง จนถึงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรพิจารณานิสัยการขับถ่ายจากเกณฑ์ดังกล่าว

1.4 การดูแลให้ร่างกายคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน ในวัยสูงอายุมักจะประสบปัญหาความเสื่อมของข้อต่าง ๆ ทำให้เกิดการติดขัด เคลื่อนไหวไม่สะดวก และมีความเจ็บปวดตามข้อต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ประกอบกิจกรรม

ต่าง ๆ ได้ลำบาก จากการศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง พบว่า อาการปวดข้อเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 37.7 ของผู้สูงอายุจำนวน 138 คน (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ 2531 : 21) ในเรื่องการทรงท่าทางของร่างกาย ผู้สูงอายุมักมีหลังค่อมยิ่งอายุมากขึ้นหลังยิ่งค่อมมากขึ้น นอกจากนี้การทรงท่าทางที่ไม่ดียังเป็นการจำกัด การหายใจจากการกดของทรวงอกและช่วงท้อง ทำให้ไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ ร่างกายจึงได้รับออกซิเจนน้อยลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์ 2532 : 66)

ซึ่งการออกกำลังกาย จะทำให้การทำงานของหัวใจและปอด และการไหลเวียนโลหิต มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ฉะนั้นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงมีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุและจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพในขณะนั้น ๆ การออกกำลังกายของผู้สูงอายุจะต้องเป็นกิจกรรมหรือกีฬาที่ไม่หนักแรงมาก เป็นกีฬาที่มีการพักเป็นระยะ ๆ ไม่มีการเปลี่ยนจังหวะแบบกระชั้นชิด ในขณะที่เริ่มจะออกกำลังกายควรปฏิบัติดังนี้ คือ เริ่มหายใจเข้าออกช้า ๆ เพื่อผ่อนคลายจิตใจ จากนั้นค่อยๆออกกำลังกายอย่างช้าๆไม่ต้องการความเร็วมาก ใช้แรงที่ออกแต่พอดีไม่หนักหรือเบาเกินไป และเมื่อจะหยุดออกกำลังกายจะต้องค่อย ๆ ลดความเร็วจนกระทั่งหยุดพัก (คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข 2531 : 32)

ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายสม่ำเสมอตามวิธีที่ชอบ จากผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมากกว่าถึงร้อยละ 73 ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำส่วนหนึ่งให้ความคิดเห็นว่าไม่ทราบชนิดของการออกกำลังกายที่ดี บางคนกลัวว่าจะออกกำลังกายมากเกินไป ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้เกิดหัวใจวายอย่างกะทันหัน (Gilbert 1986 : 20 - 41) ความเชื่อดังกล่าวเป็นความเชื่อที่ยังไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้โดยเลือกชนิดของการออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาพความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุที่จะทนได้ สำหรับในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่มีอายุยืนยาวและสมบูรณ์แข็งแรง มีการออกกำลังกายมากกว่าผู้ที่ไม่แข็งแรง (บรรลุ ศิริพานิช 2532 : 71)

1.5 การดูแลตนเองให้คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีเวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

สังคมไทยแต่เดิมมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ร่วมกับครอบครัว แต่ปัจจุบันสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปจากลักษณะสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้คนหนุ่มสาวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และยังมีการย้ายถิ่นฐานสูงขึ้นโดยเข้ามาทำงาน และอาศัยอยู่ในเมือง ทำให้การอยู่แบบครอบครัวขยายลดลง ผู้สูงอายุจึงถูก

ทอดทิ้งให้อยู่กับบ้านมากขึ้น อีกทั้งการสูญเสียสภาพสังคมและเศรษฐกิจจากการเกษียณอายุหรือถูกปลดออกจากงาน อันเนื่องมาจากสุขภาพที่ทรุดโทรมลงแล้ว ยังทำให้หมดความรับผิดชอบ อำนาจสถานภาพ และบทบาททางสังคม และรวมไปถึงสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง เป็นผลกระทบต่อความมั่นคงทางใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ผู้อื่นหมดความไว้วางใจในสมรรถภาพของตน หมดความนับถือและหมดศักดิ์ศรี ขณะเดียวกันการเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง

การสูญเสียสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เนื่องจากโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมได้เปลี่ยนแปลงไป จากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการให้คำปรึกษาและสั่งสอนน้อยลง ประกอบกับอาจมีทัศนคติและความคิดเห็นที่แตกต่าง เนื่องจากโครงสร้างทางค่านิยมของสังคมเปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

1.6 การดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่อาจประสบอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากสรีรวิทยาของร่างกายเสื่อมโทรม และเมื่อได้รับอุบัติเหตุแล้วจะเกิดผลเสียหรือเป็นอันตรายได้อย่างมาก (อัมพร โอตระกูล 2528 : 34) ได้กล่าวอ้างถึงการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางกายของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาพบว่า กล้ามเนื้อทำงานได้ช้าลงถึงร้อยละ 1 ในวัย 60 ปี และช้าลงถึงร้อยละ 3 ในวัย 80 ปี ทางด้านสายตาการมองเห็นจะมีประสิทธิภาพเสื่อม ร้อยละ 4 ในคนที่เริ่มเข้าวัย 60 ปี และเสื่อมลงถึงร้อยละ 15 เมื่อเข้าวัย 80 ปี ส่วนด้านการได้ยินพบว่าเสื่อมไปร้อยละ 5 เมื่ออายุ 60 ปี และเสื่อมลงร้อยละ 25 เมื่ออายุได้ 80 ปี ซึ่งทำให้การรับรู้ของประสาทสัมผัสช้าลง เช่น สายตา หู อวัยวะรับสัมผัสต่าง ๆ เสื่อมลง การตัดสินใจที่ช้าและขาดความคล่องตัว ทำให้หลีกเลี่ยงอันตรายไม่ทันต่อเหตุการณ์ นอกจากนี้เกิดจากประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อต่ำลง การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อกับระบบประสาททำงานไม่สัมพันธ์กัน จึงมีโอกาสหกล้มได้ง่าย ศิริวรรณ จันทวิโรจน์ (2528 : 68) ได้รายงานว่าอุบัติเหตุที่ผู้สูงอายุได้รับในบ้านและทำให้ได้รับบาดเจ็บ คือ การพลัดหกล้ม นอกจากนี้ การพลัดหกล้มยังทำให้เกิดข้อเคล็ด ข้อเคลื่อน หรือกระดูกหักได้ การเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็วจะทำให้การปรับสภาพความดัน

โลหิตในขณะนั้นไม่ดี ทำให้เกิดอาการมึนงง เวียนศีรษะ และหกล้มได้ สุรียพร ศรียาววุฒิวาทย (2534 : 32) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอุบัติเหตุในผู้สูงอายุที่รับร้อนในขณะที่เปลี่ยนอิริยาบถพบว่าทำให้เกิดการหกล้มถึงร้อยละ 3.58 ความหลงลืมของผู้สูงอายุก็เป็นสาเหตุของการเกิดอันตรายเช่นกัน เช่น การหยิบยาผิด การรับประทานยาซ้ำๆ โดยลืมไปว่าได้รับประทานแล้ว การลืมปิดแก๊สเมื่อปรุงอาหารเสร็จแล้ว การไม่ดับธูปเทียนไหว้พระก็เป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายตามมา อนันต์ ตันมุษยกุล (2526 : 44) รายงานว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุจากไฟไหม้ มีประมาณ ร้อยละ 0.3 ถึงแม้จะดูไม่มากแต่ก็มีการสูญเสียชีวิตเกิดขึ้นจากเพลิงไหม้ได้เสมอ นอกจากนี้ อันตรายจากการเข้าห้องน้ำของผู้สูงอายุก็มักเกิดขึ้นได้เช่นกัน ซึ่งมีสาเหตุจากพื้นลื่น มีน้ำขังและ ไฟฟ้าสว่างไม่พอ สุรียพร ศรียาววุฒิวาทย (2534 : 34) รายงานไว้ว่า ผู้สูงอายุพบอุบัติเหตุจากการเข้าห้องน้ำและล้มถึงร้อยละ 18.08 ซึ่งมากที่สุดในการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม

1.7 การดูแลตนเองในการส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง ความใส่ใจในสุขภาพของตนเอง ร่างกายและจิตใจ เป็นสิทธิอันชอบธรรมของแต่ละบุคคล บุคคลจะมีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร สิ่งสำคัญประการหนึ่งก็คือ ความใส่ใจในสุขภาพของตนในแต่ละบุคคล โอเร็ม (Orem 1980 : 65) ได้กล่าวถึงว่า ความสนใจหรือใส่ใจเป็นพลังงานเฉพาะหรือศักยภาพหนึ่งในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ในวัยสูงอายุ สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ความใส่ใจในเรื่องสุขภาพของตน จึงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในวัยสูงอายุ อีเบอร์โซลและเฮส (Ebersole & Hess 1990 : 72) กล่าวว่า ผู้สูงอายุบางคนไม่ใส่ใจและรับผิดชอบเรื่องสุขภาพ บางคนต้องการที่จะเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้อื่นมาใส่ใจ และดูแลตนเองมาก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก็เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านนี้ได้แก่ พฤติกรรมการหาแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ โดยการสนทนา รับฟังวิทยุ พุดคุยกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ญาติมิตร หรือเพื่อนบ้าน เพื่อค้นหาวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีการตรวจสุขภาพกับบุคลากรทางสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 : 16) กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่เริ่มย่างเข้าวัยกลางคน เพราะการตรวจร่างกายจะทำให้บุคคลได้รู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development Self-care Requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตในช่วงต่าง ๆ เช่น ความต้องการการดูแลตนเองในวัยเด็ก ความต้องการการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ตลอดจนการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตแต่ละช่วงพัฒนาการ ซึ่งในวัยสูงอายุเป็นวัยที่ผ่านเหตุการณ์และเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตอย่างมากมาย ทั้งที่มีผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการจัดการหรือบรรเทาเหตุการณ์ไม่ได้ โดยได้มีการกล่าวถึงการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันผลเสียที่มีต่อร่างกายและสังคมมาแล้วในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ดังนั้น การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการน่าจะให้ครอบคลุมการป้องกันผลเสียของเหตุการณ์ต่างๆ ที่มีต่อผู้สูงอายุในด้านจิตใจด้วย

เมื่อพัฒนาการของชีวิตเข้าสู่วัยชรา ย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์เกิดขึ้นได้ เริ่มจะมีความเสื่อมปรากฏให้เห็นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายก็เปลี่ยนไปในทางที่เสื่อม ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจ บางครั้งผู้สูงอายุหงุดหงิดง่ายขึ้น บางครั้งก็มีอาการเจ็บปวดเหงาสิ่งเหล่านี้ก็สืบเนื่องมาจากภาพลักษณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนไป และ ส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น การยอมรับสภาพร่างกายของตนเองดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการพัฒนาสภาพจิตใจและวุฒิภาวะนั้นแต่ด้วยต้น ๆ ผู้สูงอายุจะมีมโนทัศน์และการมองรูปลักษณ์ของตนที่แตกต่างกัน บางคนเห็นคุณค่าและความสามารถของตนบางคนมองตนเองอย่างไร้ความหมายและรอวันตายทำให้ใช้ชีวิตไปวันหนึ่ง ๆ โดยไม่มีความหมาย การมองตนเองเช่นนี้ขึ้นอยู่กับการประสบการณ์ในอดีต และพัฒนาการชีวิตของตนเองว่า ตนเองนั้นประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2528 : 15) ความรู้สึกที่มีต่อตนเองของผู้สูงอายุยังขึ้นอยู่กับการมองภาพผู้สูงอายุอย่างไร ถ้าผู้สูงอายุได้รับการย้อนกลับในทางลบและสังคมยังให้คุณค่าของคนหนุ่มสาวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ (Love & Buchwalter 1991 : 419) และก่อให้เกิดปัญหาจิตใจตามมา ผู้สูงอายุอาจจะรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายไม่ตรงตามความเป็นจริง เช่น ผู้สูงอายุอาจจะรับรู้ว่าตนเองอ่อนแอโดยที่ความจริงแล้วไม่ได้เป็นเช่นนั้น ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุอาจจะไม่ยอมรับความสูงอายุและอาจจะรู้สึกว่าตนเองยังแข็งแรง กระฉับกระเฉง ทั้ง ๆ ที่สภาพร่างกายของตนเองไม่ได้เป็นเช่นนั้น (Love & Buchwalter 1991 : 419) สำหรับความรู้สึกต่อตนเองของผู้สูงอายุไทยนั้น (บรรลุ ศิริพานิช และ

คนอื่นๆ 2531 : 67) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุระหว่าง 70 - 74 ปี จำนวน 1566 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 95.8 เห็นว่าตนเองแก่แล้ว และผู้สูงอายุร้อยละ 55.6 มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ คือ รู้สึกเหนื่อย กระสับกระส่าย ไม่สงบ รู้สึกเหงา อ้างว้างเปล่าเปลี่ยว เบื่อหน่าย ท้อแท้ เศร้าและหมดหวัง

ความสูงอายุก่อให้เกิดความสวยงามของรูปร่างหน้าตาลดลง ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุก็ลดลง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความรู้สึกต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ความกลัวตาย กลัวไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ไม่มั่นใจและขาดความสุขทางเพศ นอกจากนี้วัฒนธรรม ค่านิยมของสังคมบางแห่งยังเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ควรเว้นกามารมณ์ ซึ่งแม้แต่ผู้สูงอายุเองก็มีความรู้สึกว่าตนเองไม่ควรมีเพศสัมพันธ์อย่างวัยหนุ่มสาว (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2528 : 18) การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศ นับว่าเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลและมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต (อัมพร โอตระกูล 2527 : 30)

ด้านความมีคุณค่าในตนเอง กระบวนการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคมเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เช่น การศึกษาของเขาวลัษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 62) ในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับต่ำ และปานกลางคือ ร้อยละ 34.5และ48.5 ตามลำดับ เฮริสท์ และเมเทลฟ (Herst & Metealf อ้างใน เขาวลัษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ 2529 : 63) กล่าวว่า ในวัยสูงอายุความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีมากขึ้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการด้วยกัน คือ บทบาท การสัมผัสสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย เพศสัมพันธ์ ความเป็นอิสระและขอบเขต ซึ่งถ้าสิ่งต่างๆเหล่านี้ได้รับการกระทบกระเทือนมากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะลดลง ในทางตรงข้าม หากสิ่งเหล่านี้ได้รับการกระทบกระเทือนน้อย ผู้สูงอายุก็จะสามารถรักษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ได้

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Self - care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเนื่องจากโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติจากการเป็นโรค จากการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านในผู้สูงอายุดังได้กล่าวมาแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากประสบปัญหาหลายประการทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม จากการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยต่างได้ผลตรงกันว่า ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ (นิศา ชูโต 2525 : 24 ; เนาวรัตน์ พลายน้อย และ ศุภวัธย์ พลายน้อย

2527 : 21 ; บรรลุ ศิริพานิช และคณะ 2532 : 69 ; พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ 2523 : 161) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุมักมีสุขภาพอ่อนแอกว่าผู้ที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว ทั้งนี้เนื่องจาก ขบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้อวัยวะทุกระบบบกพร่องเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายเกิดโรคอันเนื่องมาจากความเสื่อมของอวัยวะ (Degenerative disease) และโรคที่เกิดจากการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมและเทคโนโลยีของมนุษย์ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิต มะเร็ง เบาหวาน และการตายจากอุบัติเหตุ ได้กลายเป็นสาเหตุของการตายของผู้สูงอายุ ซึ่งเชื่อกันว่าโรคต่างๆ เหล่านี้สามารถป้องกันได้ (ศรีจิตรา บุญนาค 2532 : 252) ถ้าผู้สูงอายุ ได้ตระหนักถึงและสนใจเอาใจใส่ดูแลตนเองให้ถูกต้อง เช่น การได้รับอากาศบริสุทธิ์ ได้รับแสงแดดพอควร นอนหลับพักผ่อนหย่อนใจให้เพียงพอ ออกกำลังกายอยู่เสมอ กินอาหารพอดี มีประโยชน์ 6) ดื่มน้ำที่สะอาด 7) เลื่อมใสในศาสนาและ 8) ทำจิตใจให้เบิกบาน ซึ่ง การปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง และมีอายุยืนยาว ดังนั้นการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ และเมื่อ ได้มีการศึกษาถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับการซื้อยารับประทานเองเปรียบเทียบกับในกลุ่มผู้สูงอายุในเขต เทศบาลเมือง โดยสวนีย์ เต็งรังสรร (2533 : 68) พบว่า เมื่อมีปัญหาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้สูงอายุทั้ง 2 เขตมีพฤติกรรมการซื้อยารับประทานเองเป็นส่วนใหญ่ จากการสำรวจและการ สทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุทั้ง 2 เขตส่วนใหญ่ได้กล่าวในทำนองเดียวกันว่า จะตัดสินใจเข้ารับ การรักษาที่สถานบริการสุขภาพก็ต่อเมื่อมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงเท่านั้น หรือไม่สามารถรักษาด้วย ตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องเช่นเดียวกับ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2532 : 2) ที่พบว่า ร้อยละ 80.1 ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการสำรวจทั่วประเทศไม่เคยตรวจร่างกายของตนเอง อีกทั้งกับการ ศึกษาของ นภาพร ขยวรรธน์ และคณะ (2532 : 95-96) ได้กล่าวถึงผลการวิจัยว่าผู้สูงอายุ ไทยในปัจจุบันประสบปัญหาหลัก 2 ประการ คือ ปัญหาความยากจนหรือเศรษฐกิจและปัญหา สุขภาพ ซึ่งปัญหาทั้ง 2 นี้ต่างก็มีความสัมพันธ์ต่อกันดังนั้นผู้สูงอายุจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้อง พึ่งพายาเหล่านั้น

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533 : 8-10) การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะ



นำไปสู่การกระทำ กล่าวคือบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่ควรกระทำนั้นเหมาะสม ในสภาวะการณ์นั้นๆจึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ ระยะที่ 2 เป็นระยะของการ ดำเนินการกระทำซึ่งต้องมีเป้าหมาย โดยบุคคลจะตั้งคำถามว่าตนเองจะดำเนินการอย่างไร เพื่อ จะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์ อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำเวลานานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรม อื่นๆในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใคร จะช่วยได้บ้าง และโอเร็ม (Orem 1991 : 128) ยังได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของความรู้ว่า ความรู้มี อิทธิพลอย่างยิ่งต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง เพราะความรู้ที่เพียงพอและถูกต้องจะช่วยให้ บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ให้สามารถดำรงชีวิต อยู่ได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และส่งเสริมคุณภาพ โดยปกป้องมิให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ที่เสี่ยงต่อภัยอันตราย และหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นสาเหตุทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม (Prevention of Hazard) ทั้งยังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรงเป็นปกติสุขด้วย (Promotion of Normalcy) นอกจากนี้ โอเร็ม (Orem 1991 : 158-159) กล่าวถึงธรรมชาติของบุคคลว่าเป็น ผู้มีความสามารถที่จะเรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง (Learning self-care) โดยพฤติกรรมการเรียนรู้ (Learn Behavior) ได้มีการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กเรื่อยมา และเกิดการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ในสภาพแวดล้อมขณะที่ดำรงชีวิตอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยกระทำอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action และ goal oriented) จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ดังนั้น ความรู้นั้นจะต้องเพียงพอให้ บุคคลพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ การขาดความรู้จึงมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองทำ ให้ไม่สามารถสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงเกิดความพร่องในการดูแล ตนเองได้ พยาบาลจึงต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเขาให้ ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมที่ช่วยให้บุคคลได้พิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตน เองตามต้องการ (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 25)

จากความเสื่อมที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุและความสามารถของผู้สูงอายุที่ถูกจำกัดลง ทำให้ผู้สูงอายุจะต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการแสวงหาความรู้และ กำหนดเป้าหมายของสิ่งที่จะกระทำการดูแลตนเองที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแล

ตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อยมักจะไม่ค่อยรู้จักดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เช่น จากการศึกษานี้ของ นิศา ชูโต (2525 : 65) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ไม่ได้รับการศึกษาหรือ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา การด้อยการศึกษานี้ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุขาดความรู้ในการระมัดระวังดูแลสุขภาพของตนเองในวัยสูงอายุ และพบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 68 มีปัญหาสุขภาพไม่ดี จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2527 : 66) ได้ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีความรู้ในด้านสุขภาพอนามัยจะมีระดับภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ และขาดความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งดวงฤดี ลาคุระ (2527 : 55) ได้ศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับ นภาพร ขโยวรรณ และคณะ (2532 : 23) ได้ศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุไทย โดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุในเมือง และผู้สูงอายุในชนบท ได้สรุปว่า ปัญหาการขาดความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับด้อยการศึกษา เป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ รองจากปัญหาการเงินและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชนบทมีระดับการไม่รู้หนังสือและขาดความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง และผู้สูงอายุชายมีความรู้ และระดับการศึกษาสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง และพบว่าผู้สูงอายุในเมืองมีภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจดีกว่าผู้สูงอายุในชนบทที่ประสบปัญหาเรื่องสุขภาพและมีโรคประจำตัวมากกว่า โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อโรคทางระบบย่อยอาหาร และระบบหายใจ ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยเป็นสำคัญ และ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533 : 16) ได้ศึกษาผู้สูงอายุไทยโดยแบ่งเป็นกลุ่มเช่นกัน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุกรุงเทพฯ กลุ่มผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ ได้ และอีสาน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มกรุงเทพฯ ซึ่งมีการศึกษาสูงมีความรู้ดีกว่าตนมีสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่นๆ และมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ในทางตรงข้ามกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทภาคอีสานเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาด้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตด้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ส่วนการศึกษาในกลุ่มอื่น เช่น เรมวล นันทศุภวัฒน์ (2534 : 96) พบว่าความรู้เรื่องโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ รัศมีแซ วิโรจน์รัตน์ (2534:46) พบว่าความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติและสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์ (2534 : 65) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและรัศสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 61) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอย่างมีความสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า จากการศึกษาส่วนมาก พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของบุคคล ดังนั้น ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุควรมีความรู้ต่างๆ เพื่อที่จะกระทำการดูแลตนเองทั้งหมดทั้ง 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการได้รับอากาศที่เพียงพอ ความสูงอายุทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ เลือดที่มาจากปอดลดลง และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผนังของอก (Chest wall) มีความแข็งขึ้นความยืดหยุ่นของปอดลดลง ความจุปอดก็ลดลงด้วย ทำให้การหายใจมีลักษณะตื้นขึ้น (Ebersole & Hess 1990 : 71) เมื่อเป็นเช่นนั้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปฏิบัติตนเองให้ได้รับอากาศที่มีออกซิเจนเพียงพอ อยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทดี ซึ่งสอดคล้องกับที่ เจก ธนะศิริ (2530 : 16) ได้กล่าวไว้ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุยืนมาก ๆ มักจะเป็นผู้ที่มีอยู่ในภูมิอากาศที่ดี เช่น ชายป่า ที่ราบสูง ชายทะเล เพราะที่เหล่านี้เป็นที่มีปริมาณของออกซิเจนสูง นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรจะได้จัดที่พักอาศัยให้มีการระบายอากาศที่ดี มีประตูหน้าต่างหลายบาน และเปิดให้อากาศถ่ายเทเข้าออกได้ตลอดเวลา หลีกเลี่ยงที่อยู่ในที่มีควันและฝุ่นละอองเพราะในสถานที่ดังกล่าวจะมีออกซิเจนน้อย ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรืออยู่ในที่มีควันบุหรี่นาน ๆ นั้นจะทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลงเช่นกัน ดังนั้นควรงดสูบบุหรี่หรือค่อยๆลดบุหรี่ลงจนเลิกสูบได้ในที่สุดเป็นผลดีต่อระบบการหายใจ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองหรือเขตอุตสาหกรรม อาจหาสถานที่ที่มีออกซิเจนจำนวนมากได้น้อยกว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ผู้สูงอายุจึงควรเลือกช่วงเวลาที่อากาศบริสุทธิ์ เช่น ในช่วงเช้าตรู่และในช่วงเย็น ๆ จนถึงหัวค่ำ เพราะช่วงเวลาดังกล่าวจะมีออกซิเจนมาก ดังนั้นการเดินทางรับอากาศบริสุทธิ์ในช่วงเช้าจึงเป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดที่ร่างกายจะได้รับออกซิเจนเต็มที่ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็ควรฝึกการหายใจที่ถูกวิธีไปด้วยการหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ และกระทำอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังต้องคอยหมั่นสังเกตการหายใจของตนเอง

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ อาหารเป็นสิ่งจำเป็น

สำหรับร่างกายของคนทุกวัยโดยเฉพาะในวัยสูงอายุ การมีโภชนาการที่ดีมีสุขภาพแข็งแรง มีการดำเนินชีวิตที่ดีไม่เคร่งเครียดเกินไป จะทำให้แก่ช้ามีอายุยืนยาว และสมบูรณ์แข็งแรง บรรลุศิริพานิช และคณะ (2531 : 70) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวมาถึง 70 - 74 ปี และสมบูรณ์แข็งแรง มีอาหารรับประทานไม่ขาดสนร้อยละ 89.9 และมีนิสัยการกินอยู่อย่างไม่เลือกอาหาร รสชาติอาหารเป็นแบบธรรมดาและรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ จะเห็นได้ว่าอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ แต่โดยธรรมชาติของผู้สูงอายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นมักมีแนวโน้มที่จะกินอาหารน้อยลง โดยมีสาเหตุมาจากลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ เช่น ความอยากอาหารน้อยลง มีการทำกิจกรรมต่างๆลดลง มีความต้องการพลังงานน้อยลง มีปัญหาทางทันตสุขภาพ การแยกตัวและปัญหารายได้ต่ำ (Gilbert 1986 : 41) โดยผู้สูงอายุต้องการพลังงานเพื่อการทำงานต่างๆ น้อยลงจากการเผาผลาญในร่างกายน้อยลง ดังนั้นผู้ที่มีอายุ 60 - 69 ปี ควรลดพลังงานลงร้อยละ 10 และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไปควรลดลงร้อยละ 20 (FAO/WHO อ้างใน วลัย อินทร์มพรรย์ 2530 : 104) แต่อย่างไรก็ตามพลังงานที่ผู้สูงอายุได้รับไม่ควรน้อยกว่า 1,200 แคลอรีเพราะอาจได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ อาหารในหมู่นี้ ได้แก่ ข้าว แป้ง และน้ำตาล

หลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากคุณค่าทางโภชนาการแล้วในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ต้องคำนึงสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนี้ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์ 2532 : 110-117 ; วลัย อินทร์มพรรย์ 2530 : 108-109)

1. อาหารควรมีปริมาณและคุณภาพเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และจัดอาหารเป็น 4 - 5 มื้อ โดยลดปริมาณอาหารแต่ละมื้อลงให้มีปริมาณรวมทั้งหมดเท่ากับอาหาร 3 มื้อ และอาหารควรมีลักษณะอ่อนนุ่ม ไม่แข็งไม่เหนียว เพื่อให้เคี้ยวง่าย โดยอาหารประเภทเนื้อสัตว์ควรสับหรือต้มให้เปื่อย

2. การลดอาหารไขมัน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการกินอยู่ดีพบว่า ได้รับไขมันมากเกินไป อาหารที่มีไขมันมากนั้นจะทำให้เกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย ไขมันจะไปจับอยู่ตามผนังของหลอดเลือดแดงทำให้หลอดเลือดเล็กลง ถ้าเกิดขึ้นมากจะอุดตันหลอดเลือดนั้น ผลที่เกิดขึ้นคือทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแข็ง โรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจและโรคอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับโรคอ้วน และโรคเบาหวานด้วย อาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวมาก เช่นที่พบในเนื้อสัตว์ที่มีมัน เนย นม มะพร้าว นั้น จะทำให้ระดับของโคเลสเตอรอลในเลือดสูงซึ่งเชื่อมโยงกับการเกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือด

3. การลดการกินน้ำตาล การได้รับน้ำตาลมากมีผลต่อการทำงานของ

ตับอ่อน ทำให้ร่างกายสร้างอินซูลินมากขึ้น เกิดภาวะของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำตามมาและเกิดการเมื่อยล้าและง่วงซึม ทำให้ต้องกินน้ำตาลเพื่อเพิ่มพลังงานเข้าไปอีก ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำอันเป็นปฏิกิริยาของร่างกายนี้ก็จะมีโอกาสทำอันตรายต่อดับอ่อน และจนกระทั่งเกิดภาวะที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดได้ และอาจเกิดโรคเบาหวานได้ในที่สุด

4. การลดการกินเกลือโซเดียม การศึกษาต่าง ๆ ที่ผ่านมามีพบว่า การกินโซเดียมมากเกินไปทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น และเป็นอันตรายต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด โดยการลดจำนวนโซเดียมลงไปให้เหลือประมาณวันละ 1 - 2 กรัมต่อวัน เริ่มต้นด้วยการลดการเติมเกลือหรือน้ำตาลลงไปในอาหาร ทั้งนี้เพราะเกลือโซเดียมมีอยู่ในอาหารตามธรรมชาติหลายอย่างแล้ว

5. หลีกเลี่ยงสารเคมีที่ปนอยู่ในอาหาร โดยตรวจและสังเกตส่วนประกอบของอาหารต่าง ๆ และพยายามหลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารเคมีมาก โดยเฉพาะอาหารที่บรรจุในกระป๋อง พยายามเลือกผักหรือผลไม้ที่ไม่ใช่ยาฆ่าแมลงหรือใช้น้อยที่สุด รวมทั้งผักผลไม้ที่เติมสารเคมีเพื่อกันบูดหรือเพื่อปรุงอาหารต่าง ๆ

6. การลดการดื่มกาแฟ กาแฟมีสารที่ทำให้หลอดเลือดบีบตัวและกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทกลาง จะทำให้ความดันเลือดเพิ่มขึ้น เพิ่มปฏิกิริยาต่อความเครียด เพิ่มการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ถึงแม้ว่าหลักฐานต่างๆยังไม่ถึงขั้นที่สรุปได้ แต่ก็มีการศึกษาที่แสดงว่าแม้แต่การดื่มกาแฟตามปกติคือ 2-5 ถ้วยต่อวัน สามารถมีผลต่อหัวใจแล้ว และถ้าดื่มมากเพิ่มขึ้นไปอีกก็ยิ่งมีผลต่อหัวใจ จนมีโอกาสทำให้เกิดการปวดหัวใจจากการขาดเลือดได้ กาแฟและคาเฟอีนมีผลทำให้อัตราการเกิดมะเร็งของตับอ่อนเพิ่มขึ้น ทำให้เป็นโรคหัวใจเดินผิดจังหวะ ทำให้ระดับของโคเลสเตอรอลและไขมันเพิ่มในเลือด อย่างไรก็ตาม ถ้าดื่มเพียงจำนวนน้อยที่มีคาเฟอีนประมาณ 100 มิลลิกรัม ซึ่งเทียบได้กับกาแฟ 1 ถ้วย หรือ ชา 2 ถ้วย ก็จะไม่เกิดอันตรายแก่คนส่วนใหญ่แต่อย่างใด แต่ถ้าจำนวนมากกว่านี้อาจมีโอกาสเกิดอันตรายได้ ยิ่งกว่านั้นความทนของร่างกายต่อจำนวนคาเฟอีนนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละคน และแม้แต่คน ๆ เดียวก็อาจเปลี่ยนแปลงได้

7. การเพิ่มการกินอาหารประเภทเส้นใย อาหารประเภทเส้นใย พบได้ในอาหารตามธรรมชาติหลายอย่าง เมื่อกินเข้าไปแล้วจะไม่ถูกย่อยและถูกขับถ่ายออกมาภายนอก นอกจากนั้น อาหารเส้นใยยังช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก อีกทั้งยังป้องกันโรคความดันเลือดสูง โรคหัวใจและช่วยการขับถ่ายอุจจาระให้ดีขึ้น

อาหารเส้นใยยังมีประโยชน์ที่ใช้ควบคุมโรคเบาหวาน แต่ถ้าได้รับอาหารเส้นใยมากเกินไปจะทำให้เกิดก๊าซในทางเดินอาหาร เกิดท้องร่วงและเกิดการแน่นอึดอัด

8. ได้รับแคลเซียมให้เพียงพอ แคลเซียมเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของกระดูกและฟัน และอีกส่วนหนึ่งแม้เพียงจำนวนเล็กน้อยประมาณร้อยละ 1 ของแคลเซียมในร่างกายนั้นไหลเวียนอยู่ในเลือดเพื่อทำหน้าที่เกี่ยวกับการส่งกระแสประสาท การหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งการทำงานของหัวใจ นอกจากนั้นยังช่วยทำให้เลือดแข็งตัวและทำหน้าที่ลดโคเลสเตอรอลด้วย เมื่อระดับของแคลเซียมในเลือดลดน้อยลง ร่างกายจะนำแคลเซียมออกมาจากกระดูกจึงทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนซึ่งทำให้กระดูกมีโอกาสหักได้ง่าย แม้ได้รับอันตรายเพียงเล็กน้อย ดังนั้นจึงควรได้รับอาหารที่มีแคลเซียมมาก จึงควรกินอาหารที่มีแคลเซียมมากทุกวัน เช่น นม ผักดอง ผักคะน้า ร่วมกับการเสริมสร้างวิตามินดีในร่างกาย เพื่อช่วยดูดซึมแคลเซียม โดยการสัมผัสแสงแดดอ่อนอ่อนในเวลาเช้าหรือเย็น

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาท้องผูกควรมีการออกกำลังกายเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้เป็นไปด้วยดี หรือรับประทานอาหารที่มีกากอาหารมากขึ้น ได้แก่ ผักผลไม้ เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ มาก ๆ จะทำให้การขับถ่ายเป็นปกติ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2528 : 58) ไม่ควรใช้ยาถ่ายหรือยาระบายเป็นเวลานาน ๆ เพราะจะทำให้ร่างกายเคยชินนาน ๆ เข้าจะทำให้การขับถ่ายเสียไป เนื่องจากลำไส้ขาดความตึงตัวในการบีบตัวตามปกติ นอกจากนี้การดูแลสิ่งแวดล้อมในการขับถ่ายเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็น เช่น พื้นห้องน้ำต้องแห้ง สะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็นรบกวน ไม่ชื้น มีแสงสว่างเพียงพอ และประการสุดท้ายคือ มีการระบายอากาศที่ดี ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะบ่อยถ่ายไม่หมด กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จึงควรบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานด้วยการขมิบก้น เพื่อเกร็งและคลายกล้ามเนื้อฝึบอยู่เสมอ

1.4 ความรู้เกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งสมดุลระหว่างการออกกำลังกายและการพักผ่อน เมื่อบุคคลมีการพัฒนาการเข้าสู่วัยสูงอายุจะพบว่า กล้ามเนื้อต่างๆเหี่ยวลีบลง กระดูกป็นขึ้น มีลักษณะเป็นโพรงมากขึ้น ข้อต่อต่าง ๆ เคลื่อนไหวน้อยลงทำให้ข้อติดแข็ง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การทำงานของกล้ามเนื้อและข้อดีขึ้น (Ebersole & Hess 1990 : 80) นอกจากนี้การทำงานของระบบประสาทจะช้าลง ความสามารถในการตอบสนองจึงลดลง ดังนั้นเพื่อให้มีความสมดุลระหว่างการทำงาน และการพักผ่อน ผู้สูงอายุจึงควรปฏิบัติกิจกรรมที่คงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก รวมทั้งการกระตุ้นการทำงานของปอดและการ

ไหลเวียนโลหิตให้มีประสิทธิภาพ กิจกรรมดังกล่าวคือ การออกกำลังกาย เพราะการออกกำลังกายจะทำให้การทำงานของปอดและการไหลเวียนโลหิตมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ฉะนั้น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงมีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุและจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพในขณะนั้นๆ

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2532 : 22) ให้เสนอวิธีการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุ หลายรูปแบบ เช่น ในผู้สูงอายุที่เริ่มออกกำลังกายใหม่ๆควรใช้วิธีการเดินและการออกกำลังกายแบบแอโรบิค แล้วจึงตามด้วยการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความอ่อนตัว โดยการเดินเป็นการเพิ่มสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้ดีที่สุด และไม่มีอันตรายเกิดขึ้นจากการเดิน การเดินเป็นประจำสามารถทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นได้ แต่จะให้ได้ผลประโยชน์สูงสุดจากการเดินนั้นจะต้องเดินเร็ว มิใช่เดินตามสบายหรือเดินแบบทอดน่อง ควรเดินทุกวันหรืออย่างน้อยที่สุดควรจะเดินวันเว้นวัน เดินตลอดเวลาเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที อย่างหยุดตามทาง โดยการใช้ปลายเท้าถีบออก ก้าวยาวครึ่งระยะตั้งตรง ทั้งนี้ควรให้แพทย์ตรวจร่างกายก่อนจัดโปรแกรมการเดิน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันเลือดสูงหรือโรคเบาหวาน เป็นต้น หรืออาจใช้วิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น การเดินเร็ว, การวิ่ง, การถีบจักรยาน และการว่ายน้ำ ทั้งนี้คุณประโยชน์ที่เกิดจากการออกกำลังกายแบบแอโรบิคนั้น จะเกิดขึ้นได้เมื่อกิจกรรมนั้นต้องทำติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที และกิจกรรมดังกล่าวจะต้องมีระดับที่ค่อนข้างคงที่ที่จะสามารถทำให้อัตราหัวใจเพิ่มขึ้นถึงระดับที่มีผลต่อการฝึกได้ และควรให้แพทย์รับรองในระยะแรก ถ้ายังไม่เคยออกกำลังกายประเภทนั้นมาก่อน โดยเฉพาะบุคคลที่มีโรคความดันเลือดสูง, โรคหัวใจ, โรคเบาหวาน, โรคทางเดินหายใจ, โรคข้ออักเสบ ต้องกระทำภายใต้คำแนะนำของแพทย์ และควรคำนวณการเต้นของหัวใจแบบคร่าวๆในการออกกำลังกาย โดยใช้สูตรประมาณร้อยละ 70-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (maximum heart rate) ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดจะแตกต่างกันตามอายุ เมื่ออายุมากขึ้น อัตราการเต้นสูงสุดจะลดลงอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดหาได้จาก 220 ลบ อายุ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปี ค่าอัตราเต้นของหัวใจที่เหมาะสมกับการออกกำลังกายคำนวณได้โดยประมาณดังนี้ $(220 - 60) \times \frac{70}{100} = 112$ ครั้ง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์ 2532 : 64)

เมื่อผู้สูงอายุออกกำลังกายแล้วมีอาการต่อไปนี้ควรจะหยุดออกกำลังกาย ได้แก่ เหนื่อยมาก เจ็บบริเวณหัวใจหรือร้าวไปที่ไหล่ซ้าย หายใจไม่เต็มอิ่ม ง่วงนอน เวียนศีรษะ ควบคุมลำตัวหรือแขนขาไม่ได้ ตามัว เหงื่อออกมาก รู้สึกหวั่นไหวโดยหาสาเหตุไม่ได้มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตบริเวณขา แขน หน้า ฯลฯ พูดไม่ชัด ชักกระตุก สึกเหมือนหายใจไม่ทันและหัวใจ

เดินแรง แม้ว่าจะหยุดพักแล้วประมาณ 10 นาทีก็ตาม ถ้าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติ ดังกล่าวต้องหยุดออกกำลังกายและปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที นอกจากนี้ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลียหรือมีไข้ไม่ควรออกกำลังกาย หรือถ้ามีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายควรอยู่ในการดูแลแนะนำของแพทย์ด้วย

นอกจากการออกกำลังกายแล้ว กิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ก็เป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ นอนวันละ 6 - 7 ชั่วโมง (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ 2518 : 45) หรือผู้สูงอายุบางรายอาจใช้เวลาอนเพียง 5 ชั่วโมงต่อคืนก็ได้ (Tierney 1986 : 26) แต่ควรนอนในที่มืดอากาศถ่ายเท สะดวก ปราศจากเสียงดังรบกวน และควรหาเวลานอนกลางวันเพื่อให้ตื่นขึ้นอย่างสดชื่น นอกจากนี้กิจกรรมนันทนาการก็ถือเป็นกิจกรรมที่ทำขึ้นในขณะที่ยังว่างจากภาระงานต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้มักให้ความเพลิดเพลิน เช่น การปลูกต้นไม้ การอ่านหนังสือ การเย็บผ้า เป็นต้น

1.5 ความรู้เกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยจัดช่วงเวลาสำหรับการอยู่คนเดียว เพื่อจะได้มีเวลาเป็นตัวของตัวเอง ตามความต้องการในแต่ละวันและขณะเดียวกัน ควรได้สังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนฝูง ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการเพิ่มแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้พัฒนามาแล้ว อีกทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือ และแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับที่อีริโพลัส (Elipoulos 1987 : 68) ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลย่อมมีความพอใจที่จะอยู่ตามลำพังในบางครั้ง และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในบางโอกาส การใช้เวลาอยู่ลำพังคนเดียวเงียบ ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาทบทวนสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัว และอยู่รอบ ๆ สังคมที่ตนเองอยู่ ทำให้มองเห็นและเข้าใจตนเองและสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ ก็ย่อมมีเหตุการณ์ หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ เข้ามากระทบกับการดำรงชีวิต เช่น การเสียชีวิตของเพื่อนสนิท คู่สมรสหรือบุคคลในครอบครัว การวางมือจากการประกอบอาชีพ การปลดเกษียณจากงานเดิม เหตุการณ์เหล่านี้ต้องใช้เวลาช่วงหนึ่ง ในการเผชิญ และจัดความตึงเครียดออกไป การได้อยู่ลำพังบางครั้งจะส่งผลให้มีเวลาวิเคราะห์สถานการณ์เหล่านั้น และเข้าใจความเป็นไปของสถานการณ์และการอยู่ลำพังจะเป็นประโยชน์ในแง่ที่ทำให้บุคคลอยู่ห่างจากสิ่งกระทบต่าง ๆ ที่จะเข้ามาในชีวิตประจำวัน

1.6 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่อาจประสบอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากสรีรวิทยาของร่างกายเสื่อมโทรม และเมื่อได้รับอุบัติเหตุแล้วจะเกิดผลเสียหรือเป็นอันตรายได้อย่างมาก อุบัติเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การหกล้ม การได้รับบาดเจ็บจากยานพาหนะ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการหกล้มล้ม หรือใช้ยาผิด จึงควรมีวิธีป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านอย่างเหมาะสม อีกทั้งเมื่อมีอายุมากขึ้นกล้ามเนื้อจะเริ่มลีบลง น้ำหล่อลื่น เรียกว่า synovial fluid ซึ่งทำหน้าที่หล่อลื่นข้อต่อและเอ็นนั้น มีจำนวนลดน้อยลง ส่วนเนื้อเยื่อเกี่ยวพันซึ่งประกอบด้วยเอ็น, พังผืด, กระดูกอ่อนจะลดความยืดหยุ่นลง อย่างไรก็ตาม การยืด, การออกกำลังกายที่เหมาะสม, การนวดและการฝึกการเคลื่อนไหวจะสามารถทำให้การเสื่อมต่าง ๆ ดังกล่าวกลับคืนเป็นปกติได้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย 2532 : 40) ส่วนปัญหาข้อเท้าตึง และแข็งแรงรวมทั้งการที่เท้าอ่อนตัวไม่ค่อยได้นั้น ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุลดลง และอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดแม้ด้วยการเดินเพียงเล็กน้อยเท่านั้น นอกจากการสวมรองเท้าที่มีขนาดพอดี และรองเท้าที่มีสันต่ำ แต่ให้มีการรับน้ำหนักความโค้งของเท้าพอสมควรแล้วยังต้องการการยืดเอ็นและกล้ามเนื้อส่วนร่วมด้วย ดังนั้น การป้องกันอันตรายก็เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

1.7 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพและพัฒนาการให้ถึงจุดสูงสุด กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าทีของร่างกาย รวมถึงการค้นหา และสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ที่อาจเกิดขึ้น ผู้สูงอายุจึงควรมีประเมินสุขภาพของตนเองอยู่เสมอและถือเป็นหลักปฏิบัติ หากพบว่าเริ่มมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง ก็ควรจะรีบไปรับคำแนะนำกับผู้รู้ในด้านนั้น ๆ เพราะผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติได้ง่ายกว่าบุคคลวัยอื่น ๆ การประเมินสุขภาพของตนเองที่ควรปฏิบัติ นั้น เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 : 67) ได้แนะนำไว้ว่า ควรมีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งควรมีการชั่งน้ำหนัก 1-3 เดือน/ครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำหนักของตนเอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันปัญหาข้อเข่าเสื่อมจากการรับน้ำหนักของตนเอง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันปัญหาข้อเข่าเสื่อมจากการรับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น การป้องกันภาวะอ้วนจากน้ำหนักเกินจะทำให้ไม่เกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ จึงควรมีการควบคุมการรับประทานอาหาร

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ พิจารณาจากความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไปโดยปรับให้สอดคล้องกับวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต เช่น สูญเสียบทบาททางสังคมที่เคยได้รับมาแต่อดีต มีการเจ็บป่วย

เนื่องจากมีการเสื่อมของสภาพร่างกาย การสูญเสียคู่สมรสและญาติมิตร รวมทั้งการเจ็บป่วยขั้นสุดท้ายและการตาย ผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตนเองและพยายามสร้างประโยชน์ต่อสังคมมีการปรับตัว มีการค้นหาวีธีผ่อนคลาย เช่น การหาสาเหตุและแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล การระบายความรู้สึกให้ผู้ใกล้ชิดฟัง การทำสมาธิ สวดมนต์ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจหรือวิธีอื่น ๆ เพื่อลดความเครียดความวิตกกังวลลง รวมทั้งควรตระหนักว่าความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเป็นที่ต้องการและจำเป็นมา เพื่อคงความสมดุลของการพึ่งพาซึ่งกันและกัน คือการยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในขณะที่ตนเองไม่สามารถทำได้ เนื่องจากบุคคลไม่สามารถปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงในการเสื่อมถอยของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุควรเตรียมสุขภาพร่างกายให้ดียู่เสมอ โดยหมั่นหาความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและอาการผิดปกติที่พบได้บ่อยในวัยสูงอายุ ซึ่งโรคที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น โรคข้อกระดูกเสื่อมและอาการปวดข้อ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม และโรคขาดอาหารเป็นต้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีหรือมีโรคประจำตัวควรได้รับการตรวจตามแพทย์นัดสม่ำเสมอทุกครั้ง (เกษม ดันติผลาชีวะ ,กุลยา ดันติผลาชีวะ 2528 : 73)

ปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐานนั้น เป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ร่วมด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาพัฒนาการ สังคมชนบทชนบทนิยมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ประสิทธิภาพที่สำคัญในชีวิต (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 51) ซึ่งมีอิทธิพลอย่างยิ่งที่จะส่งผลให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้นหรือลดลง ปัจจัยพื้นฐานที่น่า

มาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ

อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองของบุคคล ตามที่ โอเร็ม (Orem 1991 : 220,239) กล่าวว่าอายุเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดความพร่องในการดูแลตนเองในแต่ละช่วงอายุ เช่นวัยเด็กพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 23,51) ในกลุ่มผู้สูงอายุอาจจัดกลุ่มตามระดับอายุได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางมีอายุระหว่าง 75 - 84 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยท้ายมีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป (Board 1980 cited in Yurick, et al 1984 : 35) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง (Hanlon & Pickett 1984 : 433 - 434) และผู้สูงอายุจะมีอุปนิสัยของการเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายมากขึ้นตามอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุในช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี จะพบโรคเรื้อรังหรือความบกพร่องของร่างกาย 4 อย่าง ส่วนผู้ที่มีอายุ 75 ปีหรือมากกว่าจะพบประมาณ 5 อย่าง สำหรับความรู้สึกต่อตนเองของผู้สูงอายุไทยนั้น จากการศึกษานี้ของบรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531 : 67) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70 - 74 ปี จำนวน 1566 คนพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 95.8 เห็นว่าตนเองแก่แล้ว และผู้สูงอายुर้อยละ 55.6 มีความรู้สึกต่อชีวิตตนเองในด้านลบคือ รู้สึกเหนื่อย กระสับกระส่าย ไม่สงบ รู้สึกเหงาอ้างว้าง เปล่าเปลี่ยว เบื่อหน่ายท้อแท้ เศร้าและหมดหวัง และจากผลการสำรวจजननไทยของสถาบันวิจัยสังคมในปี 2525 พบว่าประชากรสูงอายุประมาณร้อยละ 40 ยังทำงานเพื่อหารายได้ประจำหลังจากอายุ 60 ปี จนกระทั่งอายุมากหรือสุขภาพไม่อำนวย ทำให้มองเห็นว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยยังมีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ (นภาพร ชโยวรรณและคณะ 2525 ใน นิศา ชูโต 2525 : 28) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรจนารถ รุ่งลือ (2536 : 6) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า

สถานภาพสมรส เป็นตัวบ่งชี้ถึงแหล่งประโยชน์จากครอบครัว และคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสจึงมีโอกาสดีที่จะได้รับความรักความ

เอาใจใส่ตลอดจนการช่วยเหลือจากสามี หรือภรรยาที่เป็นบุคคลใกล้ชิด ตลอดจนบุคคลในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และลดความเครียดสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Cohen & Will 1985 : 310 - 357) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 45) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเช่นเดียวกับ การศึกษาของสุภาภรณ์ ค้วงแพง (2531 : 91) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ขาดของเสียทางเยื่อของท้องที่มีคู่สมรสดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่และรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 63) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ระดับการศึกษา เนื่องจากโอเร็ม (Orem 1985 : 120,175) กล่าวว่าการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรค และแผนการรักษา จึงปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มาก ความพร้อมในการดูแลตนเองจึงน้อยลง และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 182) ดังเช่นการศึกษาของ แพรวระพี เรืองเดช (2534 : 91) และ น้อมจิตต์ สกุลพันธ์ (2535 : 6) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร และผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 63) และทิตยทยา หอมทรัพย์ (2538 : 95) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และผู้ติดเชื้อเอดส์

รายได้ เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 175) รายได้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ามีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหาร ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 179) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประสบปัญหาเศรษฐกิจคือ มีรายได้ลดลง และในขณะเดียวกันความต้องการเงินทุนในการใช้จ่ายเพื่อสนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตมีมากขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มักมี

อาชีพทางเกษตรกรรมหรือรับจ้างที่รายได้ไม่แน่นอน รายได้ต่ำ ขาดหลักประกันหลังจากหยุดงานที่เคยทำ เนื่องจากความสูงอายุทำให้ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจมีความวิตกกังวลสูง ซึ่งจะเกี่ยวโยงไปถึงสุขภาพร่างกายด้วย กล่าวคือ ผู้ที่วิตกกังวลอยู่เสมอสุขภาพจะเสื่อมโทรม เจ็บไข้ได้ป่วยง่าย (จรัสวรรณ เทียนประภาส 2533 : 10) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (จำเรียง ฐรมะสุวรรณ และคณะ 2532 : 45 - 46 ; สุวิมล พนาวัฒน์กุล 2534 : 32) และรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร 2534 : 117 - 123) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช (2532 : 6) และรัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 63) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขาและผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ เนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องกันไป ภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพจะทำให้เกิดความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Orem 1991 : 132-133) การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน การประเมินภาวะสุขภาพของตนเองยังเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติ การดูแลตนเอง เพื่อที่จะให้มีสุขภาพดีขึ้นอีกด้วย (Pender 1987 : 64) จากการศึกษาของ ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2534 : 129) พบว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดีอยู่ในระดับสูง จะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน มีความต้องการที่จะปฏิบัติ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่าเช่นเดียวกับที่มีการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (รัชสุรีย์ จันทเพชร 2536 : 36)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความเสื่อมถอยและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อันเนื่องมาจากความมีอายุ ส่งผลกระทบต่อการเพิ่มความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถ

พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้มากเท่ากับความต้องการการดูแลตนเองที่เปลี่ยนไป จะทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเริ่ม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพพบว่า ต่างมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน บางประการ กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุดังกล่าว



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research Design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่างๆของจังหวัดชลบุรี มีทั้งหมด 12 ชมรม ประชากรทั้งหมดจำนวน 1835 คน โดยแบ่งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ในจังหวัดชลบุรี ออกเป็น 2 กลุ่มตามเขตที่ตั้งในเขตเทศบาลหรืออำเภอเมือง และนอกเขตเทศบาล คือ

1. ชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตอำเภอเมืองมีทั้งหมด 5 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระน. ศรีราชา ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอ่าวอุดม ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบางละมุง และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านบึง มีจำนวนผู้สูงอายุ 657 คน

2. ชมรมผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่นอกเขตเทศบาล มีทั้งหมด 7 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอภากรเกียรติวงศ์ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสัตหีบก.ม 10 ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกาะสีชัง ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพานทอง ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ่อทอง และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองใหญ่ มีจำนวนผู้สูงอายุ 1178 คน

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาคัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. แบ่งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของจังหวัดชลบุรี ออกเป็น 2 กลุ่มตามเขตที่ตั้งในเขตเทศบาลหรืออำเภอเมือง และนอกเขตเทศบาลดังกล่าว

2. คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อัตราส่วนร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (ประคอง กรรณสูตร 2525 : 10) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 183 คน หลังจากนั้นคำนวณจำนวนผู้สูงอายุตัวอย่างในแต่ละกลุ่มชมรมตามสัดส่วน ได้จำนวนตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาล 66 คน และนอกเขตเทศบาล 117 คน รวมทั้งหมด 183 คน

3. คัดเลือกชมรมผู้สูงอายุตัวอย่างซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลหรืออำเภอเมือง 5 ชมรม และกลุ่มชมรมผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล 7 ชมรม โดยให้มีสัดส่วนชมรมผู้สูงอายุตัวอย่างใกล้เคียงกับสัดส่วนชมรมผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 2 : 4 ได้ชมรมผู้สูงอายุตัวอย่างในเขตเทศบาล 2 ชมรม และชมรมผู้สูงอายุตัวอย่างนอกเขตเทศบาล 4 ชมรม ดังนั้นนำรายชื่อชมรมผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม มาคัดเลือกโดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับสลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without Replacement) ได้ชมรมผู้สูงอายุตัวอย่าง ดังนี้

ชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลหรืออำเภอเมือง ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอ่าวอุดม

ชมรมผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาล ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสัตหีบกม. 10 ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกาะสีชัง ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพานทอง และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ่อทอง

4. คำนวณจำนวนผู้สูงอายุตัวอย่างในแต่ละชมรมผู้สูงอายุที่คัดเลือกได้ตามสัดส่วน ได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละชมรมผู้สูงอายุ ดังนี้คือ

กลุ่มที่ 1 ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 30 คน ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอ่าวอุดม จำนวน 36 คน รวม 66 คน

กลุ่มที่ 2 ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสัตหีบกม. 10 จำนวน 28 คน ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกาะสีชัง จำนวน 15 คน ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพานทอง จำนวน 16 คน ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ่อทอง จำนวน 58 คน รวม 117 คน

5. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จนครบจำนวนที่ต้องการในแต่ละชมรม โดยจะเลือกผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ถูกจับพบในชมรมตัวอย่าง ซึ่งจะเป็นผู้ใดก็ได้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์



Copyright by Mahidol University

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 1985 ; 1991) ร่วมกับศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจและสังคมในวัยสูงอายุ จำนวน 32 ข้อ

โดยมีคำถามครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยทั่วไปจำนวน 25 ข้อ

1.1.1 การคงไว้ให้ร่างกายได้รับอากาศที่เพียงพอข้อ 1 - 2

1.1.2 การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำดื่มที่เพียงพอ ข้อ 3 - 10

1.1.3 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ข้อ 11 - 13

1.1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ข้อ 14-17

1.1.5 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ข้อ 18

1.1.6 การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ ข้อ 19 - 23

1.1.7 การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ข้อ 24 - 25

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการจำนวน 4 ข้อ

1.2.1 การพัฒนา และคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการเมื่อเข้าสู่วัยชรา ข้อ 26 - 28

1.2.2 การป้องกันผลเสียต่อพัฒนาการ เพื่อบรรเทาบางอารมณ์เครียดที่เกิดจากการปรับตัวทางสังคม การเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ข้อ 29

1.3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ในวัยสูงอายุ จำนวน 3 ข้อ

1.3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ข้อ 31

1.3.2 การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ข้อ 30 , 32

คำถามของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบตามเกณฑ์การเลือกดังนี้

เลือก ใช่ เมื่อผู้ตอบต้องการตอบว่า ข้อความที่ให้มานั้นถูกต้อง
 ไม่ใช่ เมื่อผู้ตอบต้องการตอบว่า ข้อความที่ให้มานั้นผิด
 ไม่ทราบ เมื่อผู้ตอบไม่ทราบว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด

ซึ่งผู้ตอบแบบวัดจะต้องเลือกคำตอบเพียงข้อเดียว โดยใส่เครื่องหมาย (/) ลงใน

ช่องตารางด้านล่างข้อความที่กำหนดให้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ผู้ตอบใส่เครื่องหมาย / ในข้อที่ตรงกับเฉลย	ได้ 1 คะแนน
ผู้ตอบใส่เครื่องหมาย / ในข้ออื่นไม่ตรงกับเฉลย	ได้ 0 คะแนน
ผู้ตอบใส่เครื่องหมาย / ในข้อ “ไม่ทราบ”	ได้ 0 คะแนน

ดังนั้น คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยรวมมีการกระจาย ตั้งแต่ 0 ถึง 32

คะแนน เกณฑ์การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมถือว่า

ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาก

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองน้อย

การหาความเที่ยงตรงของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ	
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ	2 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางทฤษฎีการพยาบาลของโอเริ่ม	2 ท่าน

การหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson , KR - 20)
 ดังสูตร (ประคอง กรรณสูตร 2525 : 46)

$$rtt = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{s^2 x} \right]$$

rtt = ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด

n = จำนวนข้อในแบบวัดความรู้

p = สัดส่วนของผู้ตอบได้คะแนน 1 คะแนนต่อผู้ตอบทั้งหมด

q = สัดส่วนของผู้ตอบได้คะแนน 0 คะแนนต่อผู้ตอบทั้งหมด

$\sum pq$ = ผลคูณสัดส่วนของผู้ตอบได้ 1 และตอบได้คะแนน 0

$s^2 x$ = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัยคำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุได้เท่ากับ .84

2. แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1986 ; 1991) ร่วมกับศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุให้มีคำถามครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านของโอเร็ม จำนวน 32 ข้อคือ

2.1 ความพร้อมในการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 24 ข้อ

2.1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ข้อ 1 - 3

2.1.2 การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำดื่มที่เพียงพอ ข้อ 4 - 10

2.1.3 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ ข้อ 11 - 13

2.1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

ข้อ 14 - 17

2.1.5 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ข้อ 18 -19

2.1.6 การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ ข้อ 20 - 21

2.1.7 การส่งเสริมหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง ข้อ 22 - 24

2.2 ความพร้อมในการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 5 ข้อ

2.2.1 การพัฒนา และคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการเมื่อเข้าสู่วัยชรา ข้อ 25 - 26

2.2.2 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลเสียต่อพัฒนาการ เพื่อบรรเทาเบาบาง
 อารมณ์เครียดที่เกิดจาก การปรับตัวทางสังคม การเปลี่ยนแปลงเหตุ
 การณ์ต่างๆในชีวิตและการตาย ข้อ 27 - 29

2.3 ความพร้อมในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ

2.3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ข้อ 30

2.3.2 รับรู้ สนใจ ผลของพยาธิสภาพ ข้อ 31

2.3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา ข้อ 32

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้นท่านได้ปฏิบัติเป็น
 ประจำโดยสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง เมื่อเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติเป็น
 บางครั้ง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง เมื่อเห็นว่าการกิจกรรมในข้อความนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติ
 เลย

ซึ่งข้อคำถามมีทั้งหมด 32 ข้อ โดยมีข้อคำถามทั้งข้อความทางบวกและข้อคำถาม
 ทางลบ ข้อคำถามที่เป็นข้อคำถามทางลบได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 8, 10, 13, 16, 18, 19, 26, 28, 29, 32

เกณฑ์การให้คะแนน

คำถามทางบวก	ปฏิบัติเป็นประจำ	ได้	0 คะแนน
	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ได้	1 คะแนน
	ไม่ปฏิบัติ	ได้	2 คะแนน
คำถามทางลบ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ได้	2 คะแนน
	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ได้	1 คะแนน
	ไม่ปฏิบัติ	ได้	0 คะแนน

ดังนั้นความพร้อมในการดูแลตนเองโดยรวม มีค่ากระจายตั้งแต่ 0 ถึง 64 คะแนน

เกณฑ์การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม ถือว่า

ผู้ที่ได้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ผู้ที่ได้ 1 - 64 คะแนน หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ส่วนเกณฑ์การในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง รายด้านและรายข้อถือว่าผู้ที่ได้คะแนน 1 - 2 มีความพร้อมในการดูแลตนเองในข้อนั้น ๆ

การหาความเที่ยงตรงของแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเอง

นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2 ท่าน

หลังจากผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเองมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษาและการเรียงลำดับข้อความตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่นของแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเอง

ผู้วิจัยนำแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเองไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ดังสูตร (ยุพิน จันทร์คະ 2529 : 122)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

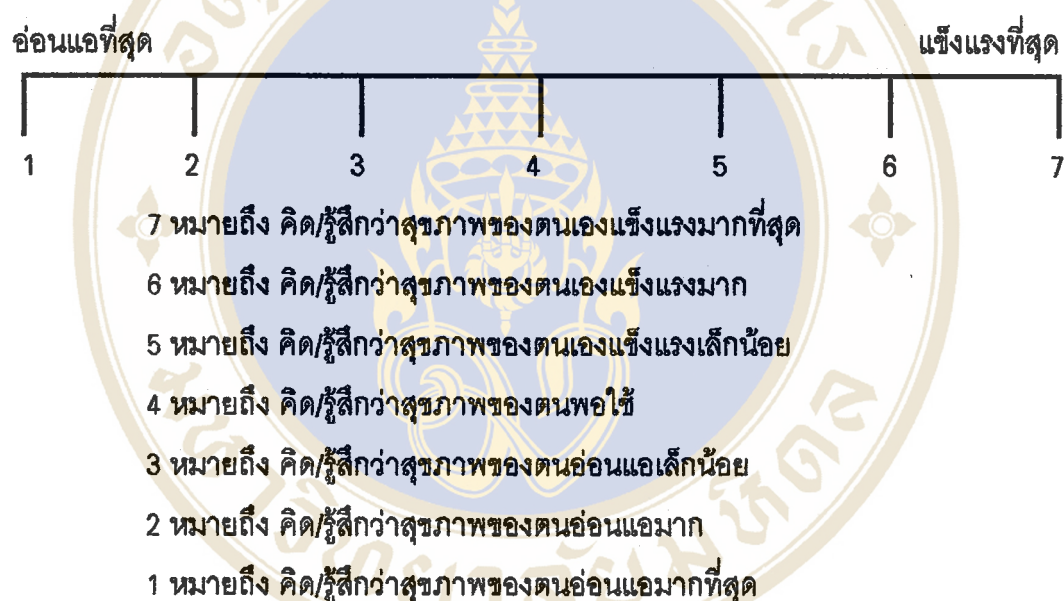
n = จำนวนข้อของเครื่องมือ

$\sum Si^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความพึงพอใจในการดูแลตนเอง เท่ากับ .74

3. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพผู้วิจัยได้ใช้ Semantic Differential Scale ของ Waltz (1991 : 15) เป็นสเกลที่ให้ผู้ตอบประเมินค่าความคิดเห็นความรู้สึกของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเองเป็นลักษณะเส้นตรงจากแข็งแรงที่สุดจนถึงอ่อนแอที่สุดตามเส้นแบ่งช่วยความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพเป็น 7 ช่อง ดังนี้



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาดังนี้

สถานที่	วัน	เวลา
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี	อังคารที่ 2 ของเดือน	13.00 - 16.00
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ่อทอง	พุธที่ 2 ของเดือน	8.30 - 12.00

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพานทอง	พุธที่ 2 และ 4 ของเดือน	8.30 - 12.00
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกาะสีชัง	พฤหัสบดี ที่ 3 ของเดือน	8.30 - 12.00
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอ่าวอุดม	ศุกร์ที่ 3 ของเดือน	8.30 - 12.00
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสตึก	ทุกวันศุกร์	8.30 - 12.00

ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เลือกและขอความร่วมมือผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ตามที่ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้
 - 1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ
 - 1.2 เป็นผู้ที่มีความคุ้นเคยกับชมรมผู้สูงอายุตัวอย่าง
 - 1.3 มีความสนใจและต้องการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 อธิบายความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ และความสำคัญของการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม วิธีการสัมภาษณ์และวิธีการบันทึกคำตอบของแต่ละข้อ

2.3 ผู้วิจัยสาธิตวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในชมรมให้ผู้ช่วยวิจัยดูเป็นตัวอย่างนับตั้งแต่ การแนะนำตัว การอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา การขอความร่วมมือวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามและวิธีการจดบันทึกคำตอบ

2.4 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม พร้อมทั้งจดบันทึกคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ลงในแบบสอบถาม โดยมีผู้วิจัยร่วมฟังการสัมภาษณ์ และจดบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามของผู้วิจัยอีก 1 ฉบับด้วย จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผู้ช่วยวิจัยบันทึกคำตอบมาตรวจสอบคำตอบกับแบบสอบถามที่ผู้วิจัยบันทึกว่ามีข้อใดไม่ตรงกัน โดยผลการตรวจสอบพบว่า ผู้ช่วยวิจัยบันทึกคำตอบไม่ตรงกับผู้วิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับ ปัญหาในการปฏิบัติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ ซึ่งข้อคำถามเป็นไปในทางลบ ทำให้ผู้ช่วยวิจัยสับสนในการลงคำตอบ ผู้วิจัยจึงได้เปลี่ยนข้อคำถาม

ให้เป็นไปในทางบวก แล้วนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข ไปให้ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ใหม่ โดยมีผู้วิจัยร่วมรับฟังการสัมภาษณ์ และจดบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามของผู้วิจัยอีกฉบับเช่นเดิม ผลการตรวจสอบพบว่า ผู้วิจัยบันทึกคำตอบไม่ตรงกับผู้วิจัยเกี่ยวกับการรับประทานผักหรือผลไม้เป็นประจำทุกวัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับประทานผักทุกวัน แต่รับประทานผลไม้ไม่นาน ๆ ครั้ง ผู้ช่วยวิจัยจึงตัดสินใจว่าปฏิบัติเป็นบางครั้ง ซึ่งไม่ตรงกับคำตอบที่ถูกต้อง เนื่องจากข้อคำถาม ใช้คำว่า “หรือ” แสดงว่าจะรับประทานผักหรือผลไม้ประการใดประการหนึ่งได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงอธิบายเพิ่มเติม จนผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจตรงกัน หลังจากนั้นจึงให้ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ตัวอย่างรายใหม่ และตรวจสอบคำตอบเช่นเดียวกันนี้อีก ผลปรากฏว่าสามารถสัมภาษณ์และบันทึกคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ตรงกันทั้งหมด ผู้วิจัยจึงให้ผู้ช่วยวิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลได้

3. เก็บข้อมูลในวันที่ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายถึงจุดประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้สูงอายุให้ความร่วมมือยินยอมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามลำดับโดยในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางรายมีสีหน้าอึดอัด และท่าทางเหนื่อยหน่าย อีกทั้งความกระตือรือร้นในการตอบแบบสอบถามลดลง ผู้วิจัยจึงได้หยุดพักช่วงการสัมภาษณ์ประมาณ 1 - 3 ครั้ง ในกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายและสามารถสอบถามทุกรายได้จนครบข้อคำถาม โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายประมาณ 30 - 60 นาที

5. นำข้อมูลที่สัมภาษณ์ได้มาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ คิดคะแนนตามที่กำหนดไว้ แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package For the Social Science) โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 แล้ววิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของปัจจัยพื้นฐานบางประการในข้อมูลทั่วไป

2. คำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวม

3. ประเมินค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพและความพร้อมในการดูแลตนเองที่คำนวณได้จากเกณฑ์ ซึ่งกำหนดจากจุดกึ่งกลางของแต่ละช่วงคะแนนดังนี้

เกณฑ์การประเมินเฉลี่ยของคะแนนความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5.5 - 7.0 มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.5 - 5.4 มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพอยู่ในระดับ

ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.0 - 3.4 มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

เกณฑ์การประเมินเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเอง

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0 ไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง .01 - 1.00 มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.01 - 2.00 มีความพร้อมในการดูแลตนเองมาก

4. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นรายข้อตามรายการ

5. แยกแยะความถี่ และคิดอัตราร้อยละของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามรายชื่อและรายด้าน

6. คำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความพร้อมในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ กับความพร้อมในการดูแลตนเอง

ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t - test)

7. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณที่ได้ โดยการทดสอบค่าเอฟส่วนรวม (Overall F - test) และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การถดถอย (b) ของปัจจัยแต่ละประการ

โดยการทดสอบค่าที (t - test) รวมทั้งวิเคราะห์หาตัวทำนายโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

เนื่องจากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหพันธ์พหุคูณ กำหนดไว้ว่าตัวแปรที่นำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดได้ระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้ (สุขชาติ ประเสริฐรัฐสินธุ์ และ ลัดดาวัลย์ รอดมณี 2527 : 7)

สถานภาพสมรส

โสด หม้าย หย่า แยก = 0

คู่ = 1

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อ ภาวะสุขภาพซึ่งผู้วิจัยได้เสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังกล่าวคือ

- | | |
|-----------|---|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง |
| ส่วนที่ 2 | ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลตนเอง |
| ส่วนที่ 3 | ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเอง |
| ส่วนที่ 4 | การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเอง |
| ส่วนที่ 5 | การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ |

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 183 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	85	46.4
หญิง	98	53.6
อายุ		
60-64 ปี	76	41.5
65-70 ปี	69	37.7
71-74 ปี	30	16.4
75 ปีขึ้นไป	8	4.4
สถานภาพสมรส		
คู่	98	53.6
เดี่ยว	85	46.4
โสด	4	4.7
หม้าย	77	90.6
หย่า	3	3.5
แยก	1	1.2
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	66	36.1
ครอบครัวขยาย	117	63.9

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 53.6 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 41.5 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี มีเพียงร้อยละ 4.4 ที่มีอายุ 4.4 ที่มีอายุ 75 ปี ขึ้นไป สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 53.6 มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาร้อยละ 46.4 มีสถานภาพสมรสเดี่ยว คือ เป็นหม้ายร้อยละ 90.6 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยายร้อยละ 63.9

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ ความเพียงพอของรายได้และแหล่งที่มาของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 183 คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 1,000 บาท	37	20.1
1,000 - 2,000 บาท	88	48.2
2,001 - 3,000 บาท	18	9.9
มากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป	40	21.7
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอมีเงินออม	57	31.2
เพียงพอไม่มีเงินออม	71	38.8
ไม่เพียงพอ	55	30.0
แหล่งที่มาของรายได้ *		
บุตรหลาน	130	71.0
ญาติพี่น้อง	6	3.3
คู่สมรส	22	12.0
บำนาญ	18	9.8
ค่าเช่า ดอกเบี้ย	11	5.0
ทำงานด้วยตนเอง	78	42.6

* กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอาจมีแหล่งที่มาของรายได้ มากกว่า 1 แหล่ง

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 48.2 มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 1,000 - 2,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินออมร้อยละ 38.8 โดยแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.0 ได้มาจากบุตร หลาน และรองลงมาร้อยละ 42.6 ผู้สูงอายุทำงานด้วยตนเอง

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และการมีโรคประจำตัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 183 คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	79	43.3
ประถมศึกษา	73	39.9
มัธยมศึกษา	10	5.4
อาชีวศึกษา	20	10.9
อุดมศึกษา	1	0.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	105	57.4
ประกอบอาชีพ	78	42.6
โรคประจำตัว		
มี	76	41.5
ไม่มี	107	58.5

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 39.9 มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 0.5 ที่ได้รับการศึกษาเป็นระดับอุดมศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.4 และมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 41.5

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาการและโรคประจำตัว

โรคประจำตัว *	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	28	19.2
ปวดเข่า	26	17.8
เบาหวาน	18	12.3
ปวดหลัง	12	8.2
โรคกระเพาะอาหาร	9	6.2
โรคเก๊าท์	8	5.5
โรคหอบหืด	8	5.5
ริดสีดวงทวาร	6	4.1
โรคหัวใจ	5	3.4
ความดันโลหิตต่ำ	5	3.4
ปวดศีรษะ	5	3.4
ต่อมลูกหมากโต	3	2.0
เหน็บชา	3	2.0
ต่อกระຈก	3	2.0
โรคปอด	2	1.4
โรคผิวหนัง	2	1.4
โลหิตจาง	2	1.4
ภูมิแพ้	1	0.7

* กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอาจมีมากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 4 พบว่าโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกมีดังนี้ ความดันโลหิตสูง ปวดเข่า เบาหวาน ปวดหลัง และโรคกระเพาะอาหาร คิดเป็นร้อยละ 19.2 , 17.8 , 12.3 , 8.2 , และ 6.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นต่อภาวะ
สุขภาพและความพร้อมในการดูแลตนเองโดยรวมและจำแนกตามรายด้าน

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ	4.33	1.81	ปานกลาง
ความพร้อมในการดูแลตนเองโดยรวม	.45	.22	น้อย
ด้านความจำเป็นโดยทั่วไป	.43	.24	น้อย
ด้านความจำเป็นตามระยะพัฒนาการ	.24	.30	น้อย
ด้านการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	.90	.48	น้อย

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์
ปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.81 และมีคะแนนความ
พร้อมในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านในระดับน้อย คือ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ .45 ค่า
เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .22

2. คะแนนความพึงพอใจในการดูแลตนเอง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในการดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไปจำแนกตามรายชื่อ

ความพึงพอใจในการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ตามความจำเป็นโดยทั่วไป			
การเดินรับอากาศบริสุทธิ์	.37	.62	น้อย
การอยู่ในที่แออัดนาน ๆ	.05	.25	น้อย
การสูบบุหรี่	.34	.71	น้อย
การรับประทานอาหารรสจัด	.58	.76	น้อย
การหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน	.78	.73	น้อย
การรับประทานผัก ผลไม้	.36	.58	น้อย
การดื่มน้ำให้เพียงพอ	.74	.84	น้อย
การดื่มเครื่องดื่มบำรุงร่างกาย	.91	.80	น้อย
การดื่มสุรา	.27	.59	น้อย
การดื่มกาแฟ	.18	.52	น้อย
การใช้ยาระบาย	.56	.77	น้อย
การสังเกตความผิดปกติเกี่ยวกับ			
การขับปัสสาวะ	.34	.56	น้อย
การกลั้นปัสสาวะนาน ๆ	.36	.57	น้อย
การออกกำลังกาย	.76	.75	น้อย
การทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังกาย	.17	.54	น้อย
การเข้านอนหลับ	.28	.52	น้อย
การจัดหางานอดิเรก	.06	.28	น้อย
การมีความเป็นส่วนตัว	.06	.29	น้อย
ความสัมพันธ์กับบุตรหลาน	.42	.80	น้อย
การควบคุมน้ำหนัก	.56	.82	น้อย

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพร้อม
ตามความจำเป็นโดยทั่วไป (ต่อ)			
การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน	.18	.43	น้อย
การทำงานด้วยตนเอง	.54	.77	น้อย
การตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟัน	1.36	.76	มาก
การตรวจสอบสุขภาพร่างกาย	.09	.30	น้อย

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ตามความจำเป็นโดยทั่วไปในระดับมาก เกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพช่องปากและฟัน รองลงไปที่มีความพร้อมอยู่ในระดับน้อยอันดับแรก คือ การดื่มเครื่องดื่มบำรุงร่างกายการหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน การออกกำลังกาย และการดื่มน้ำให้เพียงพอ ตามลำดับ การรับประทานอาหารรสจัด และเกือบไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเองโดยทั่วไปเกี่ยวกับการอยู่ในที่แออัดนาน ๆ การจัดหางานอดิเรก การมีส่วนร่วมส่วนตัว และการตรวจสอบสุขภาพร่างกายตามลำดับ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำแนกตามรายชื่อ

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพร้อม
ตามระยะพัฒนาการ			
การไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย			
ด้วยตนเอง	.25	.59	น้อย
การมีเพศสัมพันธ์	.06	.32	น้อย
การยอมรับตนเอง	.09	.36	น้อย
การรู้สึกเบื่อตนเอง	.46	.65	น้อย
รู้สึกไม่พอใจในสภาพร่างกาย ของตนเอง	.30	.58	น้อย
ตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ			
สนใจซักถามการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย	1.52	.66	มาก
การสนใจเกี่ยวกับแผนการรักษา	.60	.67	น้อย
การรับประทานยาไม่ครบตามกำหนด	.56	.82	น้อย

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการเกี่ยวกับการรู้สึกเบื่อตนเองที่ไม่สามารถทำงานที่มีประโยชน์ได้ อยู่ในระดับน้อย ส่วนความพร้อมในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพที่พบว่า การสนใจซักถามการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก และความพร้อมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับความสนใจในแผนการรักษาเมื่อเจ็บป่วย อยู่ในระดับน้อย

3. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ตารางที่ 8 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามจำเป็นโดยทั่วไปจำแนกตามรายชื่อ (N = 183)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	ไม่มีความรู้ (ร้อยละ)
ตามความจำเป็นโดยทั่วไป	
การได้รับอากาศที่เพียงพอ	1.6
การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานของร่างกาย	60.1
การรับประทานอาหารมือเพียงในปริมาณมาก	50.8
การใช้น้ำมันพืชปรุงอาหาร	20.2
การป้องกันโรคกระดูกเสื่อม	22.4
การดื่มน้ำสะอาด	5.5
การเลือกอาหารที่มีเส้นใย	7.1
การไม่ใช้ยาระบายน	53.6
การปฏิบัติตนไม่ให้เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ	3.8
การไม่ใช้ยานอนหลับ	34.4
ประโยชน์ของการออกกำลังกาย	3.3
การออกกำลังกายอย่างถูกวิธี	50.3
เวลาที่ใช้การออกกำลังกาย	31.1
การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	4.9
การงดสุราและบุหรี่	5.5
การทำความสะอาดช่องปากและฟัน	12.0
การลดอาหารหวาน	18.0

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	ไม่มีความรู้ (ร้อยละ)
ตามความจำเป็นโดยทั่วไป (ต่อ)	
การป้องกันโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง	39.9
การป้องกันผลเสียจากบุหรี่	4.9
การดูแลรักษาผิวหนัง	13.1
การป้องกันอุบัติเหตุ	0.0
การสังเกตอาการผิดปกติภายหลังการออกกำลังกาย	1.6
การประเมินค่าความดันโลหิตที่ผิดปกติ	55.7
การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน	55.2
การตรวจสุขภาพร่างกาย	2.2

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไปเรื่อง การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับการใช้พลังงานของร่างกายมากที่สุดร้อยละ 60.1 รองลงมาไม่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าความดันโลหิตที่ผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 55.7 การตรวจสุขภาพช่องปากและฟันร้อยละ 55.2 การไม่ใช้ยาระบายร้อยละ 53.6 การรับประทานอาหารมือเทียงในปริมาณมากร้อยละ 50.8 และการออกกำลังกายอย่างถูกวิธีร้อยละ 50.3 ตามลำดับ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุในวัยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 9 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามระยะ
พัฒนาการ และตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพจำแนกตามรายชื่อ (N = 183)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	ไม่มีความรู้ (ร้อยละ)
ตามระยะพัฒนาการ	
การมีเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ	88.5
การเสื่อมของวัยสูงอายุ	4.9
อัตมโนทัศน์ต่อตนเอง	21.9
การบรรเทาความเครียด	0.0
ตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ	
การป้องกันผลเสียจากการออกกำลังกายขณะมีโรคประจำตัว	24.6
การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย	29.0
การรับประทานยาอย่างถูกวิธี	14.2

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตาม
ระยะพัฒนาการ เรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 88.5
และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพเรื่องการ
ปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 29.0

4. การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนากับตัวทำน่าย และตัวทำนากับตัว

เกณฑ์โดยแสดงในรูปเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation metrix) (N = 183)

ปัจจัย	อายุ	สถานภาพ สมรส	ระดับการ ศึกษา	รายได้	ความคิดเห็น ต่อภาวะ สุขภาพ	ความรู้เกี่ยว กับการดูแล ตนเอง
อายุ	1.0000					
สถานภาพสมรส	-.1305	1.0000				
ระดับการศึกษา	-.3103***	-.0457	1.0000			
รายได้	-.3412***	-.1016	.6277***	1.0000		
ความคิดเห็น	-.5969***	.0566	.5028***	.4528***	1.0000	
ความรู้	-.4221***	.0287	.4801***	.471***	.7098***	1.0000
ความพร้อม ในการดูแลตนเอง	.4480***	-.0713	-.2916***	-.3324***	-.6845***	-.6842***

*** P < 0.001

จากตารางที่ 10 พบว่า ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับ ความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ตามสมมติฐานที่ 1

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ตามสมมติฐานที่ 2

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ตามสมมติฐานที่ 3

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ตามสมมติฐานที่ 3

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการดูแลตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรอิสระดังนี้

อายุ	มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็น ต่อภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)
ระดับการศึกษา	มีความสัมพันธ์ทางบวก กับรายได้ ความคิดเห็น ต่อภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)
รายได้	มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความคิดเห็น ต่อภาวะสุขภาพ และความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

5. การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความพร้อมในการดูแลตนเอง

การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยมีความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นตัวเกณฑ์ ส่วนตัวทำนายได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regressing) ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ขั้นที่	ตัวทำนาย	Multiple R	R ²	R ² change	F	b	Beta	t
1.	ความคิดเห็น ๗	.6845	.4686	.4666	159.60732***	-.0847	-.6845	-12.634***
2.	ความคิดเห็น ๗					-.0496	-.4008	-5.634***
	ความรู้ ๗	.7401	.5478	.07	109.03895***	-.6581	-.3996	-5.616***
3.	ความคิดเห็น ๗					-.0553	-.4472	-6.148***
	ความรู้ ๗					-.7162	-.4349	-6.067***
	ระดับการศึกษา	.7498	.5622	.01	76.64837***	.0080	.1420	2.432***
constant (a)		1.213108						
t (a)		17.078***						
					Overall F = 76.64837***			

จากตารางที่ 11 พบว่า ในขั้นตอนที่ 1 ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับการรับเลือกคือ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองมากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ .4686 แสดงว่า ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพสามารถทำนาย ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้

ร้อยละ 46.86 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) จากนั้น ในการวิเคราะห์ขั้นที่สอง ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปพิจารณา คือความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การทำนาย R^2 เพิ่มขึ้นเป็น .5478 ซึ่งสามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และเมื่อเพิ่มตัวทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นที่สาม ตัวทำนายที่ได้รับการคัดเลือกคือ ระดับการศึกษา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .5622 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ยุติลงในส่วนตอนที่สี่ เนื่องจากตัวทำนายจำนวน 3 ตัวที่เหลือ คือ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การสร้างสมการทำนาย จากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 13 พบว่า สัมประสิทธิ์ถดถอย (b) แต่ละค่าของตัวทำนายที่ถูกเลือกเข้าไปวิเคราะห์ในขั้นที่สาม คือ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ (HYG) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (SK) และระดับการศึกษา (ED) มีระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และค่าคงที่ (a) เท่ากับ 17.078 จากการวิเคราะห์การถดถอย และสหสัมพันธ์พหุคูณในขั้นที่สาม ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด เพื่อทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงสามารถสร้างสมการทำนาย ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (SCD) ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\begin{aligned}\hat{Y} &= a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3 + \dots b_n x_n \\ \hat{Y} (SCD) &= 1.2131 - 0.553 (HYG) - .7162 (SK) + .0080 (ED)\end{aligned}$$

และสมการถดถอยพหุคูณที่ดีที่สุด ในรูปของคะแนนมาตรฐาน คือ

$$\hat{Z} (SCD) = -.4472 (HYG) - .4349 (ED) + .1420 (ED)$$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแล ปัจจัยพื้นฐาน บางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตาม สมมติฐานซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความ พร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.6846, p < .001$) ซึ่ง สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองดี มีความพร้อมใน การดูแลตนเองน้อย ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่ดี จะมี ความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้ความเข้าใจเป็นสิ่งเร้า พฤติกรรมของบุคคลให้แสดงออกมา ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ก็จะสามารถ นำความรู้ไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสม ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุที่ขาดความรู้ก็ ยากที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสม อันจะก่อให้เกิดความพร้อมในการดูแลตน เองได้ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนู จริญกุล 2536 : 23 - 25) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action และ goal oriented) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ในระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณา และ ตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ กล่าวคือ บุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมี ประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่า สิ่งที่จะ กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้น ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่า เหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่า สิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การดูแลตนเอง จึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับ สิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจได้ ส่วนในระยะที่ 2 เป็นระยะของ การดำเนินการกระทำ ซึ่งต้องมีเป้าหมาย เป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ

เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่ได้เลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่แปรเปลี่ยนไปตามพัฒนาการในวัยสูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พิจารณาตัดสินใจ ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน และจากการศึกษาของ นภาพร ขยอวรรณและคณะ (2530 : 23) ได้ศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุไทย โดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุในเมืองและผู้สูงอายุในชนบท โดยสรุปว่าปัญหาการขาดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชนบทมีระดับการไม่รู้หนังสือ ขาดความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง และประสบปัญหาเรื่องสุขภาพมากกว่า โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ ระบบย่อยอาหารและระบบหายใจ ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยเป็นสำคัญและสอดคล้องกับ ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (2534 : 122) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกระชับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาของศิริวัธน์ วัฒนสินธุ์ (2533 : 65) และ รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 58) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจและผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

สมมติฐานที่ 2 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .4493, p < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1991 : 136 - 137) ที่กล่าวว่าอายุเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองในแต่ละช่วงอายุ เช่นวัยเด็กพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 23 , 51) โดยที่ความสูงอายุนั้น เป็นกระบวนการเสื่อมของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม (สุรกุล เจนอบรม 2534 : 1) ความเสื่อมเหล่านี้จะทวีมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง (Hanlon & Pickett 1984 : 433 - 434) สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนารถ ร่วงลือ (2536 : 76) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีการปฏิบัติ

กิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า และ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2530 : 36) ได้ศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่มีสุขภาพไม่ดีขึ้น มีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นจะมีสุขภาพเลวลงตามลำดับ ด้วยเหตุนี้เองทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้นตามลำดับ

สมมติฐานที่ 3 สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส พบว่ามีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.07$) นั่นคือ ไม่ว่าผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรส คู่ โสด หมายเห่า หรือแยกกันอยู่ ไม่มีผลทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งโอเร็ม (Orem 1985 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 34) ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning factor) ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถ และความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวโดยโอเร็ม (Orem 1991 : 132 - 133) กล่าวถึงการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยเฉพาะกับบุคคลนั้น จะก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแหล่งสนับสนุนอำนาจประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ให้มีความสามารถในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น อันส่งผลให้ความพร้อมในการดูแลตนเองลดลงตามมา แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง และคู่สมรส เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งวัยนี้จะมีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพิ่มขึ้นจากวัยอื่น เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง คู่สมรสจึงไม่มีอิทธิพลมากเพียงพอในการส่งเสริมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งจากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย (คิดเป็นร้อยละ 63.9) และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเดียว อยู่ในครอบครัวขยายมากถึงร้อยละ 65.9

(ภาคผนวก) แสดงว่าถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะขาดคุณสมบัติช่วยให้การช่วยเหลือเกื้อกูล แต่ยังมีบุคคลอื่นในครอบครัวซึ่งอาจเป็นบุตรหลาน ญาติพี่น้อง ที่อาจจะคอยให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกันแทน ดังเช่นจากการศึกษาของ อาพร สุขสวัสดิ์ (2534 : 82 - 83) เรื่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล : ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอพระนครศรีอยุธยา พบว่าสมาชิกในครอบครัวซึ่งได้แก่ บุตร บุตรบุญธรรม บุตรเขย หรือบุตรสะใภ้ ส่วนใหญ่มีบทบาทในด้านการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจมาก และด้านสังคมได้ค่อนข้างมาก บรรลุ ศิริพานิช (2532 : 53) ได้ศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง พบว่า ผู้สูงอายุเมื่อประสบกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายหรือจิตใจ ร้อยละ 36.5 จะขอความช่วยเหลือและปรึกษาลูก ร้อยละ 20 จะปรึกษากับสามีหรือภรรยา ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการแก้ปัญหาทำให้มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา วังวิเวก (2535 : 88) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแพรวระพี เรืองเดช (2534 : 92) และ จิรประภา ภาวิไล (2535 : 99) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร และผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สอดคล้องกับ ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์ (2534 : 67) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.2916, p < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ทักษะ และเจตคติต่อการดูแลตนเอง (Orem 1985 : 56) ทำให้สามารถที่จะเรียนรู้ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526 : 182) โดยคนที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อยกว่า นอกเหนือจากการศึกษา

สูงย่อมจะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีและมีรายได้สูงขึ้นและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่า จะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะมีการศึกษาน้อยทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender 1982 : 161 - 162) และสอดคล้องกับ มูเลนแคมป์และเซลเย่ (Muhlemkamp & Sayles 1986 : 336) ซึ่งกล่าวว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลซักถามปัญหา และมีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีนั้นจำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถเข้าใจและปฏิบัติตนได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าทำให้ความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวิฒนกุล (2534 : 33) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 44) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ แพร่วะพี เรืองเดช (2534 : 91) และ น้อมจิตต์ สกลพันธ์ (2535 : 85) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรและผู้ป่วยเบาหวาน รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 63) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ปัจจัยด้านรายได้ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .3571, p < .001$) นั่นคือผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ารายได้คือแหล่งประโยชน์เป็นสิ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้บรรลุความต้องการดูแลตนเองได้ ตลอดจนสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ส่งเสริมการดูแลตนเองทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย อีกทั้งเพนเดอร์ (Pender 1982 : 161) ได้กล่าวอีกว่าฐานะทางเศรษฐกิจสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเองผู้มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในเรื่องอาหาร ยา และที่อยู่อาศัยเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ รจนา ร่วงลือ (2536 : 76) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : 66) พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงบริการทางเพศ และจากการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิกานิช (2532 : 85) และ รัชสุรีย์ จันทเพชร (2536 : 64) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสีย และผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ปัจจัยด้านความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ พบว่า ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .6845$, $p < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพในระดับดี มีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุได้ประเมินภาวะสุขภาพการทำงานของร่างกายและสภาพจิตใจโดยรวมในปัจจุบัน มีส่วนในการกำหนดแนวโน้มให้บุคคลกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับเหตุผล เนื่องจากโอเร็ม (Orem 1991 : 152 - 153) กล่าวว่า การรับรู้หรือความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของตนเป็นปัจจัยพื้นฐานหนึ่งที่ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะช่วยให้บุคคลกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพอยู่ในระดับแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 51.3 ระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 13.7 ส่วนความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพว่าตนเองอ่อนแอ มีเพียงร้อยละ 35 เหตุที่คะแนนความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ถึงแข็งแรงค่อนข้างมาก อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มารับบริการตรวจสุขภาพของรัฐ ซึ่งเป็นกลุ่มที่แสดงให้เห็นว่ามีความสนใจในภาวะสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างนี้ยังอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 74 ปี) ที่ยังมีความเสื่อมของร่างกายไม่มาก ยังมีความเสื่อมของร่างกายไม่มาก ยังมีพลังความสามารถในการทำงานได้อยู่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ ($r = .5969$, $p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร (2534 : 129) พบว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนว่ามีสุขภาพดีอยู่ในระดับสูง จะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน มีความต้องการที่จะปฏิบัติและมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับต่ำกว่า เช่นเดียวกับที่มีการศึกษาพบว่า

ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรัง (รัชสุริย์ จันทเพชร 2536 : 36)

สมมติฐานที่ 4 อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อ
ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแล
ตนเองของผู้สูงอายุได้

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุได้คือ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และระดับการ
ศึกษา ตัวแปรทั้งสามนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีต่ออิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 56.22 ($P < .001$)

สำหรับความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรแรกที่สามารถทำนายความ
พร้อมในการดูแลตนเองได้นั้นเป็นไปตามเหตุผลซึ่งอภิปรายไว้ในสมมติฐานที่ 3 ส่วนความรู้ที่
เกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นตัวแปรที่สอง ที่สามารถทำนายความผันแปรของความพร้อมในการ
ดูแลตนเอง ซึ่งได้อภิปรายไว้ในสมมติฐานที่ 1 และระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่สาม ที่
สามารถร่วมทำนายความผันแปรของความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้อภิปรายไว้ใน
สมมติฐานที่ 3 แล้วเช่นกัน ส่วนตัวแปรอื่นที่ไม่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองได้
เนื่องจากตัวแปรอิสระบางตัวมีความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันในระดับสูง

ส่วนความผันแปรของความพร้อมในการดูแลตนเองที่เหลืออีกร้อยละ 47.78 ซึ่งยัง
ไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลเนื่องจากยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อความ
พร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานอื่นเกี่ยวกับ
แหล่งสนับสนุนทางสังคม ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างตามวัฒนธรรมไทยนอกจากคู่สมรส
เป็นต้น (Orem 1991 : 136) หรือความผันแปรนี้อาจเกิดจากปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพล เช่น ข้อจำกัด
(Limitation) ที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการรับรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และการแสดงกิจกรรมการ
ดูแลตนเอง (Orem 1991 : 71)

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่ใช้ในการ
ศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า จากผลการทดสอบสมมติฐานทั้ง 3 ข้อพบว่า สมมติฐานที่ 1 และ 2 ได้รับการ
สนับสนุน ส่วนสมมติฐานที่ 3 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน กล่าวคือความรู้มีความสัมพันธ์

ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพส่วนบุคคล ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และระดับการศึกษา ผลวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1991 : 128) ที่กล่าวว่า ความรู้มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพราะความรู้ที่เพียงพอและถูกต้องจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรม เพราะการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจัง และมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ โดยในระยะที่ 1 โอเร็ม ได้ชี้ให้เห็นว่าความรู้ เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก จะช่วยให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำดูแลตนเองในระยะที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เพียงพอจะช่วยลดความพร้อมในการดูแลตนเองให้น้อยลงได้ นอกจากนี้ยังสนับสนุนความคิดของโอเร็ม (Orem 1985 : 220 - 221) ที่กล่าวว่าปัจจัยพื้นฐานมีอิทธิพลต่อความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง บุคคลจึงปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มากความพร้อมในการดูแลตนเองจึงน้อยลง

การนำเสนอข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลตนเอง

จากการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจำนวน 183 ราย โดยการสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดและความพร้อมในการดูแลตนเองดังนี้

1. ตามความจำเป็นโดยทั่วไป พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ ผู้สูงอายุมีความพร้อมมาก ในเรื่องกิจกรรมการเดินรับอากาศบริสุทธิ์ในช่วงเช้าและเย็นมากกว่ากิจกรรมอื่น คิดเป็นร้อยละ 7.7 เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายยังมีการะในการหุงหาอาหาร ทำงาน ซึ่งเป็นภารกิจที่ต้องทำทั้งในช่วงเช้าและช่วงเย็น แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังมีการะหน้าที่การงานที่ต้องกระทำอยู่ ทั้งที่ภาระเหล่านี้

ลูกหลานน่าจะได้มีส่วนเข้ามารับผิดชอบแทนหรือร่วมกับผู้สูงอายุ นอกจากนั้นผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 4.2 โดยบอกว่าเลิกไม่ได้เคยจะเลิกแล้วหยุดหงิด แต่บางรายไม่เชื่อว่าการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดโรคปอดโดยให้เหตุผลว่า ตนเองสูบบุหรี่มานานแล้วแต่ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ และมีผู้สูงอายุ บางรายไม่ได้สูบบุหรี่แต่ต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่เช่น สามี และบุตร โดยมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งเลิกสูบบุหรี่ในระยะเวลา 4-5 ปี ที่ผ่านมา เนื่องจากรู้สึกว่าคุณภาพร่างกายเสื่อมโทรมลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

1.2 การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำดื่มที่เพียงพอ จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยรับประทานอาหารเสริม เช่น นม โอวัลติน น้ำถั่วเหลือง ฯลฯ คิดเป็นร้อยละ 27.9 โดยให้คำตอบว่ามีราคาแพง และไม่มีเงินที่จะใช้ซื้ออาหารเหล่านี้ และมีบางส่วนตอบว่าไม่ชอบดื่ม ไม่มีใครเตรียมหรือชงให้และไม่มีโอกาสไปซื้อหามารับประทาน และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพร้อมมากในเรื่องการรับประทานอาหารประเภทไขมัน เช่น หมูสามชั้น กะทิ คิดเป็นร้อยละ 18.6 โดยบอกว่าหมูติดมันเคี้ยวง่ายกว่าหมูไม่ติดมัน และบางรายมีสุนัขสลับชอบรับประทานอาหารประเภทไขมันอยู่แล้วมาตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ ประกอบกับหมูติดมันมีราคาถูกกว่าหมูไม่ติดมัน ส่วนเรื่องการดื่มน้ำให้ได้ถึงอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว พบว่า มีผู้สูงอายุที่ดื่มน้ำไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 25.7 โดยบางส่วนให้เหตุผลว่า ดื่มน้ำมากจะมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด ต้องดื่มทีละน้อย บางคนไม่สนใจในเรื่องนี้ และมีสุนัขสลับในการดื่มน้ำน้อยมาก่อน ในเรื่องการรับประทานอาหารรสจัด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะหลีกเลี่ยงคิดเป็นร้อยละ 58.5 แต่มีบางรายชอบรับประทานอาหารรสจัด โดยเฉพาะรสเค็มและหวาน เนื่องจากทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น

1.3 การคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 17.5 มักใช้ยาระบายช่วยในการขับถ่ายเป็นประจำถึงแม้ว่าจะยังไม่มีอาการท้องผูก หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ซึ่งส่วนมากเป็นยาสมุนไพรต้องรับประทานทุกวัน และมีบางส่วนที่เมื่อมีปัญหาเรื่องท้องผูกจะขอยาระบายจากแพทย์ และเก็บยาไว้รับประทานทุกวัน และมีบางส่วนที่เมื่อมีปัญหาเรื่องท้องผูกจะขอยาระบายจากแพทย์ และเก็บยาไว้รับประทานเมื่อมีอาการท้องผูกครั้งต่อไป เนื่องจากเคยรับประทานอยู่เป็นประจำผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 61.2 จะดื่มน้ำและรับประทานผักผลไม้เป็นจำนวนมากเพื่อบรรเทาอาการท้องผูก ส่วนกิจกรรมที่มีความพร้อมน้อยที่สุดได้แก่ การสังเกตความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น อาการแสบคัน ตะกอนขุ่นในปัสสาวะ สีที่ผิดปกติ มีเพียงส่วนน้อยที่พร้อมมากคิดเป็นร้อยละ 4.0 เนื่องจากสายตาไม่คมมองเห็นไม่ชัดโดยเฉพาะเวลากลางคืน รวมทั้งไม่ได้สนใจที่จะดูในเรื่องนี้

1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อน จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีความพร้อมในเรื่องการออกกำลังกายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 19.7 โดยไม่เคยออกกำลังกายเลย นอกจากมาออกกำลังกายเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ด้วยเหตุผลว่าจำทำทางในการออกกำลังกายไม่ได้ ไม่ได้คิดถึงเรื่องการออกกำลังกาย และมีปัญหาเรื่องกระดูก กล้ามเนื้อจึงปฏิเสธเรื่องการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุบางคนบอกว่าออกกำลังกายทุกวันแต่เมื่อถามถึงวิธีในการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุตอบว่ายกแขนขาแกว่งไปมา ซึ่งใช้เวลา 5-10 นาทีโดยประมาณ และหยุดออกกำลังกายโดยไม่มีเหงื่อออก ซึ่งไม่ใช่วิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องและบางรายบอกว่าการทำงานบ้าน เก็บกวาด แขนขาก็ได้มีการเคลื่อนไหวไปมา จึงไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอีก ทั้ง ๆ ที่กิจกรรมด้านนี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญ เพราะหากมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อแข็งแรง การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุ ยืนยาวและสมบูรณ์แข็งแรง (บรรลุศิริพานิช 2532 : 71) ดังนั้นประเด็นของการออกกำลังกายจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว อีกทั้งควรมีการสร้างเสริมเรื่องการออกกำลังกายที่พอเหมาะตั้งแต่เริ่มแรกก่อนถึงวัยสูงอายุ สำหรับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความพร้อมน้อยกว่ากิจกรรมอื่นคือ การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินในเวลาว่าง และ การใช้เวลาอยู่เฉย ๆ เป็นส่วนตัวตามลำพัง คิดเป็นมีความพร้อมมาก เพียงร้อยละ 1.1 และ 1.6 ตามลำดับ พบว่า ผู้สูงอายุมักใช้เวลาว่างหมดไปด้วยการปลูกต้นไม้ ฟังวิทยุและอ่านหนังสือ เรื่องการพักผ่อนนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่นอนหลับสนิทและพักผ่อนเพียงพอในเวลากลางคืน โดยไม่ต้องใช้ยานอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2534 : 84) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงนอนหลับสนิทและพักผ่อนอย่างเพียงพอในเวลากลางคืน เพียงส่วนน้อยที่ต้องใช้ยานอนหลับ

1.5 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้สูงอายุส่วนมากหาช่วงเวลาอยู่เฉย ๆ และเป็นส่วนตัวตามลำพังได้ เนื่องจากการมีเวลาอยู่ในบ้านมาก มีเพียงส่วนน้อยคิดเป็นร้อยละ 1.6 ที่ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวเนื่องจากต้องเลี้ยงดูหลานเล็ก ๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวไม่มีความขัดแย้งในครอบครัว มีเพียงส่วนน้อยคิดเป็นร้อยละ 7.1 ที่มีปัญหาทะเลาะกับบุตรหรือบุตรสะใภ้แต่เป็นปัญหาไม่รุนแรงมักเป็นเรื่องจุกจิกภายในบ้านมากกว่าส่วนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นผู้สูงอายุได้มีการไปมาหาสู่หรือพูดคุยกับเพื่อนผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุด้วยกันอยู่เสมอ

1.6 การดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต และสวัสดิภาพ ได้แก่ การเอาใจใส่ ระวังระวังอุบัติเหตุและเพลิงไหม้ของผู้สูงอายุพบมีความพร่องคิดเป็นร้อยละ 2.2 แสดงว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการป้องกันอันตรายที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย ชีวิตและทรัพย์สินมากทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความสุขุมรอบคอบขึ้นตามวัย ประกอบกับสภาพร่างกายที่เริ่มเสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุให้ความสนใจกับตัวเองมากขึ้นแต่ยังมี ผู้สูงอายุบางรายที่มีอาการลืมน้อย ๆ ทำให้ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน

1.7 การส่งเสริมหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดในวัยสูงอายุ จากการสัมภาษณ์พบว่า ในเรื่องของการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้มากที่สุด ทำให้ไม่มีความพร่องในเรื่องนี้คิดเป็นร้อยละ 91.3 เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลที่จัดตั้งอยู่ภายในแหล่งบริการสาธารณสุข ซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่แล้ว โดยรัฐให้การรักษายาบาลฟรีสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ในขณะเดียวกันกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพร่องมากเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันประจำปี คิดเป็นร้อยละ 54.1 โดยบอกว่าไม่มีปัญหาจึงไม่ได้ไปตรวจ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งกลัวการถอนฟัน จึงมักจะปล่อยให้ฟันหลุดเอง และถ้ามีอาหารปวดก็มักจะซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง ซึ่งแสดงถึงการขาดความสนใจในเรื่องสุขภาพช่องปากและฟัน บางรายใช้ฟันปลอมโดยไม่เคยตรวจสอบหรือเปลี่ยนเลย บางรายมีฟันเหลืออยู่เพียง 3-4 ซี่ โดยไม่ได้ใส่ฟันปลอม เนื่องจากไม่มีเงิน ซึ่งการมีสุขภาพฟันไม่สมบูรณ์ส่งผลกระทบต่อความพร่องในการดูแลตนเองเรื่องรับประทานอาหารประเภทผัก ทำให้รับประทานผักบางชนิดได้น้อย เนื่องจากมีเส้นใยเหนียวเคี้ยวลำบาก เกิดปัญหาการบดเคี้ยวและการย่อยอาหารตามมา

2. ตามระยะพัฒนาการ พบมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยที่รู้สึกเบื่อตนเอง ที่ไม่สามารถทำงานที่มีประโยชน์ และรู้สึกไม่พอใจที่ตนเองมีสภาพร่างกายเสื่อมโทรมลงเมื่ออายุมากขึ้น คิดเป็นความพร่องมากร้อยละ 8.7 และ 6.6 ตามลำดับ โดยบอกว่ารู้สึกที่ตนเองทำงานไม่ได้เหมือนแต่ก่อน บางครั้งเหมือนเป็นภาระให้กับผู้อื่นและมีบางรายบ่นน้อยใจเรื่องลูก ๆ ไม่มาดูแล เป็นสำคัญ แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่ายอมรับในสภาพร่างกายตนเอง มองเห็นคุณค่าของตน ยังคงกระทำหน้าที่ของตนเองอย่างดีที่สุดตามความสามารถของสภาพร่างกาย และยอมรับในข้อดีและข้อผิดพลาดของตนเองเป็นอย่างดี ประกอบกับลักษณะครอบครัวไทยเป็นครอบครัวที่

เคารพพระบวรอาวโส ทำให้ลูกหลานยังเคารพนับถือในเรื่องความคิดและการตัดสินใจของผู้สูงอายุ ส่วนเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุพบว่ามีความพร่องมาก เพียงร้อยละ 2.2 ที่บอกว่าเมื่ออายุมากขึ้นทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้เช่นวัยอื่น แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความพร่อง ในเรื่องเพศสัมพันธ์ โดยให้ข้อมูลว่าที่อยู่ด้วยกันจะอยู่แบบเพื่อนร่วมบ้านและไม่ให้เหงาเท่านั้น เรื่องเพศสัมพันธ์มักไม่ได้นึกถึงเนื่องจากอายุมากแล้ว และมีความละอายมากกว่า

3. ตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

การสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุเป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 61.7 ที่มีความพร่องมากเกี่ยวกับการซักถามแพทย์ถึงอาการของโรค และการปฏิบัติตนเองเจ็บป่วยรวมทั้งข้อสงสัยอื่นๆ ด้วยเหตุผลว่าไม่กล้าถาม เกงงใจ และไม่รู้ว่าจะถามอะไร บางรายบอกว่าถ้าเป็นอย่างไร แพทย์จะบอกเอง รองลงมาผู้สูงอายุมีความพร่องมากเรื่องการรับประทานยาไม่ครบตามแผนการรักษา คิดเป็นร้อยละ 21.3 โดยบอกว่ามักลืมอยู่เสมอ ทำให้รับประทานยาได้ไม่ครบตามที่แพทย์สั่ง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่าง ๆ ของจังหวัดชลบุรี ที่มารับบริการที่ชมรมผู้สูงอายุภายใน วันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 31 ตุลาคม 2538 จำนวน 183 คน

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และวิเคราะห์ผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัว โดยการคำนวณความถี่และอัตราร้อยละ
2. คำนวณค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ และความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน
3. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อม และไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำแนกตามรายด้านและรายข้อ
4. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจำแนกตามรายด้านและรายข้อ
5. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย ซึ่งได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวเกณฑ์คือความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญ โดยการทดสอบค่าที่ (t-test)

6. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวทำนายกับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.6845$)
2. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร่องในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3324$)
3. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพร่องในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร่องในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.2916$)
5. รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.3324$)
6. ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.6842$)
7. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพร่องมากเกี่ยวกับการสนใจซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ($x = 1.52$ S.D. = .66) รองลงไปคือการตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน ($x = 1.36$ S.D. = .76) การดื่มเครื่องดื่มบำรุงร่างกาย ($x = .91$ S.D. = .80) การดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 6-8 แก้ว ($x = .74$ S.D. .84) ตามลำดับ
8. ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และระดับการศึกษา เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของความพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 56.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$\hat{Z} (SCD) = .4472 (HYG) - .4349 (SK) - .1420 (ED)$$

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับการขาดแคลนเจ้าหน้าที่พยาบาล โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.1 จัดทำหนังสือคู่มือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรูปเล่มตัวหนังสือที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอ่านได้ง่าย

1.2 จัดรายการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทางสถานีวิทยุกระจายเสียงของจังหวัดชลบุรี และจัดทำรูปเล่มบทความของความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองดังกล่าว จัดส่งไปตามโรงเรียนและชุมชนต่าง ๆ เพื่อเผยแพร่

1.3 จัดการอบรมอาสาสมัครหมู่บ้าน หรือผู้สนใจอื่น ๆ ให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุในท้องถิ่นของตนเองได้

2. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้เข้ามาเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เช่นเดียวกัน ซึ่งน่าจะช่วยให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุแต่ละรายย่อมมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองแตกต่างกันไป การให้ความรู้ โดยการบรรยายเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอในการใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง พยาบาลควรจัดรูปแบบการให้ความรู้แตกต่างกันไปในผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น จัดรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สูงขึ้นจากที่เป็นอยู่

2.2 ผู้สูงอายุแต่ละรายอาจมีความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกันไป พยาบาลจึงควรนำเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ เข้ามาประสมประสานกับรูปแบบของการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้จริง โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสสนทนาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันและพยาบาลคอยชี้แนะอย่างใกล้ชิด

3. ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดย

3.1 ควรให้ความสนใจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำอย่างใกล้ชิด เช่น

จัดกลุ่มสนทนาปัญหาสุขภาพ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสื่อที่เป็นรูปภาพ

3.2 ผู้สูงอายุที่มีความคิดเห็นว่าสุขภาพของตนอ่อนแอ พยาบาลควรชักนำให้ผู้สูงอายุได้เข้ากลุ่มร่วมกับผู้สูงอายุอื่นให้มาก และจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้แสดงออก เช่น การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ซึ่งเริ่มจากทีละน้อยจนสามารถทำได้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองนั้นยังมีร่างกายที่แข็งแรงอยู่

3.3 เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้สนทนาซักถามปัญหาสุขภาพของตน

3.4 จัดโครงการทันตอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟัน

4. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีความพร้อมในการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ดังนั้นในขณะที่ผู้สูงอายุยังสามารถดูแลตนเองได้ในขณะนี้ จึงควรมีการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุให้มากขึ้นโดย

4.1 ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุบางโอกาส และจัดกิจกรรมในชุมชน เช่น จัดประกวดสุขภาพผู้สูงอายุ จัดวันผู้สูงอายุ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความสนใจ ดูแลเอาใจใส่และให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

4.2 ส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ จัดให้ครอบครัวผู้สูงอายุที่สนใจได้เข้าร่วมรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พร้อมไปกับตัวผู้สูงอายุเอง

5. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

5.1 ควรศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ และความพร้อมในการดูแลตนเอง ในกลุ่มวัยกลางคน เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้รับเป็นข้อมูลในการเตรียมก่อนเข้าวัยสูงอายุต่อไป

5.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทภาคต่าง ๆ

5.3 การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความพร้อมในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ปวดเข่า และอื่น ๆ

5.4 การศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับผลจากกระบวนการกลุ่มของผู้สูงอายุต่อความรู้ในการดูแลตนเอง

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2536. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538.
- กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2531.
- เกษม ดันติผลาชีวะและกุลยา ดันติผลาชีวะ. การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร :
อรุณการพิมพ์, 2528.
- กองสถิติสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วยของผู้ที่มารับบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2532.
กรุงเทพมหานคร. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาม
การรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2534.
- จันทนา รณฤทธิ์วิชัย “ทฤษฎีความสูงอายุ” ในการพยาบาลผู้สูงอายุเล่ม 1.
กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จรรยา ศรีทองและคนอื่นๆ. “การสำรวจสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในแฟลตดินแดง.” แพทย์
สภาสาร. 18 (เมษายน 2532) : 213 - 215.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส. การพยาบาลผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม,
2533.
- จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ดันศิริ การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับความร่วมมือใน
การรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. “ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของ
ผู้สูงอายุ” วารสารสุขภาพศึกษา. 7 (กรกฎาคม - กันยายน 2527) : 62-70.

- จารุวรรณ เหมะธร และคนอื่นๆ. การสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และค้นหาผู้นำในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. รายงานการวิจัยภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- จำเรียง ฐรมะสุวรรณ และคนอื่นๆ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์, 2532.
- จิรประภา ภาวิไล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรม การดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยน ลิ้นหัวใจ วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ฉวีวรรณ แก้วพรม. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- ฉันทนา กาญจนพจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- เอก ธนะสิริ. ทำอย่างไรจะปราศจากโรคและความชรา. กรุงเทพมหานคร : วิคเตอร์เมเจอร์พอยท์, 2530.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพมหานคร : ศุภนิชการพิมพ์, 2532.

- ชลธิชา วังวิเวก. ความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ดวงฤดี ลาสุชะ. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
- ทิตยัทยา หอมทรัพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย. ใน เอกสารการประชุมวิชาการศาสตร์แห่งชาติ 2530. โรงแรม อิมพีเรียล กรุงเทพมหานคร วันที่ 26 - 27 พฤศจิกายน 2530.
- _____. สรุปผลการวิจัยโครงการ วิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- นิตา ทูโต. รายงานการวิจัยเรื่อง คนชราไทย สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- น้อมจิตต์ สกุลพันธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- เนาวรัตน์ พลายน้อย และศุภวัณย์ พลายน้อย. ค่านิยมต่อการมีบุตรและความคิดเห็นที่มีต่อภาวะเจริญพันธุ์ของคนชราที่ได้รับการสงเคราะห์จากรัฐ. ภาควิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. (อัดสำเนา)

บังอรรัตน์ สุขตระกูล. การศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด และในเขตชุมชนไม่แออัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและ แข็งแรง. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2531.

_____. "สุขภาพผู้สูงอายุ." วารสารคลินิก. ปี 6 (มิถุนายน 2533) : 432 - 436.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์. โลกยามชราและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3 เชียงใหม่ : พระสังฆการพิมพ์, 2526.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. "จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข." เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยา การแพทย์. หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์, 2528.

ประคอง กรวรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และ ทำปกเจริญผล, 2525.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "พฤติกรรมสุขภาพ" เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 1 - 7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2526.

พาร์คินสัน, ซี นอร์ธคอต และคนอื่นๆ. เตรียมตัวเตรียมใจก่อนถึงวัยเกษียณอายุ. แปลและ เรียบเรียงโดย ศานติหงส์ ว.จันทร์. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด, 2531.

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. การดูแลสุขภาพตนเอง : ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลนาวันและประเสริฐ รักไทยดี. รายงานการวิจัยเรื่องความ ทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.

พันธ์ทิพย์ รามสูตร. "ความต้องการของคนสูงอายุ." วารสารสุขภาพศึกษา. 7 (กรกฎาคม - กันยายน 2527) : 32-35.

พจนา พลรังสิต และคณะ. โครงการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในจังหวัด อ่างทอง. งานวิจัยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2533.

แพรวระพี เรืองเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจแบบถาวร วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ฟาริดา อิบราฮิม. “การปรับตัวเพื่อสุขภาพอนามัยในผู้สูงอายุ.” ผู้สูงอายุ, 6 (ตุลาคม -
มีนาคม 2530) : 7-12.

มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และความสามารถในการดูแลตนเอง ของหญิง
อาชีพพิเศษ วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ยุพิน จันทรรัก. “การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ” ใน สถิติและการวิจัยเบื้องต้น, หน้า
122. พรศรี ศรีธัญญาพร และยุวดี วัฒนานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.

ยุวดี ฤาชา และคณะ. วิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร : วิศดอร์เพาเวอร์พอยท์ จำกัด,
2532.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม
ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

รัชสุรีย์ จันทเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบาง
ประการ กับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

- รัศมีแข วิโรจน์รัตน์. ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกคนด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- รจนารถ ร่วงลือ. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
- เรมวอล นันทศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษาคณะครุศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- วลัย อิมทรมพรรย์. โภชนาการสำหรับคนวัยต่างๆ. กรุงเทพมหานคร : แสงทวีการพิมพ์, 2530.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. “การเปลี่ยนแปลงทางกายและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ.” ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 60-81. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. สำนวความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ที่สูญเสียขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- วรรณิ์ จันทรสว่าง. รายงานการวิจัยเรื่อง แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ. สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ, 2533.
- วงเดือน ศิริรักษ์ และคณะ. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- ศิริวรรณ จันทวิโรจน์. วิธีวิเคราะห์สถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาล Analytic Methodology For statistics of hospital's accident patient วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

- ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐาน กับ ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ศรีจิตรา บุญนาค. “ปัญหาสุขภาพและแนวความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.” แพทยสภาสาร 18 (เมษายน 2532) : 251-263.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 21 (มกราคม 2533) : 1-120.
- สวณี เต็งรังสรรค์. เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกับนอกเขตเทศบาลเมืองอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร : 2531.
- สารรัตน์ ยงใจยุทธ. “โรคความดันโลหิตสูง.” ใน เวชศาสตร์ป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 904-917. ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ และประพันธ์ เชิดชูงาม, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์, 2531.
- สิริอร พัวศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สุชาติ ประเสริฐรัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์, 2527.
- สุพรรณิ นันทชัย. “ความสัมพันธ์ระหว่างความจำเพาะและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.” วารสารพยาบาล. 41 (เมษายน - มิถุนายน 2535) : 118-128.
- สุภาภรณ์ ดั่งแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

- สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สุรีย์พร ตริยาอุฒิวงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชุมชนย่อยเขตเทศบาลเมืองนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สุลี ทองวิเชียร. รายงานการวิจัยเรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สมจิต หนูเจริญกุล. "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล ทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก." ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง, หน้า 129. ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2533.
- _____ การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : วิศิฏสินจำกัด, 2534.
- _____ การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินต์ติ้ง, 2536.
- เสก อัครานูเคราะห์. การออกกำลังกายสำหรับคนวัยเสื่อม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- เสาวณีย์ จักรพิทักษ์. โภชนาการสำหรับครอบครัวและผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2530.
- อนันต์ ตัณมขยกุล. "อุบัติเหตุในคนสูงอายุ" สารศิริราช. 35 ; 2 (กุมภาพันธ์ 2526) : 153 - 159.
- อัมพร โอตระกูล. "สุขภาพจิตผู้สูงอายุ." วารสารสุศึกษา. 7 (กรกฎาคม-กันยายน 2527) : 28-31.

- อารมณ วุฒิพิฤกษ์ และคณะ. การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง. รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2529 - 2530, 2531.
- อาพร สุขสวัสดิ์ บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. วัง. . . สู่วิถีชีวิตใหม่ . กรุงเทพมหานคร : เอช.เอน.การพิมพ์, 2528.
- Arkoff, A.B.E. Adjustment and Mental Health. New York : McGraw-Hill Company, 1968.
- Berghorn, F.J., et al. The Dynamics of Aging : original essays on the process and experiences of growing old. Boulder : Westview Press, 1981.
- Bulter, F.R. " Minority Wellness Promotion. A Behavior Self Management Approach" Journal of Gerontological Nursing. 13 (August 1987) : 23-28.
- Cesarone, D. "Fear" in Nursing Diagnoses and interventions for the elderly. pp.460-468 edited by Maas, M., Buckwalter, K.& Hardy, M. California : Addison - Wesley Nursing, 1991.
- Chenitz, W.C., Stone, J.T. & Salisbury, S.A. Clinical Gerontological Nursing : A guide to advanced practice. Philadelphia : W.B. saunders company, 1991.
- Cohen, S & Wills, T.A "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis." Psychological Bulletin. 98 (September 1985) : 310 - 357.
- Cole, E. "Assessing Needs for Elders' networks." Journal of Gerontological Nursing. 11(July 1985) : 31-34.
- Ebersole,P.& Hess, P. Toward Healthy Aging : Human Needs and Nursing Response. 3rd ed. St Louis : the c.v. mosby Company, 1990.
- _____ Toward healthy aging : human needs and nursing response. St Louis : The C.V. Mosby Company, 1990.
- Eliopoulos, Charlotte. Gerontological Nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1987.
- Geyer, E. "Self Care Issues for the Elderly." Dimensions in Oncology Nursing. Vol 4 (Summer 1990) : 33 - 35 .

- Gilbert, S.B. "Health Promotion for older American." Health Values. Vol 10 (May / June 1986) : 38 - 46.
- Goldstein, M. et al "Urinary incontinence: Why People do not Seek Help" Journal of Gerontological Nursing 18 (April 1992) : 15 - 20.
- Hanlon, i.j. & Pickett, G.E. Public Health : Administration and Practice. 8th ed. St. Louis : Times Mirrow / Mosby Colledge Publishing, 1984.
- Hanucharunkul, S. Social Support, Self-Care and Quality of life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. (Doctoral Dissertation) College of Nursing, Wayne State University, Detroit, Michigan, 1988.
- _____. Self-Care Agency, Coping Strategies and Locus of Control in Thai Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand Unpublish Field Study. Graduate School of Wayne State Unversity, detroit, Michigan, 1986.
- Hartweg, D.L. "Health Promotion Self-Care within Orem's General Theroy of Nursing." Journal of Advanced Nursing. 15 (January 1990) : 35-41.
- Heckheomer, E.F. Health promotion of the elderly in the community. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1989.
- Hill, L. and Smith, N. Self-care nursing. New Jersey : Pretice-Hall, 1985.
- Jalowice. A & Powers, M.J. "Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Vatients" Nursing Research 30 (Fanuary - February 1981) : 10 - 15
- Joseph, L.S. "Self-Care and the Nursing Process." Nursing Clinics of North America. 15 (March 1980) : 131-143.
- Kaplan, G.A. et al. "Mortality among the Elderly in the Alameda Country Study : Behaviral and Demographic Rick Factors." American Journal of Public Health. 77 (March 1987) : 307-312.
- Lee R. "Self-Images of the Elderly." Nursing Clinics of North America. 11 (March 1976) : 119-124.
- Linn, B. and Linn, M. "Objective and Self-Assessed Health in the Old and Very Old." Social Science and Medicine. 14 (Aug 1980) : 311-315.

- Love, C.C. & Buckwalter, K. "Depression." in Nursing Diagnoses and interventions for elderly.
p. 419. edited by Mass, M., Buckwalter, K. & Hardy, M. California : Addison -
Wesley Nursing, 1990.
- Muhlenkamp, A.F. & Broerman, N.A. "Health beliefs, health Value, and positive behaviors"
Wastern Journal of Nursing Research. 10 (December 1988) : 637 - 646.
- Muhlenkamp, A.F. and Sayles, J.A. "Self - Esteem, Soeial Support, and Positive Health
Practices". Nursing Research 35 (November - December 1986) : 334 - 338
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 2 nd. ed New York : McGraw-Hill book Company,
1980.
- _____. Nursing Concepts of Praticce. New York : McGraw-Hill Book Company 1985.
- _____. Nursing Concepts of Praticce. St. Louise : Mosby Year Book, Incompany 1991.
- Orem, D.E. and Tayler, S.G. "Orem's General Theory of Nursing." In Case Studies on Nursing
Theory. P 37-70. Edited by P. Winstead-Fry, New York : National league for
Nursing, 1986.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Norewalk : Appleton Crofts, 1987.
- Pender, N.J. and Pender, A.R. Health promotion in Nursing practice. 2 nd. ed. USA. Appleton
and Lange, 1987.
- Shank, M.J. and Lough, M.A. "Maintaining health and independence of elderwoman" Journal
of Gerontological Nursing. 15 (June 1985) : 6-11.
- Steven, M.K. Geriatric nursing for pratical nurse. ed. ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 1974.
- Tierney, A.J. Clinical nursing practice. New York : Churchill Living Stone, 1986
- Waltz, C.F., et al Measurement in Nursing Research. 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis
Company, 1991.
- WHO. Expert Committee. "Health of the elderly." WHO. Technical Report Series. No 779.
1989 : 1 - 98.
- Yurick, A.G., et al. The Aged Person and the Nursing Process. New York : Appleton Century
Cratury Crofts, 1980.





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบวัดทั้ง 2 ฉบับ คือแบบวัดความพร้อมในการดูแลตนเอง และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ฟาริดา อิบราฮิม
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จรัสวรรณ เทียนประภาส
ภาควิชารากฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิตยา ภาสุนันท์
ภาควิชารากฐานการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นายแพทย์ ประพนธ์ ราชภูริวิจิตร
แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี



แบบสัมภาษณ์เลขที่.....

แบบสัมภาษณ์การวิจัยเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ
กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ชื่อสกุล.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

ส่วนที่ 1

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน

คำชี้แจง

ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติม
ข้อความลงในช่องว่างที่ได้จากการสัมภาษณ์ในคำถามแต่ละข้อ

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุปีเต็ม.....ปี
3. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่
☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยก
4. ระดับการศึกษา
☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ได้รับการศึกษาพออ่านออกเขียนได้
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ มัธยมศึกษาตอนปลายหรืออาชีวศึกษา ☐ อุดมศึกษา
5. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพที่มีรายได้ด้วยตนเองหรือไม่
☐ ทำ ระบุลักษณะอาชีพ.....
☐ ไม่ได้ทำ
6. รายได้ปัจจุบันต่อเดือนประมาณ.....บาท/เดือน
7. ท่านมีรายได้มาจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ บุตรหลาน ☐ ญาติพี่น้อง ☐ คู่สมรส
☐ เงินบำนาญ ☐ ค่าเช่า, ดอกเบี้ย ☐ ทำงานด้วยตนเอง
☐ อื่น ๆ ระบุ

8. รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่
 () เพียงพอมีเงินออม () เพียงพอไม่มีเงินออม
 () ไม่เพียงพอ
9. สมาชิกในครอบครัว
 () ครอบครัวเดียว (ประกอบด้วยตัวท่าน คู่สมรส หรือบุตร รวมทั้งหมด.....คน)
 () ครอบครัวขยาย (ประกอบด้วยตัวท่าน คู่สมรส บุตร และครอบครัวของบุตร หรือญาติพี่น้อง รวมทั้งหมด.....คน)
10. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
 () ไม่มี
 () มี โรค.....
11. ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านอยู่ในช่วงระดับใด ตั้งแต่แข็งแรงที่สุดจนถึงอ่อนแอที่สุด ให้ทำเครื่องหมาย ☐ ล้อมรอบตัวเลขในระดับที่ตรงกับความคิดเห็นต่อว่าคุณภาพของตัวท่านเอง
- หมายเลข 7 หมายถึง ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านแข็งแรงมากที่สุด
 หมายเลข 6 หมายถึง ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านแข็งแรงมาก
 หมายเลข 5 หมายถึง ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านแข็งแรงเล็กน้อย
 หมายเลข 4 หมายถึง ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านพอใช้
 หมายเลข 3 หมายถึง ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านอ่อนแอเล็กน้อย
 หมายเลข 2 หมายถึง ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านอ่อนแอมาก
 หมายเลข 1 หมายถึง ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านอ่อนแอมากที่สุด

สุขภาพอ่อนแอมากที่สุด

สุขภาพแข็งแรงที่สุด

1 2 3 4 5 6 7

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแลตนเอง

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ผู้สูงอายุตอบคำถาม เกณฑ์การตอบมีดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้กระทำเป็นประจำโดยสม่ำเสมอ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง เห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้กระทำเป็นบางครั้ง

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง เห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น บาง ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ	ข้อจำกัด และอื่น ๆ	สำหรับผู้ วิจัย
<u>ตามความจำเป็นโดยทั่วไป</u>					
1. ท่านได้เดินรับอากาศบริสุทธิ์ในช่วงเช้าหรือเย็นทุกวัน.....					
2. ท่านมักต้องอยู่ในที่แออัดเป็นเวลานานๆ.....					
3. ท่านยังคงสูบบุหรี่หรือต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่สูบบุหรี่ตลอดมา.....					
32. ท่านมักรับประทานยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่งอยู่เสมอ.....					



จำนวนและร้อยละของสถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว
 ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของสถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	สถานภาพสมรสคู่		สถานภาพสมรสเดี่ยว	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวเดี่ยว	34	34.7	32	37.6
ครอบครัวขยาย	64	65.3	53	62.4
รวม	98	100	85	100

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 65.3 และอยู่ในครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 34.7 ส่วนสถานภาพสมรสเดี่ยว อยู่ในครอบครัวขยายร้อยละ 62.4 และอยู่ในครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 37.6

จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ
 ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(N=183 คน)	ร้อยละ
ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพ		
แข็งแรงมากที่สุด	19	10.4
แข็งแรงมาก	44	24.0
แข็งแรงเล็กน้อย	31	16.9
พอใช้	25	13.7
อ่อนแอเล็กน้อย	23	12.6
อ่อนแอมาก	32	17.5
อ่อนแอมากที่สุด	9	4.9

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพว่าแข็งแรงมาก จำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 24.0 รองลงมาคิดว่าสุขภาพอ่อนแอมากคิดเป็นร้อยละ 17.5

คะแนนความพึงพอใจในการดูแลตนเอง
 ตารางที่ 14 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพึงพอใจในการดูแลตนเองตามความจำเป็น
 โดยทั่วไปจำแนกตามรายชื่อ

ความพึงพอใจในการดูแลตนเอง	ไม่มี ความพึง พอใจ	มีความพึง พอใจ น้อย	มีความพึง พอใจ มาก	ไม่มี เหตุการณ์(ก=183) ร้อยละ
ตามความจำเป็นโดยทั่วไป				
การหายใจ	69.9	22.4	7.7	0.0
การระบายอากาศ	95.1	4.4	0.5	0.0
การงดสูบบุหรี่	79.8	6.0	14.2	0.0
การเลือกรับประทานอาหาร	58.5	24.6	16.9	0.0
การรับประทานพืชผัก ผลไม้	68.9	25.7	5.5	0.0
การหลีกเลี่ยงอาหารไขมัน	40.0	41.0	18.6	0.0
การดื่มน้ำให้เพียงพอ	50.8	23.5	25.7	0.0
การดื่มเครื่องดื่มบำรุงร่างกาย	36.6	35.5	27.9	0.0
การดื่มสุรา	80.3	12.0	7.7	0.0
การดื่มกาแฟ	87.4	6.6	6.0	0.0
การใช้ยาระบาย	61.2	21.3	17.5	0.0
การสังเกตความผิดปกติเกี่ยวกับ				
การขับปัสสาวะ	69.9	25.7	4.0	0.0
การกลั้นปัสสาวะ	68.9	26.2	4.9	0.0
การออกกำลังกาย	43.2	37.2	19.7	0.0
การทำกิจกรรม	90.2	2.2	7.7	0.0
การนอนหลับ	74.3	22.4	3.3	0.0
การจัดหางานอดิเรก	95.1	3.8	1.1	0.0
การมีส่วนร่วมส่วนตัว	95.6	2.7	1.6	0.0
ความสัมพันธ์กับบุตรหลาน	73.2	15.3	7.1	4.4

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	ไม่มี ความพร้อม ร้อยละ	มีความพร้อม น้อย ร้อยละ	มีความพร้อม มาก ร้อยละ	ไม่มี เหตุการณ์ (n=183) ร้อยละ
ตามความจำเป็นโดยทั่วไป (ต่อ)				
การควบคุมน้ำหนัก	65.0	13.1	21.9	0.0
การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน	84.2	13.7	2.2	0.0
การทำงานด้วยตนเอง	63.4	19.1	17.5	0.0
การตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน	17.5	28.4	54.1	0.0
การตรวจสุขภาพร่างกาย	91.3	8.2	0.5	0.0

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปมากที่สุดเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพช่องปาก และฟันประจำปีคิดเป็นร้อยละ 54.1 รองลงไปคือการดื่มเครื่องดื่มบำรุงร่างกายคิดเป็นร้อยละ 27.9 และส่วนใหญ่ไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเองมากเกี่ยวกับการมีช่วงเวลาอยู่เงียบ ๆ และเป็นส่วนตัวตามลำพัง คิดเป็นร้อยละ 95.6 รองลงมาเกี่ยวกับการระบายอากาศที่เพียงพอ ไม่ต้องอยู่ในที่แออัดเป็นเวลานาน ๆ และการจัดหางานอดิเรก เพื่อความเพลิดเพลินคิดเป็นร้อยละ 95.1 เท่ากัน



ตารางที่ 15 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพจำแนกตามรายชื่อ

ความพร้อมในการดูแลตนเอง	ไม่มี ความพร้อม	มีความพร้อม น้อย	มีความพร้อม มาก	ไม่มี เหตุการณ์ (n=183) ร้อยละ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ตามระยะพัฒนาการ				
การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย	82.5	9.3	8.2	0.0
การมีเพศสัมพันธ์	95.6	2.2	2.2	0.0
การยอมรับตนเอง	92.3	5.5	2.2	0.0
การรู้สึกเบื่อตนเอง	61.7	29.5	8.7	0.0
การปรับตัว,การดำเนินชีวิต	76.0	17.5	6.6	0.0
ตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ				
การสนใจถึงอาการของโรคและ				
พยาธิสภาพ	9.3	29.0	61.7	0.0
การสนใจเกี่ยวกับแผนการรักษา	50.8	38.3	10.9	0.0
การปฏิบัติตามแผนการรักษา	64.5	14.2	21.3	0.0

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการมากที่สุดเกี่ยวกับการรู้สึกเบื่อตนเองที่ไม่สามารถทำงานที่มีประโยชน์ได้ คิดเป็นร้อยละ 8.7 รองลงไปคือ ความสามารถในการไปรับการตรวจรักษาด้วยตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ คิดเป็นร้อยละ 8.2 ไม่มีความพร้อมมากที่สุดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 95.6 การยอมรับตนเองคิดเป็นร้อยละ 92.3 และมีความพร้อมในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการสนใจซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 61.7 ไม่มีความพร้อมมากที่สุดเกี่ยวกับการรับประทานยาครบตามแผนการรักษา คิดเป็นร้อยละ 64.5