

พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

SELF - CARE BEHAVIOR AND QUALITY OF LIFE
OF THE ELDERLY IN SOUTHERN BORDER
PROVINCES OF THAILAND



วิทยานิพนธ์
จาก
.....
.....

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๑๗

พ.ศ. 2540

๑164๗

ISBN 974-588-781-1

๕540

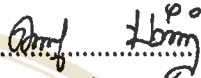
สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

.....

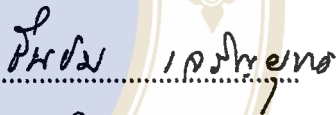
ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง

ผู้วิจัย

.....

ทัศนา บุญทอง, ค.บ. , M.S. , Ed.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

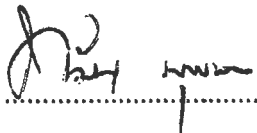
ชื่นชม เจริญยุทธ, วท.บ. , สค.ม. , พบ.ค.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

อุษาพร ชาวลิตนธิกุล, วท.บ. , M.P.H.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

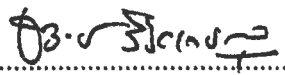
.....

ทัศนา บุญทอง, ค.บ. , M.S. , Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

.....

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต ,

พ.บ. , น.บ. , F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

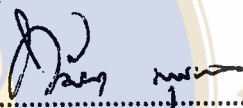
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2540


.....

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง

ผู้วิจัย


.....

ทัศนา บุญทอง, ค.บ. , M.S. , Ed.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

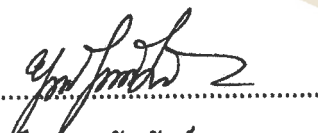
จริยาวัตร คมพัยคณ์, วท.บ. , วท.ม. , ส.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

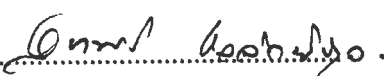
ชินชม เจริญยุทธ, วท.บ. , สค.ม. , พบ.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

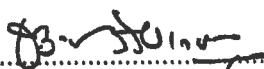
ยุวดี เกตสัมพันธ์, พย.บ. , วท.ม. , Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

อุษาพร ชาลิตนธิกุล, วท.บ. , M.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

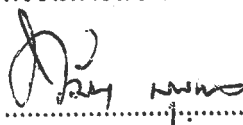

.....

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต ,

พ.บ. , น.บ. , F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....

ทัศนา บุญทอง, ค.บ. , M.S. , Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง รองศาสตราจารย์ ดร. ชื่นชม เจริญยุทธ และรองศาสตราจารย์ อุษาพร ขวลิคนิธิกุล อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาแนะนำและเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร กมพักษณ์ และ ดร. ยวดี เกดสัมพันธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆอันเป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือและพร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา หัวหน้าสถานีอนามัยประจำตำบลสะเตงและตำบลนุดี อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ตลอดจนเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ และสำคัญที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่พิจารณาอนุมัติทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจากเงินทุน China Medical Board of New York, Inc. ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่และพี่สาวที่ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาสและผู้ร่วมงานทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบคุณพี่ๆเพื่อนๆ และน้องๆทุกคนที่คอยช่วยเหลือให้กำลังใจผู้วิจัยอยู่เสมอ

ดวงใจ เปลี้นบารุง

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวดวงใจ เปลี่ยนบำรุง

วัน เดือน ปี เกิด 8 มีนาคม 2512

สถานที่เกิด จังหวัดยะลา ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา, พ.ศ. 2531-2535:
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2538-2540:
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่)

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

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2535-ปัจจุบัน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 4

ชื่อวิทยานิพนธ์

พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย
ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง

ผู้วิจัย

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ปริญญา

ทัศนา บุญทอง Ed.D.

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ชื่นชม เจริญยุทธ พบ.ค.

อุษาพร ชวลิตนธิกุล M.P.H.

วันที่สำเร็จการศึกษา

29 เมษายน 2540

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ มีรายได้ต่ำ ประกอบกับการแพทย์และการสาธารณสุขยังกระจายไม่ทั่วถึง ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับประชากรกลุ่มนี้เนื่องจากเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพดีอันจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตในที่สุด

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลาจำนวน 400 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้ สถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์ความมีเงื่อนไข

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อขึ้นไป ไม่ดื่มสุรา,ชา และกาแฟ ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว ไม่สูบบุหรี่ ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลโดยการอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สระผมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง มีการออกกำลังกาย นอนหลับ คื่นละ 6 ชั่วโมงขึ้นไป ไม่นอนกลางวัน มีการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนโดยการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เมื่อรู้สึกเหงาจะทำงานอดิเรก เมื่อรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิด และรู้สึกว่าการพบปะทหน้าทีลดลงจะทำใจยอมรับ ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยารับประทานเอง เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงจะไปรักษาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดี

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า เพศและศาสนามีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ เพศ ศาสนา อาชีพ และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน ศาสนา ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย ศาสนาและรายได้มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย และอาชีพมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ และรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีคุณภาพชีวิตดี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้สูงอายุต่อไป ให้ความรู้ในผู้ที่ยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยควรคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลด้วย

advice from a health care team and received information for health care from television. Most of the sample group had a high level quality of life

The study of the relationships between basic factors and self-care behavior of the elderly showed that there were significant differences between smoking by gender and religion. There were significant differences between prevention of accident by gender, religion, occupation and family type. There were significant differences between exercising by religion, understanding and use of Thai language, occupation and family type. There were significant differences between routine physical examinations by religion, and income. There were significant differences between participation in social activity by marital status, understanding and use of Thai language and occupation. There were significant differences between eating by occupation.

The study of the relationships between basic factors and level of the quality of life of the elderly showed that there were significant differences between level of the quality of life by religion, marital status, understanding and use of Thai language, occupation and income.

This study showed that most of the elderly had appropriate self-care behavior and good quality of life. The researcher recommended promotion of self-care behavior in the elderly who had appropriate self-care behavior. The ones who had inappropriate self-care behavior should be given knowledge and promotion quality of life of the elderly and should address in individual basic factors first.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
นิยามตัวแปร	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	10
ปัญหาของผู้สูงอายุ	16
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	17
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	20
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	27
ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม自我ดูแลตนเอง	34
และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	
พฤติกรรม自我ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	41
ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	51
การอภิปรายผล	93
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	112
ข้อเสนอแนะ	117
บรรณานุกรม	120
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	128
ข. แบบอธิบายใบพินัยสิทธิ์การเข้าร่วมวิจัย	130
ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	132

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป	52
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการ รับประทานอาหาร	55
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการ ดื่มน้ำและเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย	56
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการ สูบบุหรี่และการปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์	57
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการ ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ	58
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการ ออกกำลังกาย	59
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการนอนหลับ	60
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการ ช่วยเหลือกิจกรรมในครอบครัว	61
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ	62
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม	63
11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการ ป้องกันอุบัติเหตุ	64
12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดูแลสุขภาพ ส่วนบุคคลและการตรวจสุขภาพประจำปี	65
13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการ ปฏิบัติตนเมื่อเกิดความรู้สึกเหงา	67
14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการ ปฏิบัติตนเมื่อเกิดความรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิด	68
15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการ ปฏิบัติตนเมื่อเกิดความรู้สึกว่าบทบาทหน้าที่ลดลง	69

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความตาย และสภาพจิตใจและอารมณ์	70
17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพ	71
18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	72
19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย	73
20 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	75
21 ความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	77
22 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	79
23 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้ภาษาไทยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	81
24 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	83
25 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	85
26 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	87
27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและองค์ประกอบแต่ละด้าน	89
28 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง	91

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

- 1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับ
พฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต

5



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันปัญหาผู้สูงอายุได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางจากนักวิชาการหลายสาขาอาชีพทั้งในระดับชาติและในระดับโลก เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทุกปีและจากการศึกษาถึงปัญหาผู้สูงในประเทศไทยพบว่า จำนวนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดทำให้โครงสร้างของประชากรประเทศกำลังเข้าสู่สังคมประชากรสูงอายุ จากการสำรวจโดยกองพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2534 และกองสถิติ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2534 พบว่าสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.9 ในปี 2532 และคาดประมาณว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 7.9 ในปี 2543 โดยอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยเพศชายและเพศหญิงจะเพิ่มเป็น 61.75 และ 72.80 ตามลำดับในปี 2543-2548 จากการที่แนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ทำให้ปัญหาของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามมาเช่นกัน และในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะประสบปัญหาหลัก 2 ประการคือ ปัญหาความยากจนหรือปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพ (นภาพร ชโยวรรณ, มลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย 2535: 2)

ปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุประสบ เกิดจากการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ด้อยการศึกษา จึงทำให้ขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้น (คณะกรรมการวิชาการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุ และการพัฒนาสังคมวุฒิสภา 2534: 35) การปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะและขาดการดูแลตนเองเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆได้ง่ายกว่าคนในวัยอื่นๆ โดยผู้สูงอายุไทยร้อยละ 50.4 มีสุขภาพไม่ค่อยดี ร้อยละ 14.6 เจ็บป่วยจนต้องล้มหมอนนอนเสื่อ และร้อยละ 14.0 เจ็บป่วยจนต้องนอนเกือบตลอดเวลา (นิตา ชูโต 2525: 3-6) ในผู้สูงอายุไทยร้อยละ 80 จะมีโรคเรื้อรังอยู่อย่างน้อย 1 โรค ยิ่งไปกว่านั้นก็มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 50 ที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (Terpstra, et al. 1989: 4-10) โรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็นกันมากคือ โรคระบบกล้ามเนื้อ ข้อ

และกระดูก ระบบย่อยอาหาร ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาทและประสาทสัมผัส โรคต่อมไร้ท่อและโภชนาการ (นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่นๆ 2532: 7-12)

นอกจากปัญหาสุขภาพกายแล้ววัยสูงอายุยังเป็นช่วงชีวิตที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียสิ่งต่างๆ เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก คู่สมรส ญาติพี่น้องและเพื่อนด้วยการตายจาก นอกจากนั้นการสูญเสียหน้าที่การงานเป็นเหตุให้ขาดรายได้หรือมีรายได้ลดลง รวมทั้งขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางสังคม (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2528: 80) การสูญเสียอำนาจ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีเวลาให้กันและกันน้อยหรือไม่มีเวลาเลย เพราะครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม บุตรหลานมีการย้ายถิ่นฐานเพื่อไปประกอบอาชีพมากขึ้น การสูญเสียสิ่งต่างๆ เหล่านี้ มีผลทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

จากการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุและปัญหาการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ และการที่ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้มาเป็นผู้รับ จากผู้นำมาเป็นผู้ตาม ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เพราะประชากรวัยทำงานต้องรับภาระในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และรัฐบาลต้องรับภาระในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติพี่น้อง ต้องเพิ่มสวัสดิการในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้รัฐบาลต้องเพิ่มนโยบายและงบประมาณในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากในอดีต จะเห็นได้ว่าปัจจุบันรัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้กำหนดนโยบายและแผนแม่บทสำหรับใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ 5 ด้านในแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ระหว่าง พ.ศ. 2525-2544 คือ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านความมั่นคงของรายได้ ด้านสังคมและวัฒนธรรม และด้านสวัสดิการสังคม รวมทั้งได้วางนโยบายมาตรการและเป้าหมายหลักแต่ละด้านไว้อย่างชัดเจน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นแนวทางที่สำคัญแนวทางหนึ่งในการที่จะช่วยลดปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของชาติ

จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยเป็นดินแดนที่มีลักษณะเฉพาะท้องถิ่นที่คล้ายคลึงกันแต่แตกต่างจากจังหวัดอื่นทางภาคใต้ของประเทศไทย (รัชนี กัลยาณกุลวุฒิ 2525: 287) โดยเฉพาะการนับถือศาสนา พบว่า ประชากรนับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด รองลงมาคือศาสนาพุทธ ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีเฉพาะท้องถิ่น นอกจากนี้

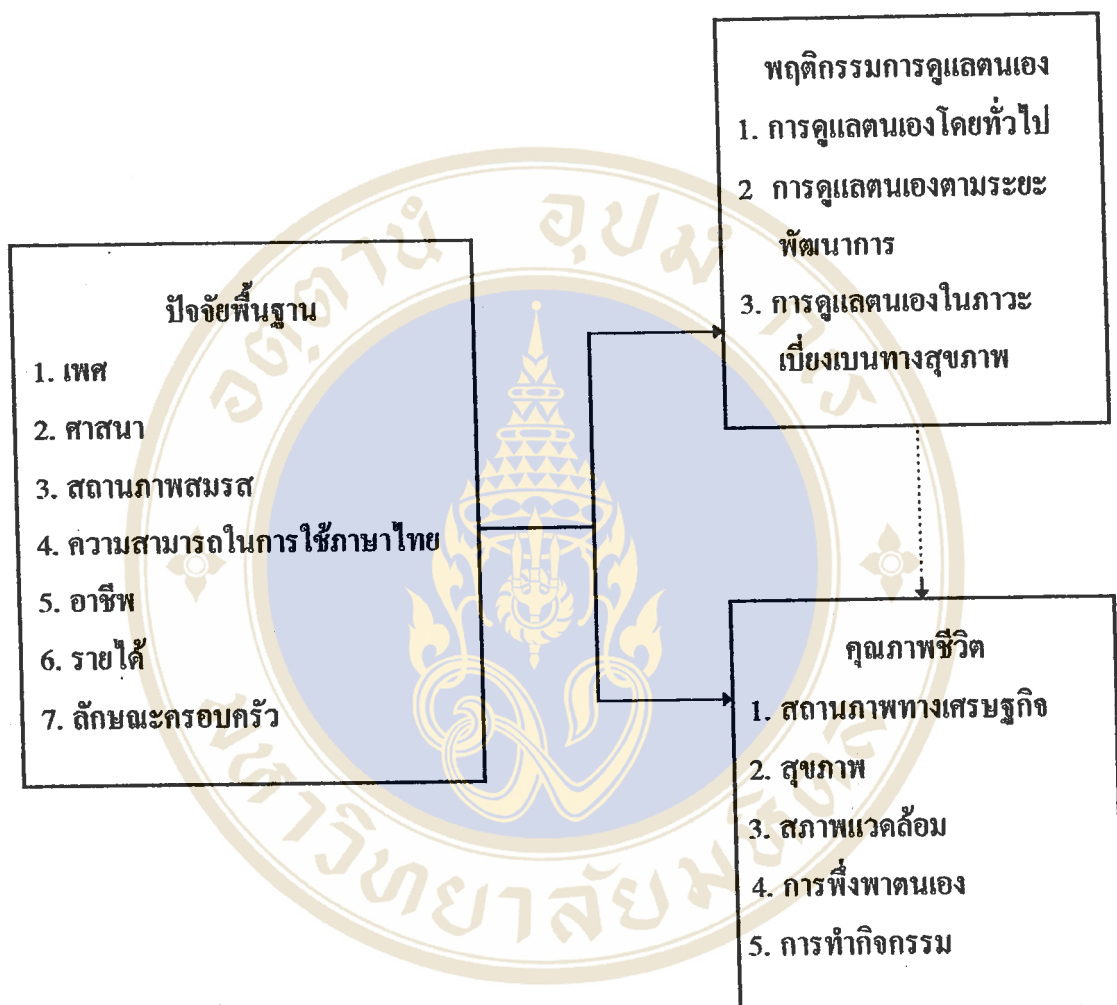
นี้ยังพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ยังด้อยการศึกษา และมีรายได้ต่ำเพราะประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก สำหรับลักษณะประชากร พบว่า มีประชากรวัยสูงอายุถึงร้อยละ 7.82 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุทั้งประเทศ (กองนโยบายและแผน ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย 2538: 7) และส่วนใหญ่ขาดการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามจะไม่นิยมศึกษาและพูดภาษาไทย ทำให้ขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้น (คณะกรรมการวิสามัญ สวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา 2534: 35) ประกอบกับการนิยมรับประทานอาหารสดจัดตามนิสัยการกินของชาวใต้และไม่นิยมรับประทานผัก ผลไม้ เนื่องจากมีสาเหตุหลักปัจจัยจากการขาดความรู้ มีอำนาจการซื้อต่ำ การได้รับอิทธิพลจากการโฆษณา วัฒนธรรม และบริการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง สิ่งเหล่านี้ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของคนทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองอย่างมาก ดังนั้นหากผู้สูงอายุสามารถที่จะดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสมตามสภาพที่เป็นอยู่ย่อมจะนำมาซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตน รวมทั้งไม่เป็นภาระต่อบุคคลในครอบครัวและสังคม

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุดตามสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความมีอายุ การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามที่ตนถนัด จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem 1985: 82-103; 1991: 117-143) มาใช้ในการศึกษาเพราะเชื่อว่าการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล หากบุคคลมีพฤติกรรม自我ดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสมจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเบอร์เกอร์ฮอร์น และคนอื่นๆ (Berghorn, et al. 1981: 335) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตจากด้านจิตวิสัย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการพึ่งพาตนเอง และด้านการทำกิจกรรม โดยเชื่อว่าองค์ประกอบดังกล่าวจะสามารถสะท้อนความเป็นอยู่หรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ศึกษาปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม自我ดูแล

เองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยอีกด้วย จากกรอบแนวคิดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถแสดงดังในแผนภูมิที่ 1





แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย
2. เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัย สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุจะได้มีความรู้ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม การจัดบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้อง และปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุต่อไป

2. ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว กับพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการด้านสุขภาพอนามัย การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆแก่ผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

นิยามตัวแปร

พฤติกรรม การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างจริงจังและมีเป้าหมายตามความต้องการ การดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเรม (Orem 1985: 82-103; 1991: 117-143) ประกอบด้วย

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่

1.1. การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอาหาร น้ำ อากาศที่เพียงพอ

การได้รับอาหารเพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับอาหารครบ 5 หมู่ และรับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 3 มื้อ

การได้รับน้ำเพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับน้ำในปริมาณที่เหมาะสมอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย

การได้รับอากาศที่เพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์และหลีกเลี่ยงอากาศที่เป็นพิษ

1.2. การปฏิบัติตนเพื่อให้มีการขับถ่ายและระบายของเสียเป็นไปตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลตนเองให้ขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะสะดวก

1.3. การปฏิบัติตนเพื่อให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมและการพักผ่อนที่เพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการทำงานอดิเรก

1.4. การปฏิบัติตนเพื่อการใช้เวลาว่างเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น และการมีเวลาเป็นส่วนตัวหรือตามลำพัง

1.5. การปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันอันตรายต่อชีวิต หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุ และป้องกันอันตรายต่อชีวิตทั้งภายในบ้านและในชุมชน

1.6. การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การตรวจสุขภาพประจำปี

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อป้องกันส่งเสริม และแก้ไขการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ

3. การดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองตามโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ ได้แก่การรับรู้ สนใจ และดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุต่อองค์ประกอบต่างๆที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมี 5 ด้าน คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพสภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบ ที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. สถานภาพทางเศรษฐกิจ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้และทรัพย์สิน

2. สุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

3. สภาพแวดล้อม หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่แวดล้อมตัวผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ ญาติมิตร สมาชิกในครอบครัว สถานที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

4. การพึ่งพาตนเอง หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองและความรู้สึกในการพึ่งพาผู้อื่น

5. การทำกิจกรรม หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมภายในครอบครัว ภายนอกครอบครัว และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน

ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษา คือ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส
ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว

1. เพศ ได้แก่ เพศชายและเพศหญิง
2. ศาสนา หมายถึงศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือ แบ่งเป็น ศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์และ
ศาสนาอิสลาม
3. สถานภาพสมรส หมายถึง ภาวะสมรสของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น สถานภาพสมรสคู่
และสถานภาพสมรสเดี่ยว
สถานภาพสมรสคู่ หมายถึง ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสามีหรือภรรยา
สถานภาพสมรสเดี่ยว หมายถึง ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่เพียงคนเดียวโดยไม่มีสามี
หรือภรรยา คือ โสด หม้าย หย่า แยก
4. ความสามารถในการใช้ภาษาไทย หมายถึง ความสามารถในการอ่าน เขียน ฟัง
และพูดภาษาไทยของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น
อ่านออก เขียนได้ ฟังเข้าใจ พูดได้
อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ฟังเข้าใจ พูดได้
อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ พูดไม่ได้
5. อาชีพ หมายถึง ลักษณะการทำงานของผู้สูงอายุที่ได้รับค่าตอบแทน แบ่งเป็น
มีอาชีพ และไม่มีอาชีพ
6. รายได้ หมายถึง รายได้ปัจจุบันของผู้สูงอายุต่อเดือน ซึ่งอาจได้รับจากบุตรหลาน
ญาติ เงินบำนาญ หรือการประกอบการ
7. ลักษณะครอบครัว หมายถึง ลักษณะของครอบครัวที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับบุคคล
ในครอบครัว แบ่งเป็น ครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยว

ครอบครัวขยาย หมายถึง ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ที่ประกอบ
ไปด้วยผู้สูงอายุ และหรือคู่สมรส และครอบครัวของบุตรหลาน ญาติพี่น้องอยู่ร่วมกัน

ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ดังนี้

ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรส

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหรือหลาน

ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร

ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับคู่สมรสและหลาน

ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับญาติที่ไม่มีครอบครัว

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ปัญหาของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของ

ประเทศไทย

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ความสูงอายุป็นผลรวมของพัฒนาการ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์ นับตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงสิ้นอายุขัยของบุคคล คำว่าผู้สูงอายุมักใช้เรียกบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้จะนำไปในลักษณะการเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม เป็นไปอย่างต่อเนื่องตลอดอายุขัย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยทั่วไปแยกเป็น 3 ด้านคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change)

ร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นในทุกกระบวนหน้าที่ของร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมา ความสามารถในการทำงานของ

อวัยวะในระบบต่างๆ ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่างๆ ในร่างกายผู้สูงอายุมีดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary system) เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เสื่อมเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนเซลล์เดิมลดลง ผิวหนังของผู้สูงอายุจึงบางและเหี่ยวย่น ต่อมไขมันทำงานลดลง ทำให้ผิวหนังแห้ง คัน และแตกง่าย เซลล์สร้างสีทำงานลดลง ทำให้สีผิวเปลี่ยนแปลงไป มีจุดด่างมากขึ้น พร้อมกับที่ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ต่อมเหงื่อใต้ผิวหนังขับเหงื่อได้น้อยลง การระบายความร้อนด้วยวิธีการระเหยไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเลวลง ผม และขนมีจำนวนลดลงและมีสีจางลง กลายเป็นสีเทาหรือขาว ผมแห้งและร่วงง่ายเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง และเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ

1.2 ระบบประสาทและสมอง (Nervous system) ศูนย์การควบคุมประสาทส่วนกลางทำงานลดลง มีการเสื่อมของเซลล์ประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด คือความว่องไวในการส่งงานไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ทำให้การทำงานประสานกันระหว่างเซลล์ประสาทและกล้ามเนื้อลดลง การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้าลงผู้สูงอายุจึงต้องใช้เวลามากกว่าจะตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น และการเคลื่อนไหวช้าลง การทรงตัวไม่ดีมีอาการสั่นตามร่างกาย นอกจากนี้ยังมีการเหี่ยวฝ่อของเซลล์สมองส่วนซีรีบรัมและซีรีเบลลัม ทำให้ความคิดความจำเสื่อม ผู้สูงอายุจึงมักไม่สามารถจำเรื่องราวใหม่ๆ ได้ หรือมีข้อจำกัดในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวต่างๆ ที่ได้จดจำไว้ก่อนมีการเสื่อมของเซลล์สมอง ได้ดี ความเสื่อมถอยของระบบดังกล่าวทำให้ของผู้สูงอายุเกิดความสับสน ขาดสมาธิ หลงลืมง่าย ย้ำคิดย้ำทำ คิดและพูดซ้ำซาก และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

1.3 ระบบประสาทสัมผัส (Special sense) มีการเปลี่ยนแปลงของตา หู และประสาทรับรสและกลิ่น ดังนี้คือ

ตา ประสาทตาจะเสื่อมลง การมองเห็นไม่ดี เลนส์เสียความยืดหยุ่น แก้วตาขุ่นมัว ม่านตามีสีจางลง ขนาดของรูม่านตาเล็กลงและมีรูปร่างผิดปกติ ลานสายตาแคบลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงพบว่าผู้สูงอายุมีสายตาเสื่อมลง การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และไกล การปรับตัวต่อความสว่างและความมืด การแยกความแตกต่างของสี ความคมชัดของภาพลดลง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

หู การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น เบิร์ชเนลและสตริงท์ (Birchenall & Streing อ้างใน วิไลวรรณ ทองเจริญ 2533: 67) กล่าวว่า 1 ใน 4 ของคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีการได้ยินลดลงและมีอาการหูตึงมากขึ้น ซึ่งพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง สาเหตุเนื่องมาจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นใน ร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 เสียหน้าที่ เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัว หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลง ต้องพูดเสียงดังผู้สูงอายุจึงจะได้ยิน และได้ยินเสียงต่ำชัดกว่าเสียงธรรมชาติหรือเสียงสูง รวมทั้งการทรงตัวไม่ดี และมีอาการเวียนศีรษะบ่อย และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ประสาทรับรสและกลิ่น มีการเหี่ยวของประสาทรับรสและกลิ่น ปริมาณตุ่มรับรสของลิ้นลดลง มีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ทำให้ความสามารถในการจำแนกรสต่างๆ และการได้กลิ่นลดลง ความอยากอาหารลดลง จากการที่น้ำลายในปากลดน้อยลง บางครั้งความสามารถในการรับรสที่สูญเสียไปนั้นอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคหรือเพราะพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่เป็นประจำนานๆ หรือการเคี้ยวหมาก อมเมี่ยงเป็นเวลานานๆ เป็นต้น

1.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) มักเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทั้งหลอดเลือดและหัวใจ หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะบริเวณผนังของหัวใจจะหนาขึ้นเนื่องจากมีไขมันเพิ่มในช่องว่างของทรวงอก กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจจะแข็งตัวเนื่องจากมีเนื้อเยื่อพังศืดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อชนิดยึดหยุ่นของหลอดเลือด รวมทั้งมีการสะสมของไขมันและแคลเซียม มีโคเลสเตอรอลเข้าไปแทรกในผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ผนังหลอดเลือดขรุขระและตีบลง ความยืดหยุ่นเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ซึ่งจะพบมากบริเวณสมอง หัวใจ และไต ทำให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลง การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดดังกล่าวนอกจากจะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุแล้วยังทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าทาง (Postural hypotension) เนื่องจากการตอบสนองของตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลง ทำให้มีอาการหน้ามืด เป็นลมง่าย

1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง เนื้อที่ของถุงลมปอดและความจุของปอดลดลง เนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลงทำให้ ความยืดหยุ่นของทรวงอกลดลง การขยายของผนังทรวงอกถูกจำกัด จึงใช้แต่กระบังลมช่วยในการหายใจ ทำให้การหายใจลำบาก โดยเฉพาะการหายใจออก เมื่อนอน

ราบจะรู้สึกหายใจไม่สะดวกต้องหายใจทางปาก ประกอบกับจำนวนถุงลมลดลง ถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้นผนังถุงลมแตกง่าย การไหลเวียนโลหิตในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมและการกำซาบของเลือดลดลง การซึมซาบของก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง เนื่องจากเนื้อที่ที่ใช้ในการซึมซาบลดลง ผนังหลอดเลือดฝอยหนาและแข็งตัวมากขึ้น รีเฟล็กซ์การไหลลดลง ประสิทธิภาพการไหลลดลง การทำงานของขนกวัดตลอดทางเดินหายใจลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดีเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย อาจมีหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพองด้วย

1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system) การย่อยอาหารและความอยากอาหารลดลง เนื่องจากความสามารถในการรับคลื่น และรสลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเมื่ออาหารรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟัน ผู้สูงอายุมักไม่มีฟันหรือใช้ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้หรือไม่สะดวก ผู้สูงอายุจึงไม่ชอบรับประทานอาหารที่ต้องเคี้ยวมากๆ เช่น อาหารจำพวกเนื้อ อาหารที่บริโภคนึ่งไม่ถูกส่วน ผู้สูงอายุมักขาดโปรตีน นอกจากนี้ น้ำย่อยและระดับกรดเกลือในกระเพาะอาหารที่ลดลง หลอดอาหาร เยื่อทางเดินอาหารเสื่อมสภาพ ดับอ่อนผลิตน้ำย่อยได้ลดลง ดับเสื่อมสภาพ ทำให้การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็กลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดโรคกระดูกพรุนและโลหิตจางได้ง่าย และนอกจากนี้การเคลื่อนไหวของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารจะช้าลง ทำให้ท้องผูก และระยะหลังเกิดเป็นริดสีดวงทวาร การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ขาดการบริหารร่างกายหรือไม่ฝึกนิสัยในการขับถ่ายในระยะ ก่อนเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาการท้องผูกได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีการถ่ายอุจจาระกระปรียบกระปรอยได้ เนื่องจากมีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกของทวารหนัก

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ในผู้สูงอายุต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง เป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่นๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองผลิตฮอร์โมนลดลงตามไปด้วย ผู้สูงอายุจึงมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ขนบริเวณรักแร้และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ดับอ่อนหลังอินสุลินน้อยลง การนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์จึงมีน้อย ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นโรคเบาหวานอย่างอ่อนๆ ได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย ต่อมหมวกไตทำงานลดลง การขับคอร์ติโคสเตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลง ทำให้มีการสูญเสียโซเดียมออกไปกับปัสสาวะมากขึ้น และต่อมเพศทำงานลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและโครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและทางสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้จิตใจหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้าและขาดความกระตือรือร้น เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อย หากมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีด้วยแล้ว ก็ยังจะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกด้วย สุรกุล เจนอบรม (2534: 19-20) ได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ประกอบด้วย

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิตต้องตายจากหรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลอันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องออกจากการงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลงเนื่องจากหมดภาระติดต่อทางด้านธุรกิจการงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่าไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อนขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมและขณะเดียวกันทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.3 การสูญเสียสัมพันธ์ภายในครอบครัว ในวัยสูงอายุบุตรธิดามักมีครอบครัวของตนเองและโดยเฉพาะลักษณะสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาท ในด้านการให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

2.4 การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ทั้งๆที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้เหตุผลทางสังคมวัฒนธรรม โดยเฉพาะเจตคติของสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมนับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลและมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Social change).

ในวัยสูงอายุ การปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมที่ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจตามมา เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528: 80-82) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุดังนี้

3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลานและอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชา ยอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีการแข่งขัน มองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่อส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ และการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการทำงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลและหาเลี้ยงครอบครัวต้องกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคย มีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความอับอายและคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม

3.3 ความคับข้องใจทางสังคม การปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดความรับผิดชอบในภารกิจต่างๆที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมากมีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น

3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไป หน้าที่ความรับผิดชอบและงานที่ต้องใช้ความคิดความจำไวจะลดลง การยอมรับพิจารณาอบหมายงานจากชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

ปัญหาของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพตามมา ดังจะเห็นได้จากรายงานการศึกษาวิจัยต่างๆ มากมายที่ได้นำเสนอปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น สเปค โควเวิร์ทและเพลเลท (Speake, Cowart & Pellet 1989: 93) กล่าวว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปจะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ชโววรรณและมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532: 7-12) ที่พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหลายโรค จากการศึกษาของนภาพร ชโววรรณและคณะ (2532: 7-12) พบว่าโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็นกันมาก คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ ข้อ และกระดูก ระบบย่อยอาหาร ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบประสาทและประสาทสัมผัส โรคต่อมไร้ท่อและโภชนาการ การศึกษาของ นิรนาถ วิทย์โชคกิตติคุณ (2534: 34) ที่พบว่า โรคประจำตัวหรือโรคที่เป็นในปัจจุบันของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ (ปวดเมื่อย ข้อเสื่อม) วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เป็นลม หน้ามืด โรคความดันโลหิตสูง โรคต่อกระจก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคทางเดินอาหาร (กระเพาะอาหารอักเสบ แขนงท้อง) ซึ่งการศึกษาของสุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2518 : 22-23 อ้างในละออง สุวิทยาภรณ์ 2434 : 3) พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน ตา ระบบไขข้อ ระบบประสาท ทางเดินอาหาร การได้ยิน และผิวหนัง คล้ายคลึงกับการศึกษาของเสาวณีย์ การนต์เดชารักษ์ (2524: 62 อ้างในละออง สุวิทยาภรณ์ 2534: 3) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับฟันและตา และประภาพร จินันท์ญา (2536: 39) พบว่า โรคประจำตัว หรือภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ ของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุดินแดง ได้แก่ ปวดข้อ ต่อกระจก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ อัมพาตครึ่งซีก ต่อเนื้อ ภูมิแพ้ ความดันโลหิตต่ำ และถุงลมโป่งพอง ความเสื่อมทางด้านร่างกายเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเองลดลง สูญเสียบทบาทในฐานะผู้นำหรือผู้มีอำนาจในครอบครัว สิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไร้ค่า เกิดความว้าเหวและท้อแท้ในชีวิตซึ่งอาจจะมีปฏิริยาแยกตัวเองจากสังคมได้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ 2536: 93-108)

โรคเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องทั้งสิ้น โรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ถ้าผู้สูงอายุตระหนักถึง และสนใจเอาใจใส่ดูแลตนเองให้ถูกต้อง อันจะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงและมีอายุยืนยาว ไม่เกิดการคุกคามของโรคประจำตัว (ศรีจิตรา บุญนาค 2532: 252) ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การรับผิดชอบตนเองและการดูแลตนเอง เป็นธรรมชาติของบุคคลในการดำเนินชีวิต เพราะบุคคลจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการปฏิบัติเกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นและทุกคนควรปฏิบัติ เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และการถ่ายทอดความคิดตนเอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์และแสดงให้เห็นถึงความเด่นเฉพาะของมนุษย์ที่แตกต่างจากสิ่งมีชีวิตอื่นๆ

เพนเดอร์ (Pender 1982: 150) กล่าวว่า การดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนไว้

โอเรม (Orem 1991: 117) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (Deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล และได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน (สมจิต หนูเจริญกุล 2536 : 27-30) คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอาหาร น้ำและอากาศที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หากความเพลิดเพลิดจากการหายใจ การดื่มและการรับประทานอาหาร

โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาของบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จะพัฒนาการพึ่งพาของตนเองและสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติต่อตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะพึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมการเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่จะเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

1.5.4 ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาระบบ ไร่ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษา ไร่ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

(Health Promotion & Preventions)

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความคิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเกิดจากการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปเพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับ กระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการ โดยบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยโรค และจากการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพตนเองและผู้อื่น

3.6 การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาของตนเอง ให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด ที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อการพัฒนาการของตนเอง

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพดังนั้นการให้ความสนใจดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมสภาพลง รวมทั้งการที่มักมีโรคประจำตัวอยู่ด้วย สุขภาพความสุขความทุกข์ในวัยสูงอายุนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางกายและสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลัก การดูแลสุขภาพทั้งกายและจิตใจจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญและจำเป็น สำหรับผู้ที่ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีความสุข ดังนั้นผู้สูงอายุต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนซึ่งรักษาไว้เพื่อชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน โดยมีการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่

1.1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับ อาหารและน้ำ อากาศ

1.1.1 อาหาร การดูแลตนเองในเรื่องภาวะโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญเพื่อป้องกันการทรุดโทรมเร็วเกินไปของร่างกาย การรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรคและความเจ็บป่วย และลดความเสี่ยงของอวัยวะต่าง ๆ ได้ อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย หรือมีการปรุงให้ออยู่ในรูปที่อ่อน เช่น เนื้อสัตว์ ควรสับ บด ต้ม ตุ่นให้เปื่อยนุ่ม ผัก ผลไม้ ควรหั่นให้ชิ้นเล็กลง หรือเลือกที่อ่อน เช่น ก๋วยเตี๋ยว ส้ม มะละกอ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร การย่อยและการดูดซึมอาหาร จึงมักหลีกเลี่ยงอาหารที่เคี้ยวหรือกลืนลำบาก ผู้สูงอายุมีความต้องการอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และควรแบ่งอาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ เพื่อแก้ปัญหาแน่นท้องมากหลังรับประทานอาหาร (วินัส ดันติบูล 2533: 147-422) และควรประกอบด้วยโปรตีนที่มีคุณภาพสมบูรณ์และย่อยง่าย เช่น เนื้อสัตว์ ถั่วเมล็ดต่างๆ และควรได้รับนมหรือ

เครื่องดื่มน้ำที่มีส่วนผสมของนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว ไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง (กุหลาบ ตันติผลาชีวะ 2524: 65) ไขมันที่เหมาะสมควรเป็นไขมันจากพืช เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำ ยกเว้นน้ำมันมะพร้าวหรือน้ำมันปาล์ม คาร์โบไฮเดรตควรได้รับตามปกติไม่เพิ่มปริมาณ ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมาก และผู้สูงอายุควรได้รับอาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่สูงโดยการรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน

1.1.2 น้ำ เป็นส่วนประกอบของร่างกายอย่างหนึ่งที่สำคัญ คือทำหน้าที่ควบคุมปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และช่วยการขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะ ป้องกันอาการท้องผูก ผู้สูงอายุจึงควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1500-2500 ซีซี และควรงดดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เพราะนอกจากจะทำให้นอนหลับยากแล้วคาเฟอีนยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มในปริมาณมาก ส่วนชาที่มีสารแทนนิน (tannin) ซึ่งเป็นสารต้านไทอะมินทำให้มีโอกาสขาดไทอะมินได้ นอกจากนี้ควรงดดื่มแอลกอฮอล์ด้วย (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ 2536: 433)

1.1.3 อากาศ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจุของปอดและการระบายอากาศลดลง จึงมีโอกาสเกิดโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมดี อยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรอยู่ในสถานที่แออัดมากเกินไป บริเวณบ้านควรมีต้นไม้จะช่วยให้เกิดความร่มรื่น ได้ผ่อนคลายอารมณ์และได้รับอากาศที่ดี ควรงดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการนั่งอยู่ในห้องที่มีผู้อุ่นสูบบุหรี่ เนื่องจากได้มีงานวิจัยที่แสดงว่าการสูบบุหรี่ของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงจะทำให้เกิดอันตรายไปถึงผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ด้วย (ชูศักดิ์ เวชแพศย์ 2532: 27) ซึ่งบุหรี่จะทำให้ปอดได้รับอากาศที่มีออกซิเจนน้อย ผู้สูงอายุควรมีการบริหารการหายใจเข้าลึก ๆ อย่างน้อยวันละ 2 เวลา เพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อทรวงอกให้ขยายและแข็งแรงขึ้น ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้เต็มที่

1.2 การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ผู้สูงอายุไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน ๆ เพราะจะทำให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเสียการบีบรัดตัว ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นในเวลากลางวัน บางคนอาจต้องตื่นมาถ่าย 2-3 ครั้ง และอาจถึง 4 ครั้งในบางคืน การถ่ายปัสสาวะบ่อยของผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามปกตินิสัย ไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของร่างกาย ปัญหาจะอยู่ที่ รมกวนการนอน เพราะทำให้ตื่นบ่อย การถ่ายปัสสาวะก่อนนอนและการลดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะก่อนนอนและการลดเครื่องดื่มที่กระตุ้น การขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ จะทำให้ถ่ายน้อยลงและนอนหลับได้มากขึ้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุหลาบ ตันติผลาชีวะ 2528: 56) นอกจากนี้ผู้สูงอายุเพศหญิงบางรายมีปัญหาเรื่องปัสสาวะกระปริดกระปรอยเนื่องจากกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จาก การที่กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหย่อน ซึ่งเป็นผลมาจากการคลอดบุตรหรือสาเหตุอื่น จึงควรบริหาร

กล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานให้แข็งแรงด้วยการขมิบก้นบ่อย ๆ ส่วนผู้สูงอายุเพศชาย มักจะมีปัญหาเรื่องต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะบ่อย แต่ถ่ายปัสสาวะลำบาก ซึ่งถ้ามีอาการมาก ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการผ่าตัดแก้ไข

ในเรื่องการขับถ่ายอุจจาระนั้น อาการท้องผูก เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง รับประทานอาหารที่มีกากน้อย และดื่มน้ำน้อย ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่ได้ฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา และในวัยสูงอายุการรับรู้ต่อการกระตุ้นให้อุจจาระลดลง สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่ายผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักแก้ปัญหาด้วยการรับประทานยาระบายเป็นประจำ ซึ่งอาจมีผลเสียอื่น ๆ เช่น ภาวะขาดน้ำ ภาวะขาดสมดุลอิเล็กโทรลัยท์และการสูญเสียวิตามินที่ละลายในไขมัน เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงควรป้องกันอาการท้องผูกด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ (นิตยา ภาสุนันท์ 2533: 206-207)

1. รับประทานผัก และผลไม้ให้มากขึ้น โดยเลือกชนิดที่ผู้สูงอายุเคี้ยวได้ เพื่อให้มีกากอาหารเพียงพอ
2. พยายามดื่มน้ำให้มาก อย่างน้อยวันละ 1500 มิลลิลิตร แต่ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มพวกชา กาแฟ
3. ออกกำลังกายตามสภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้
4. ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา
5. เมื่อรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ ไม่ควรเร่งรีบถ่ายให้เสร็จโดยเร็ว ควรให้เวลาบ้างเพราะผู้สูงอายุอาจจะถ่ายไม่หมด ซึ่งจะทำให้อุจจาระแห้งแข็งมากขึ้น
6. ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาระบาย ควรปรึกษาแพทย์ก่อน หรืออาจเลือกใช้ยาระบายจำพวก เมล็ดแมงลัก หรือยาเหน็บกลีเซอรินชนิดแท่งจะปลอดภัยกว่า
7. ทำจิตใจให้สบาย ไม่วิตกกังวลเกินไป

1.3. การมีกิจกรรมและการพักผ่อนผู้สูงอายุควรมีการประกอบกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสมในวัยผู้สูงอายุนั้นจะมีเวลามากขึ้น หากว่างได้ง่ายขึ้น กิจกรรมในยามว่างไม่ว่าเพื่อนันทนาการ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือให้บริการผู้อื่นเป็นเรื่องที่สำคัญซึ่งนำความสุขมาให้ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและสถานภาพทางสังคม รู้สึกมีคุณค่า เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน เช่น การอ่านหนังสือ การปลูกต้นไม้การมีกิจกรรมทางศาสนาและมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยขจัดความเสื่อมของร่างกายได้ทางหนึ่ง เพราะการออกกำลังกายช่วยให้การไหลเวียนดี เซลล์แลกเปลี่ยนสารอาหารและขับถ่ายของเสียได้ดีขึ้น

ประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์ในระบบต่าง ๆ ดีขึ้น การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้ (สาธารณสุข 2536: 28,30)

1. การออกกำลังกายประเภทแอโรบิก (Aerobic) คือ การออกกำลังกายที่เพิ่มการทำงานของปอดและหัวใจ เป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมาก ทำให้มีการหมุนเวียนของโลหิตดีขึ้น การออกกำลังกายประเภทนี้ต้องทำติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 20-30 นาที ความบ่อยของการออกกำลังกายประมาณ 5 วันต่อสัปดาห์ ตัวอย่างการออกกำลังกายประเภทแอโรบิก คือ การเดินอย่างกระฉับกระเฉง การวิ่ง ถีบจักรยาน อาจจะเป็นแบบที่อยู่กับที่ การว่ายน้ำ การวิ่งอยู่กับที่ กระโดดเชือก การเดินแอโรบิก เป็นต้น

2. การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (stretching) การยืดเหยียดเป็นการออกกำลังกายที่จะทำให้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุหลายอย่าง เพราะทำให้เกิดความคล่องแคล่วยืดหยุ่นของร่างกายทำให้มีการเคลื่อนไหวได้อย่างว่องไวตามความต้องการ นอกจากนี้จะช่วยในการทรงตัวและการประสานงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ขา เขน การยืดเหยียดจะช่วยผู้ที่เป็นโรคปวดข้อได้มาก นอกจากนี้ยังช่วยในการผ่อนคลายทางประสาท ทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น ตัวอย่างการออกกำลังกายประเภทนี้คือ โยคะ รำมวยจีน หรือกายบริหาร การออกกำลังกายประเภทนี้ควรทำทุกวันหรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำครั้งละ 5-10 นาที

3. การออกกำลังกายที่เพิ่มพลังหรือความแข็งแรง การออกกำลังกายประเภทนี้บางอย่างจะต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น น้ำหนัก เพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ตัวอย่างการออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ การวิดพื้นอย่างง่าย (หรือการวิดพื้นในท่าคุกเข่า) ในการออกกำลังกายประเภทนี้จะต้องหายใจ เข้า-ออก ในจังหวะปกติอย่ากลั้นหายใจ ในกรณีที่ใช้น้ำหนักช่วยก็จำเป็นจะต้องใช้น้ำหนักที่เหมาะสม โดยเริ่มประมาณ 1 กิโลกรัม

การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรกำหนดระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 20-30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลถ้าจะให้ได้ผลดีควรจะกำหนดเวลาอย่างน้อย 50 นาที เนื่องจากต้องใช้เวลาในการเตรียมร่างกายให้พร้อมหรือการอบอุ่นร่างกาย ประมาณ 5-10 นาที ระยะเวลาออกกำลังกายจริง 30 นาที ต่อจากนั้นจะเป็นการออกกำลังกายเบา ๆ เป็นการผ่อนคลาย ประมาณ 5-10 นาที การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมีจุดประสงค์เพื่อรักษาสมรรถภาพร่างกายไว้ให้อยู่ในระดับดีที่สุดตามสภาพของแต่ละบุคคล การออกกำลังกายจึงต้องคำนึงถึงประโยชน์ และความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ฉะนั้นจึงต้องพิจารณาถึงชนิดหรือประเภทของการออกกำลังกาย ความหนัก ความนาน และความบ่อยในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุให้เหมาะสม (นิตยา ภาสุนันท์ 2533: 203)

ผู้สูงอายุควรนอนหลับ และพักผ่อนให้เพียงพอประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง แต่ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ควรปฏิบัติ

ดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2528: 45-47; นิตยา ภาสุนันท์ 2533: 205-206)

1.สภาพห้องนอน ควรมีอากาศถ่ายเทดี อากาศไม่หนาวหรือร้อนเกินไป เสื้อผ้าที่สวมใส่สบายให้ความอบอุ่นพอดี

2.ควรรับประทานอาหารเย็นแต่พอดี และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารใกล้เวลานอน เพราะอาจอึดอัดไม่สบายทำให้ออนหลับไม่สนิทได้

3.ดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนเข้านอน เช่น นมสด หรือน้ำผลไม้ ควรงดเว้นเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น โคลา หรือกาแฟ จะทำให้หลับยาก

4.ไม่ควรรับประทานยานอนหลับหรือยาระงับประสาทโดยไม่จำเป็นเพราะฤทธิ์ของยาจะไปขัดขวางระยะของการนอน ทำให้หลับได้ไม่เต็ม ควรใช้เมื่อจำเป็นและอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์

5.ทำจิตใจให้สบายก่อนเข้านอนด้วยการสวดมนต์ หรือทำสมาธิ จิตใจที่สงบปราศจากความกังวล จะทำให้หลับ ไม่ฝันร้าย และนอนได้เต็มที่

ในยามว่างจากงานประจำ การทำงานอดิเรกเป็นงานพิเศษอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน การทำงานอดิเรกจะช่วยส่งเสริมสภาพกายและใจ ช่วยสร้างมิตรภาพอันดีต่อกันให้ ความรู้ ผูกทักษะและช่วยให้มีความคิดสร้างสรรค์อย่างอิสระ เหมาะกับทุกเพศทุกวัย ไม่ว่าจะวัยหรือจน โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งมีเวลาว่างในการทำงานอดิเรกอย่างเต็มที่ งานอดิเรกของผู้สูงอายุ ได้แก่ การอ่านหนังสือ ชมรายการทางโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ปลูกต้นไม้ หรือมีกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

1.4 การใช้เวลาเป็นส่วนตัวและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้สูงอายุควรมีเวลาสำหรับการอยู่คนเดียวในแต่ละวัน เพื่อจะได้มีเวลาเป็นของตนเองตามความต้องการ เช่น เวลาอยู่อย่างสงบตามลำพังเพื่อระลึกถึง ทบทวนเหตุการณ์ต่างๆและในขณะที่เดียวกันควรมีเวลาในการสังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนฝูง ผู้สูงอายุไม่ควรอยู่บ้านเฉยๆหรือนั่งคอยผู้อื่นมาเยี่ยม ผู้สูงอายุควรหาตนเองไปหาผู้อื่นเช่น ควรจะติดต่อกับเพื่อนที่เกษียณ หรือผู้สูงอายุวัยเดียวกันและทำกิจกรรมร่วมกัน พยายามที่จะให้เวลากับผู้อื่นด้วยการช่วยเหลือในสิ่งที่คนทำได้ จะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า (กชกร สังชาติ 2536: 58) เป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุในการแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองและการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ ผู้สูงอายุส่วนมากมีการเข้าร่วมกิจกรรมต่างในสังคมอย่างสม่ำเสมอ กิจกรรมต่าง ๆ นี้มักจะเป็นงานวัดหรืองานบุญซึ่งมีผู้สูงอายุปฏิบัติตามวัฒนธรรมประเพณี ที่ยึดถือสืบทอดกันมา ส่วนมากผู้สูงอายุมักจะไปงานวัด หรือไปทำบุญ ตักบาตร ฟังเทศน์ ทุกวันพระ (นริศรา ธิลามานิตย์ 2534: 83)

1.5 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพของตน การป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุเพราะหากเกิดเจ็บป่วยขึ้นจะหมายถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ตามมา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่ และภาวะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่อาจประสบอุบัติเหตุได้ง่าย จากการที่ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท ทำให้ตาพร่ามัว หูตึงและมีการเสื่อมของกระดูกทำให้การทรงตัวไม่ดี การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทไม่สัมพันธ์กัน จึงมีโอกาสหกล้มและกระดูกหักได้ง่าย จึงควรป้องกันด้วยการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย โดยการดูแลพื้นที่ห้องให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ มีแสงสว่างเพียงพอ มีราวบันไดให้ยึดเกาะเวลาเดิน หลีกเลี่ยงการขึ้นบนเก้าอี้ ปีนชั้นที่สูง ควรกระทำสิ่งต่าง ๆ หรือเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่พบบ่อย คือ การลื่น หกล้ม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก และการได้รับบาดเจ็บ ส่วนการป้องกันอุบัติเหตุภายนอกบ้าน เช่น การข้ามถนนจะต้องเดินด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะเมื่อเวลาข้ามถนน ควรข้ามที่ตรงทางข้าม หรือข้ามโดยข้ามพร้อมคนอื่น ๆ หรือมีคนช่วยพาข้ามถนน นอกจากนี้ควรมีไม้เท้าถือเดิน เพื่อช่วยพยุงตัว และช่วยให้ทรงตัวได้ดี

1.6 การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ โดยการส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสุด ภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของผู้สูงอายุ โดยการยอมรับอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ยอมรับข้อจำกัดจากการที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้าง และหน้าที่ของตนเองค้นหาและสนใจในความคิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ของตนเองค้นหาและสนใจในความคิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ที่ผิดปกติ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แก่ การอาบน้ำ เนื่องจากผิวหนังของผู้สูงอายุจะบาง ไวต่อการกดทับ และการบาดเจ็บต่าง ๆ ไขมันใต้ผิวหนังน้อย หลอดเลือดฝอยตามผิวหนังจะหนา ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง แดงง่าย ต่อมเหงื่อผลิตเหงื่อได้น้อย ทำให้ผิวหนังกระด้าง จึงต้องระมัดระวังอย่างมากในการอาบน้ำ การอาบน้ำจะช่วยให้ผิวหนังสะอาด ชุ่มชื้น และกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตใต้ผิวหนัง แต่การอาบน้ำบ่อย ๆ จะทำให้ผิวแห้ง เป็นตุ่มคัน และแตกเป็นแผลได้ง่าย ผู้สูงอายุจึงควรอาบน้ำวันละครั้งในวันที่มีอากาศร้อน และอาจลดลงเป็น 2 วันต่อครั้งก็ได้ในระยะเวลาที่มีอากาศหนาว การสระผมก็เช่นกัน ไม่ควรสระผมบ่อย เพราะหนังศีรษะของผู้สูงอายุจะเห็นจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของผิวหนังอยู่แล้ว การสระผมบ่อยจะทำให้หนังศีรษะแห้งมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงควรสระผมเพียงสัปดาห์ละครั้งเท่านั้น (เขาวลัทธิ มหาลัทธินันท์ 2529: 34-35) ส่วนการรักษาความสะอาดของปากและฟันนั้น ผู้สูงอายุควรทำความสะอาดเหงือกและฟันหลังอาหารและก่อนนอน ผู้สูงอายุที่ยังมีฟันแท้อยู่ ควรแปรงฟันโดยใช้แปรงที่มีขนแปรงนุ่มแปรงฟัน ส่วนผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอม ควรถอดออกล้างทุกครั้งหลังอาหาร และแช่ด้วยน้ำสะอาดไว้

เวลากลางคืน นอกจากนี้ผู้สูงอายุสามารถรักษาเหงือกและความสะอาดในช่องปากด้วยการอมน้ำอุ่นหรือน้ำเกลือ นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรสังเกตความผิดปกติของการทำงานของร่างกายและควรตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจสอบความผิดปกติของร่างกาย เพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีตามวัย และเพื่อการแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ทันเวลา สิ่งที่ต้องตรวจคือ ความดันโลหิต ปัสสาวะและเลือด ควรตรวจความผิดปกติของตา หู และฟัน เอกซเรย์ปอด ตรวจหัวใจและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผู้ชายควรตรวจความผิดปกติของต่อมลูกหมาก ผู้หญิงควรตรวจหาความผิดปกติทางนรีเวช นอกจากนี้ควรประเมินสุขภาพจิตในกรณีที่มีความเครียดหรือมีปัญหา (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ 2528: 70-73)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุผู้สูงอายุจะต้องพยายามปรับตัว เพื่อช่วยป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการและบรรเทาอารมณ์เครียดในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงควรปฏิบัติดังนี้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ 2536: 518-519)

1. เข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม

2. ฝึกตนฝึกจิตให้อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภยศ สรรเสริญ ทำความดีเพื่อความดีจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ

3. ทำตนให้เป็นที่เคารพรักของคนทั่วไปด้วยความเมตตากรุณา ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางกาย วาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความเคารพในความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป

นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรเตรียมตัวให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยต่าง ๆ การคุกคามของโรคประจำตัว รวมถึงการเผชิญกับความตายในบั้นปลายของชีวิตได้

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ได้รับอันตรายหรือทรมานภาพ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อมีการเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ ได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากคู่สมรส ญาติ มิตร หรือเพื่อนบ้าน จากระบบบริการสุขภาพ การไปรับการตรวจรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน การปฏิบัติตัวตามการวินิจฉัยโรค แผนการรักษาของแพทย์ หรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานเอนามัย เป็นต้น และการฟื้นฟูสภาพ เมื่อมีการเจ็บป่วย การดูแลตนเองที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันการเกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรแสวงหาข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อมวลชน ต่าง ๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และวิทยุหรือจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เป็นต้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมาย สำคัญในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 พ.ศ.2535-2539 และเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากร โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะกระทำได้ดีและรวดเร็ว คุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจอย่างมากจากนักวิชาการและนักบริหารทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะทางด้านการสาธารณสุขและสังคมศาสตร์ ด้านการพยาบาลวางแผนคิดและทัศนคติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตรวมทั้งหารระดับความมีคุณภาพชีวิตว่าเป็นอย่างไร ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันมากในระดับฐานความคิดของแต่ละวิชาชีพพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งคำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา สถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพความสนใจ การศึกษาประเพณีวัฒนธรรมแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามในมิติที่เหมือนกัน คุณภาพชีวิตมิใช่เพียงการบรรลุความต้องการหรือความสมบูรณ์ทางวัตถุหรือร่างกายเท่านั้น แต่คุณภาพชีวิตจะต้องรวมถึงจิตสังคมของมนุษย์ด้วย (จริยวัตร คมพักษณ์ 2537: 14) ได้มีผู้อธิบายความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกันตามแต่ละบุคคลดังนี้

โอเรม (Orem 1985: 179) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (Well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

ชาน (Zhan 1992: 979) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

ดูบอส (Dubos 1976: 8-9) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือความอึดอ้อมใจในชีวิต ซึ่งแสดงถึงความสุข การกำหนดหรือตัดสินใจของคุณของกลุ่มสังคมหนึ่ง จะแตกต่างกับอีกกลุ่มสังคมหนึ่งและแตกต่างกันในแต่ละบุคคลด้วย

แคมป์เบล (Campbell 1976 cited in Graham & Longman 1987: 339) ได้กล่าวสรุปว่า แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นเป็นพิเศษที่ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็น ต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือคาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจความสุขหรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532: 38) คุณภาพชีวิตหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

ประภา รัตนเมฆานนท์ (2532: 13) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกัน คือ คำว่า ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า ความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533: 44) ได้สรุปว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างมาก สามารถคลุมเรื่องต่าง ๆ ทั้งในทางรูปธรรม นามธรรม คุณภาพชีวิตที่ดีนั้น อาจเกิดขึ้นและ/หรือ เป็นของใครก็ได้ ไม่เลือกฐานะ เพศ วัย ศาสนา แต่นักวิชาการส่วนใหญ่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ก็จะครอบคลุมความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ก็จะครอบคลุมความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรทุกด้าน ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกันคือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

ประภาพร จินันทุยา (2536: 10) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ระดับการดำรงชีวิตในปัจจุบันตามการรับรู้ต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

จากความหมายต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาแล้วพอจะสรุปความหมายได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงระดับการรับรู้ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคลต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเองและการทำกิจกรรม

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ดังนี้

กฤษดา ตรงศิริ (2531: 44-45) อ่างในบังอร ฤทธิ์อุดม 2536: 16) กล่าวว่า การประเมินความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น เป็นการประเมินเชิงจิตวิสัย (Subjective) ซึ่งสะท้อนให้เห็นทางด้านอารมณ์ด้วยความรู้สึกทางด้านจิตใจ ถึงความรู้สึกพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1984: 88-91) ได้แสดงทัศนคติในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะดังนี้ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือ

ประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ องค์การยูเนสโก (UNESCO 1980: 312) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย วัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิตการรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

ฟลินน์ และฟรานซ์ (Flynn & Frantz 1987: 159 อ้างใน จำเรียง กุระมะสุวรรณ 2532: 20) เสนอ 2 หลักใหญ่ ๆ ในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ

1. ประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (Objective approach) แสดงถึงภาวะทางกายภาพลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินโดยบุคคลอื่น หรือด้วยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่การงาน เป็นต้น

2. ประเมินในเชิงจิตวิสัย (Subjective approach) ตัดสินด้วยตนเองจากกรอบการรับรู้ประสบการณ์ที่ผ่าน ๆ มาของตนเอง เช่น ความปรารถนา ความพอใจในชีวิต และเห็นว่าการตัดสินโดยตนเองนี้จะสะท้อนถึงระดับการประเมินที่น่าเชื่อถือที่สุด

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบจะมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม ได้มีนักวิชาการเสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งมีทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียด ดังนี้

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจ (2525: 104 อ้างในสุชาติพิศ อุปลาบดี 2536: 16) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทรรศนะของ เบนเนท (Bennet) ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. สิ่งที่เป็นใจการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหารที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีเศรษฐกิจดี และสังคมดี

2. ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้น มีจุดมุ่งหมายของชีวิต

ฮังและฟอร์มาร์ (Haug & Folmar 1986: 332 อ้างใน สอิ้ง ขวรางกูร 2538: 28) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นถึง ความผาสุกโดยทั่วไป ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตที่ดีคือ สุขภาพ รายได้เพียงพอ การไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจ ตลอดจนการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวและเพื่อน ระดับสภาพการดำรงชีวิตของมนุษย์ องค์ประกอบของชีวิต ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิดและจิตใจ

ฟลานาแกน ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า มาจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (Flanagan 1978: 138-139)

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านวัตถุ เช่น มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ
2. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น
4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดีและการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. มีสันติภาพการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ปลูกป่า หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

เบอร์กฮอร์น และคนอื่นๆ (Berghorn, et al. 1981: 331-347) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 5 ด้าน คือ สถานสภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยของผู้สูงอายุ โดยได้ดัดแปลงมาจากองค์ประกอบคุณภาพชีวิต จากกรอบแนวคิดของเบอร์กฮอร์น และคนอื่นๆ (Berghorn, et al. 1981: 331-347) โดยกล่าวถึงองค์ประกอบ ที่เป็นตัวบ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ สถานสภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

1. สถานสภาพทางเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากในการที่จะสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านที่อยู่อาศัยที่มีสภาพดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง การซื้อหาอุปกรณ์ในการอำนวยความสะดวกและความสุขของตนเองตลอดจนการมีกิจกรรมต่าง ๆ กับผู้อื่น เป็นต้น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจนี้ ถ้าผู้สูงอายุนับว่าตนเองมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย รู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและมีความเป็นอยู่ที่ดีย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเอง จะแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในชีวิตได้ค่อนข้างชัดเจน

2. สุขภาพ

การที่คนเราจะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขในโลกนี้ องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งก็คือ สุขภาพ เพราะการมีสุขภาพดี ย่อมเป็นที่ปรารถนาของมวลมนุษย์ทุกคน คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีความหวัง และคนที่มีความหวัง คือคนที่มีทุกสิ่งทุกอย่าง ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นเสมือนวิถีทาง หรือช่องทางที่จะนำไปสู่ความสุข และความสำเร็จต่างๆ ในชีวิต ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสุขภาพดี คือ คุณภาพชีวิตนั่นเอง (สุชาติ โสภประยูร 2525: 77) ด้วยเหตุผลที่ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เกิดโรคได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่นๆ เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลง ตามจำนวนอายุที่เพิ่มมากขึ้น ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึว่าตนเองมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ยอมรับความสามารถที่มีขอบเขตจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ก็จะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง และทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพที่เป็นอยู่ ดังนั้น ภาวะสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเอง จึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดี (สุรกุล เจนอบรม 2534: 44) เนื่องจากการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเอง อาจไม่สอดคล้องกับการประเมินทางการแพทย์ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีในทางกายภาพ (Objective perspective) อาจมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาดี และในทำนองเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาไม่ดี (Palmor & Luikart 1972 cited in Berghorn, et al. 1981: 335)

3. สภาพแวดล้อม

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบ ๆ ตัวและสภาพแวดล้อมทางกายภาพนับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง ซัลลิแวน (Sullivan 1953 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล 2538: 638) เชื่อว่ามนุษย์ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่มีสัมพันธ์กับผู้อื่น เขาเชื่อว่าตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์ต้องมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลต่างๆ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม นักจิตวิทยาพัฒนาการ

หลายท่านเชื่อว่าสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในยามสูงวัยทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนองความต้องการทางสังคม การมี สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นของผู้สูงอายุได้แก่ การมีเพื่อนในวัยเดียวกัน ผู้สูงอายุมักเลือกคบเพื่อนที่มีอายุใกล้เคียงกันมากกว่าต่างวัยกันมาก ๆ เพราะสามารถรับทุกข์สุขแก่กันและกันด้วยความเข้าใจกันดียิ่งกว่ากับคนต่างวัย มีการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงว่าปัจจัยหนึ่งซึ่งให้ความสุขความพอใจในชีวิตยามสูงอายุคือความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัยผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อเพื่อน สามารถให้การช่วยเหลือ ให้ความอุปการะแก่กันและกัน มีการร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน สามารถให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันได้เมื่อมีปัญหาที่แก้ไขไม่ตก ช่วยเหลือดูแลกันและกันในยามเจ็บไข้ ความรู้สึกที่ดี ดังกล่าวมีความสำคัญมากต่ออารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุ ส่วนการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลที่อายุน้อยกว่านี้ ทฤษฎีของแดริคสัน (Daricson 1964 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล 2538: 640) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มี สัมพันธ์ภาพที่ดีกับลูกหลานเป็นผู้ที่มีขวัญดี ขอมรับความตายความไม่เที่ยงของชีวิตได้ง่ายมีชีวิตชีวา (Zest of Life) และผู้สูงอายุที่บุตรหลานให้ความเคารพนับถือ ไม่เหยียบย่ำคุณหมิ่นคุณแกลน จะรู้สึกว่าตนเองมีค่า สามารถดำรงบทบาทในครอบครัวได้อย่างเป็นสุข นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อบ้านและชุมชนที่อาศัย เช่น รู้สึกมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย มีเพื่อนบ้านที่ดี การให้บริการที่ดีในด้านสาธารณูปโภคของชุมชน การมีบ้านที่น่าอยู่ คนทนถาวร มีความสะดวกสบาย มีความสงบและเป็นส่วนตัว ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและเป็นสุขได้ จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ทั้งในด้านบุคคล สังคม บ้าน และชุมชนที่อยู่อาศัยสามารถบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

4. การพึ่งพาตนเอง

เนื่องจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอ มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง การดำรงชีวิตด้วยการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ จึงกลายเป็นเรื่องที่ยากลำบากมากขึ้น (Berghom, et al. 1981: 343; Calkins, Davis & Ford 1986: 20) ซึ่งการประเมินการ พึ่งพาผู้อื่นในผู้สูงอายุ สามารถประเมินโดยวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การลุกเดิน (Calkins, Davis & Ford 1986: 20) นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่นๆ เช่น การซักรีดเสื้อผ้า การเตรียมอาหาร การคิดคำนวณเงินหรือค่าใช้จ่าย การทำงานที่มีรายได้ การทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน การเดินทางไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองและรู้สึกว่า ตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต แต่ถ้าผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่สามารถทำ

กิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง หรือทำได้ลดน้อยลง จำเป็นต้องพึ่งบุตรหลานหรือบุคคลอื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ ทั้งนี้เนื่องจากการพึ่งพาผู้อื่นเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่น่ากลัวสำหรับผู้สูงอายุ กล่าวคือ เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้ที่มีอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของตนเอง มาเป็นผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Atchly 1980: 98) ซึ่งเป็นบทบาทที่ยากจะยอมรับได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอับอาย คิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหา หรือเป็นภาระแก่ผู้อื่น

5. การทำกิจกรรม

ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มียึดเหนี่ยวทางจิตใจ รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่า มีประโยชน์ และมีความหมาย ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมจะมีความรู้สึกเบื่อหน่าย หมดอาลัย มีชีวิตที่เฉยเมยเหงา จิตใจจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็วชนิดของกิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุจะแตกต่างกันออกไปตามความสนใจและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่เหมาะสมในผู้สูงอายุตามแนวคิดของเบอร์กฮอร์น, เชฟเฟอร์และคณะ (Berghom, et al. 1981: 343-344) มี 3 ประเภทดังนี้คือ 1) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activities) ได้แก่ การทำบุญ การเข้าวัด การมีกิจกรรมในสโมสร เป็นต้น 2) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (informal activities) ได้แก่ การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนบ้าน การเดินทาง การซื้อสิ่งของต่าง ๆ เป็นต้น และ 3) กิจกรรมที่ทำคนเดียว (Solitary activities) ได้แก่ งานอดิเรก ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น คล้ายคลึงกับ Lemon กล่าวถึง กิจกรรมว่าเป็นรูปแบบของการกระทำใด ๆ หรืองานต่าง ๆ ที่สนใจนอกเหนือจากการทำงานเพื่อการดำรงชีวิตซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) ได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ญาติ การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว 2) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activity) ได้แก่ การเข้าร่วมในสมาคมต่าง ๆ การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคมเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว 3) กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก (Leisure activity and Hobby) ได้แก่ การทำงานในยามว่าง กิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ การทำสวน ปรับปรุงตกแต่งบ้าน จากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The activities theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูง จะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และทฤษฎีกิจกรรมยังทำนายว่า บุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้ประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิต (Barrow & Smith 1979: 53) ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณค่าของตนเองยังคงสามารถรักษาระดับการทำกิจกรรมได้มากหรือทำได้อย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำ ช่อมแสดงถึง ผู้สูงอายุมองตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม มีความสุข และความพอใจที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ต้องการมีความสุขในชีวิตนั้น จะพยายามรักษาระดับกิจกรรมของตนไว้ให้มากที่สุด

ปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โอเรม (Orem 1991: 136-138) ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีส่วนส่งเสริมในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัยและครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 36) ปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวนอกจากจะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันแล้ว ยังทำให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอีกด้วยทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวเป็นลักษณะภายในของบุคคล (Individual's internal frame) ซึ่งทำให้บุคคลมีความเป็นอยู่ ความรู้สึกนึกคิด การปรับตัวและความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกันด้วย ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เพื่อเปรียบเทียบว่า บุคคลที่มีความแตกต่างกันในเรื่องปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไร

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองนอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลแล้วยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วยเป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ (Orem 1980: 220) ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีรูปแบบในการดูแลตนเองแตกต่างกัน (Shank & Lough. 1985 อ้างใน รจนาด รุ่งลือ 2536: 25)

ในสังคมไทยสมัยก่อนที่มีค่านิยมในการให้เกียรติเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องหาเลี้ยงครอบครัว และมีโอกาสในการศึกษามากกว่าเพศหญิง ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับข่าวสารและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆด้านสุขภาพและสังคมจึงมีมากกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมีการดูแลตนเองและมีแบบแผนชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิง (ดวงพร รัตนอมรชัย 2535: 133) และผู้สูงอายุเพศชายจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศหญิง (เฮวล์ลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์ 2529: 96) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ รจนารอด รุ่งลือ (2536: 69) ที่พบว่าเพศชายมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากเพศหญิง โดยเพศชายมีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าเพศหญิงในเกือบทุกด้าน ยกเว้นการได้รับน้ำที่เพียงพอ การได้รับอากาศที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการอยู่อาศัยและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การคงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเองและการคงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ของตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการ

ศึกษาของ สุกวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 143) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย

จากการที่สังคมไทยกำหนดบทบาทให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นแม่บ้านและต้องให้ความเคารพในการเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย ขณะเดียวกันเพศชายได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม นอกจากนี้จะทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการดูแลตนเองระหว่างเพศชายและเพศหญิงแล้วยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของเพศชายและเพศหญิงทั้งนี้เพราะเพศชายมองตนเองมีคุณค่ากว่าเพศหญิง นอกจากนี้นอกจากนี้เพศหญิงมีความรู้สึกว่ามีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวได้ยากกว่ารวมทั้งเพศหญิงจะมีระดับการพึงพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชาย สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้น จากการศึกษาของ Spietzer and Synder (1974: 456) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา (2536: 80) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงเช่นกัน ตรงข้ามกับการศึกษาของ สอิ่ง ชวรังกุล (2538: 82) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย และเมื่อพิจารณาในแง่ที่ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาททางสังคมของเพศชายที่เคยมีเริ่มลดลง เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงจากความเสื่อมของร่างกาย กลายเป็นผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้น้อยลง ขาดการติดต่อกับสังคมเนื่องจากสุขภาพไม่เอื้ออำนวยและต้อง พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุชายเกิดปัญหาในการปรับตัวและมีปัญหาในการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุและเกิดความไม่พึงพอใจในชีวิตได้ ส่วนเพศหญิงความรู้สึกสูญเสียน้อยกว่าเพศชาย ซึ่งการสูญเสียนี้มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ และส่งผลถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ มารศรี นุชแสงพลี (2532: ก) จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 85) และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล (2536: 72) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุนวมทั้งการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 45) ที่พบว่าเพศไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตเนื่องจากผู้สูงอายุไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงย่อมต้องเผชิญกับภาวะการเสื่อมของสังขาร ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมของร่างกายเพื่อดำรงซึ่งคุณภาพชีวิต ดังนั้นความแตกต่างในด้านเพศของผู้สูงอายุจึงไม่สามารถทำให้เกิดความแตกต่างในการทำนายคุณภาพชีวิตได้

ศาสนา ศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งรวมไปถึงเรื่องของคุณภาพ พฤติกรรมการรักษาพยาบาล เพราะศาสนาเป็นคำสั่งสอนที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ที่นับถือเข้าถึงความจริง (มานพ คณะโด 2520: 2; ธนู แก้วโสภาส 2528: 516-517 อ้างใน โยธิน

บุญเฉลย 2536: 15) และศาสนายังเป็นตัวกำหนดความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณีของสังคม และแต่ละศาสนาจะมีข้อบัญญัติที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านศีลธรรมและพฤติกรรมทั่วไปซึ่งอาจทำให้มีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล สังคมไทยเป็นสังคมที่เปิดกว้างยอมรับศาสนาทุกศาสนา ทำให้ประเทศไทยมีศาสนาต่างๆมากมาย เช่น ศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติ ศาสนาอิสลาม ศาสนาคริสต์และศาสนาฮินดู แต่ศาสนาที่พบมากที่สุดคือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม ซึ่งทั้ง 2 ศาสนานี้มีคำสอนเหมือนกันคือต้องการให้คนทำความดี แต่สำหรับข้อบัญญัติทางศาสนาพบว่ามีความเหมือนและแตกต่างกัน คือ ศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามห้ามฆ่าสัตว์ตัดชีวิต ห้ามพูดปด ห้ามลักขโมย ห้ามประพฤตินอกใจ และห้ามดื่มสุราของมึนเมาเหมือนกัน แต่ในข้อบัญญัติทางศาสนาอิสลามมีเพิ่มเติมให้ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ที่กินสัตว์อื่นเป็นอาหาร ห้ามรับประทานเนื้อหมู ห้ามรับประทานของหมักดองจนเมา ห้ามเล่นการพนันทุกชนิด ต้องมีการละหมาดวันละ 5 ครั้ง ต้องมีการถือศีลอดและต้องหาโอกาสไปประกอบพิธีฮัจญ์ที่เมืองเมกกะอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต เป็นต้น ที่สำคัญของความแตกต่างทางศาสนาซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมต่างๆของผู้นับถือศาสนา คือ ศาสนาพุทธสอนให้คนพึ่งตนเองและเชื่อด้วยเหตุผลหรือปัญญา ในขณะที่ศาสนาอิสลามเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นมีสาเหตุของการเกิดและสาเหตุหรือการมีเคราะห์ดี เศรษฐีร้ายที่คนได้รับล้วนเป็นเพราะพระบัญชาของพระมหามะหัด (สุพัตรา สุภาพ 2523: 138) ดังนั้นการปฏิบัติตนเมื่อเกิดปัญหาต่างๆในผู้ที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามจึงต่างกัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งมีความเคร่งครัดทางศาสนาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา คุณาธรรม (2538: 135) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน และการศึกษาของ โยธิน บุญเฉลย (2534: 54) ที่พบว่าครุฑเรือนที่หัวหน้าครอบครัวนับถือศาสนาต่างกันจะใช้วิธีการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน และการศึกษาของมานพ คณะโต (2520: 23) ที่พบว่า การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องของโภชนาการ การรักษาความสะอาด การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย การวางแผนครอบครัวและอื่นๆ แก่ชาวไทยมุสลิมยังเป็นปัญหาคือชาวไทยมุสลิมยังไม่ยอมรับ สาเหตุเพราะส่วนมากมาจากความเชื่อทางศาสนา และพบว่าชาวไทยมุสลิมมีสุขภาพอนามัยไม่ดีเท่ากับชาวพุทธ เพราะชาวไทยมุสลิมไม่ค่อยยอมที่จะมารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลต่างๆ โดยมีเหตุผลที่แตกต่างกัน

เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ทำให้ผู้ที่นับถือใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิตในแนวทางที่เหมาะสม โดยเฉพาะในวัยสูงอายุซึ่งเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุจะให้ความสนใจและยึดมั่นเคร่งครัดในศาสนาเป็นพิเศษ เมื่อบุคคลเชื่อมั่นในศาสนาก็จะทำให้มีความรู้สึกอบอุ่นทางจิตใจมากขึ้น ช่วยกล่อมเกลางจิตใจ ศาสนาทุกศาสนาจะสอนให้คนเป็นคนดี

รู้จักเพียงพอ เดินทางสายกลาง ดังนั้นศาสนาจึงน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการที่มีชีวิตคู่จะมีความผูกพันลึกซึ้งระหว่างผู้สูงอายุกับคู่สมรส เมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วยจำเป็นต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ ต่างจากกลุ่มที่ไม่มีคู่สมรสต้องอยู่โดยลำพัง ต้องดูแลช่วยเหลือตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย การขาดคู่สมรสนั้นจะทำให้รู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว ขาดคู่อุปถัมภ์ ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัย ให้กำลังใจ การสูญเสียคู่สมรสจึงมีผล กระทบกระเทือนอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ และสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสจะเกิดความรู้สึกว่าเหว่ ไม่สนใจสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตแทบทั้งสิ้น

จากการศึกษาของสุวิมล พนาวิวัฒนกุล (2534: 42) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 115) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของวรรณิต ศุภระแพทย์ (2537: 77) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตนั้นประภาพร จินันท์พญา (2536: 45) สอชิง ขวรวงกุล (2535: 52) สุวิมล พนาวิวัฒนกุล (2534: 50) และสมคิด โพธิ์ชนะ และคนอื่นๆ (2538: 88-96) ได้ทำการศึกษา พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย แยก

ความสามารถในการใช้ภาษาไทย เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งต่อการดูแลตนเอง เพราะในสังคมไทยภาษาไทยเป็นภาษาราชการที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร ผู้ที่สามารถใช้ภาษาไทยได้มักเป็นผู้ที่มีการศึกษา ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสามารถใช้ภาษาไทยได้ทำให้มีโอกาสต่างๆสูงไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้สูงๆ การแสวงหาสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ การเข้ารับบริการจากสถานบริการสุขภาพและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ดังนั้นในผู้ที่สามารถใช้ภาษาไทยได้ดี คือสามารถอ่าน เขียน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ย่อมทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนได้ดีกว่าผู้ที่ไม่สามารถใช้ภาษาไทยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ โยธิน บุญเฉลย (2534: 52) ที่พบว่าหัวหน้าครัวเรือนที่มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยต่างกัน จะมีการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลต่างกัน และจรัสวรรณ เทียนประภาส (2536: 7) ที่กล่าวว่า การขาดการศึกษาอ่านไม่ออก เขียน

ไม่ได้ทำให้มีโอกาสในการขาดความรู้พื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และประภาพร จินันทุยา (2536: 81) ที่พบว่า ผู้ที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา

อาชีพ เป็นการประกอบอาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งเพราะทำให้ผู้ที่มีรายได้เป็นของตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจ และทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และทำให้มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยต่างๆที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรงและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข เช่น การแสวงหาอาหาร เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม การรับบริการสุขภาพ การทำกิจกรรม เป็นต้น ผู้ที่มีอาชีพจึงมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย สำหรับผู้ที่ไม่มียาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้เป็นของตนเองโดยเฉพาะผู้สูงอายุรายได้ต้องได้มาจากบุตรหลาน การใช้จ่ายเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองจึงไม่สามารถทำได้เต็มที่การดูแลสุขภาพตนเองจึงไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

จากการศึกษาของบังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532: 72-74) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษา ของละออง สุวิทยานนท์ (2534: 105) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพกับที่ยังคงประกอบอาชีพมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน อาชีพจึงนับว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการศึกษาของบุษกร โกมลสมร (2528: 58) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพอนามัยและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อบริการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างตีบสามล้อหรือผู้ที่เปิดร้านขายของชำไม่ค่อยมีเวลาเดินเล่นออกกำลังกายเพราะต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องประกอบอาชีพเกษตรต้องอาศัยแรงงานสูงในการประกอบอาชีพต้องตรากตรำทำงาน ขาดเวลาในการเอาใจใส่สุขภาพที่ทรุดโทรม ภาวะต่างๆจึงมีความเสี่ยงเกิดการสูญเสียได้มาก และการศึกษาของสุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 147) ที่ พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุด .

นอกจากนี้การประกอบอาชีพยังทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต นักสังคมวิทยาเชื่อว่าบทบาทของคนทำงาน (Worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงานทำให้บทบาทอื่นๆของผู้สูงอายุยังคงมีอยู่ เช่น บทบาทการเป็นผู้นำครอบครัว การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับ เป็นคนมีคุณค่า ถึงแม้ว่าจะเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุก็นึกถึงตัวเองมีความสามารถอยู่ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุนับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536: 81) และสอึ้ง ชวรางกุล (2538: 83) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพและสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช่สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ดังนั้นจึง กล่าวได้ว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการในที่สุดส่วนผู้ที่มิรายได้ต่ำหรือมีรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ (Orem 1991: 137) และ เพนเดอร์ (Pender 1983: 161-162) กล่าวสนับสนุนว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง มีการรายงานไว้ว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Walker, et al. 1988: 76-90) เช่น การศึกษาของสุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 147) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของพนิดา คุณาธรรม (2538: 132) และรจนารถ ร่วงลือ (2536: 72) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระดับอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สุดา วิไลเลิศ (2536: 55) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาท ต่อเดือนจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกสรรประเภทของอาหารที่มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อร่างกายได้เพียงพอต่อความต้องการ และการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 108) ที่พบว่ารายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร แต่ไม่สอดคล้องก็คือการศึกษาของ วันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538: ก) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมยกเว้นด้านการรับประทานอาหาร แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สปีค โควาท์และเพลเลท (Speak, Cowart & Pellet.1989: 93-100) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

นอกจากนี้รายได้ยังจะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งรายได้ที่เพียงพอหรือไม่นั้น ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเองจะเป็นตัวทำนายความพึงพอใจได้ชัดเจนขึ้น (สุรกุล เจนอบรม 2534: 45) และเพนเดอร์ (1982: 163) จากการศึกษาของประภาพร จินันท์ยุธา (2536: 83) สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์และคนอื่นๆ (2538: 91) และสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 45) พบว่ารายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและจากการศึกษาความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 95) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตเช่นกัน

ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายและเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแล และตอบสนอง

ความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจจากบุคคลในครอบครัว ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ตรงข้ามกับบุคคลที่ขาดการเอาใจใส่จากครอบครัวและรู้สึกด้อยค่า ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมที่เสี่ยงและเกิดล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Cohen & Wills 1985: 310-353) ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวชายมีโอกาสดำเนินการดูแลสุขภาพเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว จากการศึกษาของพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์และคนอื่นๆ (2523: 153) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวชายมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ในครอบครัวชายจะมีบุคคลซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะให้การดูแลสุขภาพเอาใจใส่ทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้มากกว่าโอกาสที่จะส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีได้มาก จึงทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวชายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ดังการศึกษาของ สุดา ไสเลิศ (2536: 53) พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสามีภรรยาและบุตรหลานอยู่ในระดับดี เนื่องมาจากบุคคลเหล่านี้จะช่วยดูแลในเรื่องรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ เกริกกุลธร (2536 : 84) ซึ่งได้ผลการศึกษาว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวชายมีโอกาสดำเนินการดูแลสุขภาพเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งอาจจะเป็นคู่สมรสบุตรหลานและญาติพี่น้องมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวและสอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา कुमारธรรม (2538: 131) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวที่ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 125) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลานและญาติ

นอกจากนี้ลักษณะการอยู่อาศัยยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และต้องการความรัก การดูแลสุขภาพเอาใจใส่จากบุตรหลาน และผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานหรือญาติพี่น้องย่อมได้รับความรัก ความห่วงใยเอื้ออาทรจากบุคคลเหล่านั้น ตลอดจนได้มีโอกาสช่วยให้คำปรึกษาแนะนำหรือดูแลบุตรหลาน จะทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ไม่เหงา ไม่วันทว สามารถที่จะปรับตัวรับสภาพการเปลี่ยนแปลงได้ดี ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปรับตัวรับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีย่อมเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ 2535: 7) จากการศึกษาของศรีเรือน แก้วกังวาล (2532: 50) พบว่าลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุใน

กรุงเทพมหานคร เช่นเดียวกับการศึกษาของจารุนันท์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 97) ที่พบว่าลักษณะการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้

เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบริเวณภาคใต้ของประเทศไทยมีลักษณะคล้ายคลึงกันอาจแตกต่างกันไปบ้างสำหรับจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งมีประชากร 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม ทำให้เกิดความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีเฉพาะท้องถิ่น

เกี่ยวกับลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคใต้ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ยังคงทำงานเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว อาชีพที่ทำส่วนใหญ่คือเกษตรกรกรรม และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ทำให้ได้รับความรัก ความเคารพยกย่องและการดูแลเอาใจใส่ จากสมาชิกในครอบครัวสูง

ผู้สูงอายุในภาคใต้ส่วนใหญ่จะประเมินว่าตนเองมีสุขภาพอ่อนแอกว่าคนวัยเดียวกัน สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเอง มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลปรุงอาหารให้ อาหารโปรดที่ผู้สูงอายุรับประทานมากที่สุด คือ ปลา อาจเป็นเพราะพื้นที่ภาคใต้ส่วนใหญ่ติดทะเล ทำให้อาหารทะเลมีราคาถูกโดยเฉพาะปลา การรับประทานปลายังทำให้เกิดผลดีต่อระบบย่อยอาหารของผู้สูงอายุอีกด้วยเพราะย่อยง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังชอบรับประทานผักต่างๆ แต่ไม่นิยมรับประทานผลไม้ และยังชอบดื่มกาแฟในตอนเช้า สำหรับการดื่มสุราพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะไม่ดื่มสุราและในผู้ที่เคยดื่มปัจจุบันมีความพยายามที่จะเลิกสูง เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่และการเคี้ยวหมาก พฤติกรรมดังกล่าวส่วนใหญ่จะพบในผู้สูงอายุเพศชาย

ในการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะซื้อยารับประทานเองหรือให้บุตรหลานจัดหามาให้ไม่นิยมไปโรงพยาบาล หรือรักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่นิยมที่จะรับประทานยาประจำ สำหรับอุบัติเหตุที่พบมากในผู้สูงอายุคือการลื่นหกล้มเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงานต้องมีการเคลื่อนไหวมาก (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ 2538: 24-110)

เกี่ยวกับสภาพจิตใจ พบว่าเมื่อเกิดความรู้สึกเหงาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น (พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่นๆ 2533: 115)

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการศึกษาของสอิ่ง ขวรวงกุล (2538: ก) พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัยอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือระดับดี ไม่มีระดับไม่ดี สำหรับด้านจิตวิสัย พบว่าระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือดี และพบว่ามีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดีน้อยที่สุด



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่มิ่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย คือ จังหวัดสตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาสซึ่งจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2533 ปรากฏว่ามีประชากรจำนวน 119,818 ราย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรของยามานะ (Yamane 1970 อ้างในประคองกรรมสูตร 2525: 10-11)

$$n = \frac{N}{(1 + Ne^2)} \quad \text{เมื่อระดับนัยความสำคัญเป็น } 0.05 \quad (\alpha = .05)$$

n = ขนาดของตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคาดเคลื่อนของตัวอย่างจากการสุ่มเท่าที่จะยอมรับได้

จากการคำนวณโดยใช้สูตรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 398.7 ราย ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้วิธีการแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยมีขั้นตอนในการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. สุ่มตัวอย่างจังหวัดด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยกำหนดสถานที่ที่จะศึกษา 1 จังหวัดจากจังหวัดทั้งหมด 4 จังหวัด ได้จังหวัดตัวอย่าง คือ จังหวัดยะลา
2. สุ่มตัวอย่างอำเภอจากจังหวัดที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 1 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยกำหนดสถานที่ที่จะศึกษา 1 อำเภอ จากอำเภอทั้งหมด 6 อำเภอ เนื่องจากพบว่าไม่มีความแตกต่างของแต่ละอำเภอ ได้อำเภอตัวอย่าง คือ อำเภอเมือง
3. สุ่มตัวอย่างตำบลจากอำเภอที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 2 ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยกำหนดสถานที่ที่จะศึกษา 2 ตำบล จากตำบลทั้งหมด 13 ตำบล ได้ตำบลตัวอย่าง คือ ตำบลสะเตงและตำบลบุคี ซึ่งมีประชากรอยู่ในตำบลตัวอย่างทั้งหมด 2,178 ราย
4. คำนวณจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละตำบลที่เป็นตัวอย่างโดยใช้สูตร
จำนวนตัวอย่างแต่ละตำบล = $\frac{\text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละตำบล}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด (ในตำบลที่สุ่มได้)}}$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ตำบลสะเตง	303 ราย	จากจำนวนประชากร	1,651 ราย
ตำบลบุคี	97 ราย	จากจำนวนประชากร	527 ราย

5. สุ่มรายชื่อผู้สูงอายุโดยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบจากระเบียนรายชื่อผู้สูงอายุซึ่งได้จากฝ่ายเวชสถิติโรงพยาบาลยะลา และสถานีอนามัยประจำตำบลบุคีโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะห่างของลำดับเลขที่เท่ากับ 5 ซึ่งคำนวณจากสูตร (ยูวดี ภาษา และคณะ 2532: 78)

$$i = \frac{N}{n}$$

n

$$i = \text{ระยะห่างของลำดับเลขที่}$$

$$N = \text{จำนวนประชากรทั้งหมดที่สุ่มได้}$$

$$n = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}$$

แล้วบันทึกรายชื่อ ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์มี 3 ตอน ประกอบด้วย

1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งรวบรวมจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว

2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม (Orem 1985 : 82-103, 1991 : 117-143) ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง 3 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ 6 ด้าน จำนวน 22 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1-22

2.1.1 การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอาหาร น้ำ อากาศที่เพียงพอ

2.1.2 การปฏิบัติตนเพื่อให้มีการขับถ่ายและระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

2.1.3 การปฏิบัติตนเพื่อการมีกิจกรรมที่เหมาะสมและมีการพักผ่อนที่เพียงพอ

2.1.4 การปฏิบัติตนเพื่อการใช้เวลาเป็นส่วนตัวและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.1.5 การปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันอันตรายต่อชีวิต

2.1.6 การปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ

2.2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน ส่งเสริม แก้ไขการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจ จากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในช่วงวัยสูงอายุ จำนวน 6 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 23-28

2.3 การดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามโครงสร้าง หรือหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ เช่น การเกิดโรคหรือเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการดูแลตนเองในเรื่อง การรับรู้และสนใจดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 29-34

3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 34 ข้อ เป็นการประเมินด้านจิตวิสัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของประภาพร จินนันทุยา (2536) โดยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของ เบอร์กฮอร์น และคณะ (Berghorn, et al. 1981 : 335-347) โดยปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุในสังคม

ไทย 5 ด้าน คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

3.1 สถานภาพทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้และทรัพย์สิน จำนวน 5 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1-5

3.2 สุขภาพ ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ จำนวน 9 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 6-14

3.3 สภาพแวดล้อม ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ญาติมิตร สมาชิกในครอบครัว สถานที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จำนวน 7 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 15-21

3.4 การพึ่งพาตนเอง ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และความรู้สึกในการพึ่งพาผู้อื่น จำนวน 8 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 22-29

3.5 การทำกิจกรรม ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกพึงพอใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมภายในครอบครัว ภายนอกครอบครัวและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน จำนวน 5 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 30-34

ลักษณะคำตอบขององค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน ในการสัมภาษณ์จะให้กลุ่มตัวอย่างประเมินด้วยตนเอง ซึ่งในแต่ละข้อผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ที่ตรงกับความรู้สึกตนเองมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุปานกลาง

กลาง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมาก	ได้	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ได้	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ได้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้	1	คะแนน

คะแนนของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 34-136 คะแนน และพิจารณาแบ่งระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ซึ่งพิจารณาจากค่าพิสัยของคะแนนคุณภาพชีวิต แล้วนำมาแจกแจงดังนี้ โดยนำค่าคะแนนสูงสุดของคุณภาพชีวิตโดยรวมลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดของคุณภาพชีวิตโดยรวม แล้วนำค่าที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี	คะแนน	34-67
ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง	คะแนน	68-101
ระดับคุณภาพชีวิตดี	คะแนน	102-136

ระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน นำค่าคะแนนสูงสุดของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน แล้วนำค่าที่ได้มาแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 5- 20 คะแนน

ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี	คะแนน	5-9
ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง	คะแนน	10-14
ระดับคุณภาพชีวิตดี	คะแนน	15-20

ด้านสุขภาพ มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 9-36 คะแนน

ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี	คะแนน	9-17
ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง	คะแนน	18-26
ระดับคุณภาพชีวิตดี	คะแนน	27-36

ด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 7- 28 คะแนน

ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี	คะแนน	7-13
ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง	คะแนน	14-20
ระดับคุณภาพชีวิตดี	คะแนน	21-28

ด้านการพึ่งพาตนเอง มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 8- 32 คะแนน

ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี	คะแนน	8-15
ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง	คะแนน	16-23
ระดับคุณภาพชีวิตดี	คะแนน	24-32

ด้านการทำกิจกรรม มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 5- 20 คะแนน

ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี	คะแนน	5-9
ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง	คะแนน	10-14
ระดับคุณภาพชีวิตดี	คะแนน	15-20

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพโดยการหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีรายละเอียดดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ (Content validity)

นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตรับการตรวจหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลและพยาบาลประจำการจำนวน 5 ท่านดังนี้ อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ คำนการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านทฤษฎีการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต 2 ท่าน พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ทำการตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์มาแก้ไขปรับปรุง ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่หาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว นำไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ตำบลสะเตงและตำบลนาคี อำเภอเมืองจังหวัดยะลาจำนวน 30 คน โดยการตรวจสอบคำตอบที่ได้จากการถามในแต่ละข้อว่าได้คำตอบตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ส่วนแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์จากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 3 ท่าน ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนดคือ เป็นผู้ที่มีการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีความสามารถในการฟังและพูดภาษาท้องถิ่นภาคใต้และภาษามลายูได้ เคยผ่านการทำวิจัยมาก่อน และมีความเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม-มีนาคม 2540

โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงหัวหน้าสถานีอนามัยประจำตำบลที่สุ่มตัวอย่างได้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการช่วยติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สูงอายุในตำบลนั้นๆ
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย อธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับการทำวิจัยขั้นตอนการให้แบบสัมภาษณ์ที่จะให้เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัยทั้ง 3 ท่าน เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์และสามารถอธิบายเพิ่มเติมแก่กลุ่มตัวอย่างได้ถูกต้องและตรงกับผู้วิจัย จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุด คือ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 3 ท่าน บันทึกข้อมูลจากผู้วิจัยสัมภาษณ์ลงในแบบสัมภาษณ์ของแต่ละท่านเช่นเดียวกับผู้วิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยทุกท่านจะต้องมีการบันทึกข้อมูลลงในแบบสัมภาษณ์ได้ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย
3. จากขั้นตอนในข้อที่ 2 หลังทดลองครบ 8 ครั้ง ผู้ช่วยวิจัยจึงสามารถบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้ตรงกันทั้ง 3 คนและตรงกับผู้วิจัย
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเดินทางไปพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อและสถานที่ที่บันทึกไว้ โดยผู้วิจัยจะอยู่ร่วมกับผู้ช่วยวิจัยก่อนทุกครั้งในการแนะนำตัวหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างใดไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ต่อ โดยก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้งจะชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ และอ่านใบพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงเริ่มสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในแบบสัมภาษณ์ทำการอธิบายเพิ่มเติมใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 40-60 นาที
5. หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละครั้งผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทุกครั้งก่อนกล่าวลาหากพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์จะทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบ
6. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 400 คน นำข้อมูลที่ได้มาห้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาประมวลผลและนำไปวิเคราะห์ผลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลและนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC⁺

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่และคำนวณเป็นร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการจำแนกเป็นกลุ่มหรือประเภทตามข้อมูลที่ได้ แล้วนำมาแจกแจงความถี่และคำนวณเป็นร้อยละ
3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาแบ่งระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง และไม่ดีตามเกณฑ์ซึ่งพิจารณาจากค่าพิสัยของคะแนนคุณภาพชีวิต แล้วนำมาแจกแจงความถี่และคำนวณเป็นร้อยละของคุณภาพชีวิตในแต่ละระดับ
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi Square = χ^2)และค่าสัมประสิทธิ์ความมีเงื่อนไข (Contingency Coefficient = C)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยครั้งนี้ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 400 ราย มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	151	37.8
หญิง	249	62.2
อายุ		
60-69 ปี	280	70.0
70-79 ปี	78	19.5
80-89 ปี	37	9.2
90 ปีขึ้นไป	5	1.3
ศาสนา		
พุทธ	266	66.5
อิสลาม	134	33.5
สถานภาพสมรส		
คู่	245	61.3
โสด	6	1.5
หม้าย	132	33.0
หย่า	4	1.0
แยก	13	3.2
ความสามารถในการใช้ภาษาไทย		
อ่านออก เขียนได้ ฟังเข้าใจ พูดได้	237	59.2
อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ฟังเข้าใจ พูดได้	96	24.0
อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ พูดไม่ได้	67	16.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	228	57.0
ค้าขาย	81	20.3
เกษตรกรรม	61	15.2
รับจ้าง	30	7.5
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,000 บาท	132	33.0
1,000 - 5,000 บาท	173	43.2
มากกว่า 5,000 บาท	95	23.8
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	161	40.2
ขยาย	239	59.8

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือร้อยละ 62.2 และ 37.8 ตามลำดับ ระดับอายุมีตั้งแต่ 60-99 ปี อายุเฉลี่ย 67 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมา ร้อยละ 19.5 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี และอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไปมีน้อยที่สุด คือร้อยละ 1.3 มากกว่าครึ่งนับถือศาสนาพุทธ คือร้อยละ 66.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.3 และร้อยละ 38.3 มีสถานภาพสมรสเดี่ยว โดยเป็นหม้ายมากที่สุด คือร้อยละ 33.0

กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่าน-เขียน-ฟัง และพูดภาษาไทยได้มีร้อยละ 59.2 และ ร้อยละ 16.8 ไม่สามารถอ่าน-เขียน-ฟังและพูดภาษาไทยได้เลย การประกอบอาชีพ พบว่ามีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก คือไม่มีอาชีพ ร้อยละ 57.0 มีอาชีพ ร้อยละ 43.0 มีรายได้โดยเฉลี่ย ประมาณ 4,555 บาท/เดือน โดยมีรายได้ต่ำสุด 100 บาท/เดือน รายได้สูงสุด 60,000 บาท/เดือน ร้อยละ 43.2 มีรายได้ในช่วง 1,000-5,000 บาท/เดือน จากการซักถามพบว่าที่มาของรายได้มักมาจากบุตรหลาน รองลงมาได้มาจากการทำงานเอง และบางรายมีที่มาของรายได้มากกว่า 1 แหล่ง ส่วนใหญ่อาศัยในครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 59.8 โดยมีบุตรเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาพฤติกรรม หรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผลการศึกษามีดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป

1.1 การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอาหาร น้ำ อากาศที่เพียงพอ ผู้วิจัยได้ศึกษาในเรื่องต่างๆ ดังนี้ จำนวนมื้ออาหารที่รับประทานในแต่ละวัน การรับประทานอาหารเสริม การดื่มเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย จำนวนน้ำที่ดื่มในแต่ละวัน การสูบบุหรี่ และการปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ ซึ่งผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พฤติกรรม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
จำนวนมื้ออาหารต่อวัน		
1 - 2 มื้อ	68	17.0
3 มื้อขึ้นไป	332	83.0
การรับประทานอาหารเสริม		
ไม่รับประทาน	164	41.0
รับประทาน	236	59.0
นม	122	46.7
ไมโล - โอวัลติน	115	44.1
ธัญพืช เช่น ข้าวโอ๊ต นวัตกรรม วิตามิน	19	7.3
	5	1.9
รวม	261*	100.0

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อขึ้นไป คือ ร้อยละ 83.0 รองลงมา โดยทั้งหมดรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่มีอาหารบางประเภทที่กลุ่มตัวอย่างไม่รับประทาน ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ได้แก่ เนื้อหมู เนื้อวัว สัตว์ปีกและเครื่องในสัตว์ และไข่ เหตุผลของการไม่รับประทาน คือ เนื้อเหนียวเคี้ยวลำบาก เหม็นคาว มีผลต่อความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และศึคหลักศาสนา และทั้งหมดปรุงอาหารสุกด้วยน้ำมันพืช การรับประทานอาหารเสริม ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.0 จะรับประทานอาหารเสริม โดยจะคึ้มนม ร้อยละ 46.7 รองลงมาคึ้มไมโล - โอวัลติน คือร้อยละ 44.1

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการดื่มน้ำและดื่มเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย

พฤติกรรม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
การดื่มเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย		
ไม่ดื่ม	231	57.8
ดื่ม	169	42.2
ชา , กาแฟ	163	83.6
สุรา , เบียร์	30	15.4
เครื่องดื่มบำรุงกำลัง	2	1.0
รวม	195*	100.0
ปริมาณน้ำดื่มต่อวัน		
น้อยกว่า 6 แก้ว	123	30.8
6 - 8 แก้ว	209	52.2
มากกว่า 8 แก้ว	68	17.0
ประเภทของน้ำดื่มที่ดื่ม		
น้ำกรองบรรจุขวด	153	38.2
น้ำดื่ม	138	34.5
น้ำฝน	71	17.8
น้ำประปา	30	7.5
น้ำแร่	8	2.0

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย คือ ร้อยละ 57.8 สำหรับผู้ที่ดื่มส่วนใหญ่จะดื่ม ชา , กาแฟ คิดเป็น ร้อยละ 83.6 ส่วนใหญ่จะดื่มวันละ ครั้งทุกเช้า

การดื่มน้ำ ร้อยละ 52.2 จะดื่มน้ำ 6-8 แก้ว/วัน ร้อยละ 17.0 ดื่มน้ำมากกว่า 8 แก้ว/วัน และร้อยละ 30.8 ดื่มน้ำน้อยกว่า 6 แก้ว/วัน น้ำที่ใช้ดื่มพบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มน้ำกรองบรรจุขวดมีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มน้ำดื่ม คือร้อยละ 38.2 และ 34.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์

พฤติกรรม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	317	79.2
สูบบุหรี่	83	20.8
การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์		
หลีกเลี่ยงบริเวณที่แออัดหรือที่มีอากาศเสีย	203	30.1
หยุดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่	174	26.6
จัดที่อยู่อาศัยให้อากาศถ่ายเทสะดวก	130	19.9
หาโอกาสไปในที่มีอากาศบริสุทธิ์	122	18.6
มีการหายใจเข้าออกลึกๆอย่างน้อยวันละ 20 ครั้ง	14	2.1
ไม่ได้ทำอะไร	11	1.7
รวม	654*	100.0

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการสูบบุหรี่ คือ ร้อยละ 79.2 และในการปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนไม่แตกต่างกันมากนัก คือ หลีกเลี่ยงบริเวณที่แออัดหรือที่มีอากาศเสีย ร้อยละ 30.1 รองลงมาจะหยุดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 26.6 จัดที่อยู่อาศัยให้มีการถ่ายเทสะดวก ร้อยละ 19.9 และหาโอกาสไปในที่มีอากาศบริสุทธิ์ ร้อยละ 18.6 มีเพียงร้อยละ 2.1 ที่มีการหายใจเข้าออกลึกๆอย่างน้อยวันละ 20 ครั้ง และร้อยละ 1.7 บอกว่าไม่ได้ทำอะไรเลย

1.2 การปฏิบัติตนเพื่อให้มีการขับถ่ายและระบายของเสียเป็นไปตามปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระซึ่งผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

พฤติกรรม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
การขับถ่ายอุจจาระ		
ขับถ่ายปกติ	349	87.2
ท้องผูกเป็นประจำ	40	10.0
ท้องเสียเป็นประจำ	10	2.5
ท้องผูกสลับท้องเสียเป็นประจำ	1	0.3
วิธีปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ		
รับประทานอาหารที่มีกากมาก	229	37.5
ดื่มน้ำมากๆ	152	24.9
ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลาทุกวัน	101	16.5
รับประทานยาระบาย	51	8.3
รับประทานยาสมุนไพร	39	6.4
ไม่ทำอะไรเลย	39	6.4
รวม	611*	100.0
การขับถ่ายปัสสาวะ		
ขับถ่ายปกติ	379	94.7
ปัสสาวะบ่อย	8	2.0
ปัสสาวะลำบาก	7	1.7
กลั้นปัสสาวะไม่อยู่	4	1.0
ปัสสาวะกระปริดกระปรอย	1	0.3
ปัสสาวะสีขุ่น	1	0.3

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 5 พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขับถ่ายอุจจาระปกติ คือร้อยละ 87.2 โดยผู้ที่มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระส่วนใหญ่มีอาการท้องผูกเป็นประจำ และแก้ไขปัญหามีอาการโดยการรับประทานยาระบาย

สำหรับการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมการขับถ่ายอุจจาระ พบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตนโดยการรับประทานอาหารที่มีกาก ร้อยละ 37.5 รองลงมา คือดื่มน้ำมากๆ ร้อยละ 24.9 ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลาทุกวัน ร้อยละ 16.5 รับประทานยาระบาย ร้อยละ 8.3 และสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาสมุนไพรมีจำนวนเท่ากับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำอะไรเลย คิดเป็นร้อยละ 6.4

พฤติกรรมการขับถ่ายปัสสาวะ พบว่าส่วนใหญ่มีการขับถ่ายปัสสาวะปกติ คือร้อยละ 94.7 ส่วนผู้ที่มีปัญหาส่วนใหญ่มีอาการปัสสาวะบ่อยการขับถ่ายปัสสาวะมีเพียง คือ ร้อยละ 2.0

1.3 การปฏิบัติตนเพื่อให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมและการพักผ่อนที่เพียงพอ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายและวิธีการออกกำลังกาย จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับกลางคืนและกลางวัน ปัญหาในการนอนหลับและการปฏิบัติตนเมื่อมีปัญหาในการนอนหลับ ซึ่งผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 6-8

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	142	35.5
ออกกำลังกาย	258	64.5
เดิน	163	63.2
กายบริหาร	48	18.6
วิ่งเหยาะๆ	23	8.9
ถีบจักรยาน	20	7.8
รำมวยจีน	3	1.2
แอโรบิค	1	0.3
รวม	258	100.0

จากตารางที่ 6 การออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 64.5 โดยร้อยละ 63.2 ออกกำลังกายโดยการเดิน รองลงมาร้อยละ 18.6 จะทำกายบริหาร และมีเพียงร้อยละ 0.3 ที่ออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก ส่วนผู้ที่ไม่มีการออกกำลังกายส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการนอนหลับ

พฤติกรรม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการนอนหลับต่อคืน		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	41	10.2
ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไป	359	89.8
การนอนหลับในเวลากลางวัน		
ไม่นอน	103	74.3
นอน	297	25.7
นอน 15 นาที - 1 ชม.	110	37.0
1 1/2 - 2 ชม.	118	39.8
3 ชม.	66	22.2
4 ชม.	3	1.0
รวม	297	100.0
ปัญหาในการนอนหลับ		
ไม่มี	346	86.5
มี	54	13.5
การปฏิบัติตนเมื่อมีปัญหาการนอนหลับ		
ไม่ทำอะไรเลย	26	48.2
รับประทานยานอนหลับ	20	37.0
สวดมนต์ ทำสมาธิ	6	11.1
ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ เช่น นม น้ำผลไม้	2	3.7
รวม	54	100.0

จากตารางที่ 7 การนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นอนหลับ ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไปในแต่ละคืน คิดเป็นร้อยละ 89.8 และมีร้อยละ 10.2 ที่นอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.5 มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยผู้ที่มีปัญหา และไม่ทำอะไรเลย คิดเป็นร้อยละ 48.2 รองลงมา ร้อยละ 37.0 จะรับประทานยานอนหลับ สำหรับการนอนหลับในเวลากลางวัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการนอนหลับในเวลากลางวัน คือ ร้อยละ 74.3 สำหรับผู้ที่นอนหลับในเวลากลางวันส่วนใหญ่จะนอน 1 1/2-2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 39.8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการช่วยเหลือกิจกรรมในครอบครัว

พฤติกรรม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
การช่วยเหลือกิจกรรมภายในครอบครัว		
ทำงานบ้าน	195	48.8
เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 7 ขวบ	55	13.8
ช่วยเหลือกิจการของครอบครัว	53	13.2
ไม่ได้ทำอะไรเลย	97	24.2

จากตารางที่ 8 การปฏิบัติกิจกรรมภายในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 48.8 ช่วยเหลือโดยการทำงานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ปรุงอาหาร เป็นต้น รองลงมา ร้อยละ 13.8 จะช่วยเลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 7 ขวบ ร้อยละ 13.2 ช่วยดูแลกิจการของครอบครัว เช่น ฝ่าหน้าร้าน ช่วยขายของ เป็นต้น และร้อยละ 24.2 ไม่ได้ทำอะไรเลย

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน
หย่อนใจ

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
พูดคุยกับเพื่อนบ้าน	136	22.6
ดูโทรทัศน์	124	20.6
ฟังเทศน์ สนทนาธรรม ทำบุญ ทำละหมาด อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน	97	16.1
ทำงานอดิเรก	72	12.0
อ่านหนังสือ	63	10.5
ท่องเที่ยว	56	9.3
ฟังวิทยุ	44	7.3
ซื้อปิ้ง	9	1.5
รวม	601*	100.0

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 9 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 22.6 จะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ร้อยละ 20.6 ดูโทรทัศน์ ร้อยละ 16.1 ของกลุ่มตัวอย่างที่ เข้าวัดฟังเทศน์ สนทนาธรรม ทำบุญ ทำละหมาด อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน และมีเพียงร้อยละ 1.5 เท่านั้นที่ซื้อปิ้ง กิจกรรมส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติทุกวัน ยกเว้นฟังเทศน์ สนทนาธรรม ทำบุญ ทำละหมาด อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน ฟังวิทยุ และซื้อปิ้ง จะปฏิบัติเป็นบางครั้ง ส่วนการท่องเที่ยวจะปฏิบัติเป็นบางครั้ง

1.4 การปฏิบัติตนเพื่อการมีเวลาเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและประเภทของกิจกรรมทางสังคมที่เข้าร่วม ซึ่งผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

พฤติกรรม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม		
ไม่เข้าร่วมกิจกรรม	72	18.0
เข้าร่วมกิจกรรม	328	82.0
งานศพ	277	36.3
งานแต่งงาน	258	33.8
งานบวช	215	28.1
ชมรม	14	1.8
รวม	764*	100.0

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 10 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมคิดเป็น ร้อยละ 82.0 โดยกิจกรรมที่เข้าร่วมจะเป็นงานศพมากที่สุด คือร้อยละ 36.3 รองลงมา คืองานแต่งงานและงานบวช คิดเป็นร้อยละ 33.8 และ 28.1 ตามลำดับ สำหรับกิจกรรมชมรมกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมน้อยที่สุด คือร้อยละ 1.8 ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมให้เหตุผลว่าสุขภาพไม่แข็งแรงและไม่มีเวลา

1.5 การปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันอันตรายต่อชีวิต ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านและวิธีการป้องกัน ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการป้องกันอุบัติเหตุ

การป้องกันอุบัติเหตุ	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
ภายในบ้าน		
ไม่มีการป้องกัน	136	34.0
มีการป้องกัน	264	66.0
ดูแลจัดบ้านให้เป็นระเบียบไม่วางของเกะกะ	121	33.0
จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอในจุดที่จำเป็น	102	27.9
ดูแลพื้นบ้าน พื้นห้องน้ำไม่ให้เปียกชื้น	80	21.9
หลีกเลี่ยงการขึ้นบันไดหรือที่สูงชัน	63	17.2
รวม	366*	100.0
ภายนอกบ้าน		
ไม่มีการป้องกัน	79	19.8
มีการป้องกัน	321	80.2
หลีกเลี่ยงการเดินทางในเวลาค่ำมืด	187	47.7
ระมัดระวังในการข้ามถนนหรือข้ามพร้อมผู้อื่น	113	28.8
มีผู้อื่นไปด้วยทุกครั้งเมื่อเดินทางออกนอกบ้าน	92	23.5
รวม	392*	100.0

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 11 การป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.0 มีการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน โดยดูแลจัดบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่วางข้าวของเกะกะ ร้อยละ 33.0 จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอในจุดที่จำเป็น ร้อยละ 27.9 ดูแลไม่ให้พื้นบ้าน พื้นห้องน้ำเปียกชื้น ร้อยละ 21.7 และหลีกเลี่ยงการขึ้นบันไดหรือที่สูงชัน ร้อยละ 17.2

สำหรับการป้องกันอุบัติเหตุภายนอกบ้าน ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการป้องกันอุบัติเหตุภายนอกบ้าน คือร้อยละ 80.2 โดยการหลีกเลี่ยงการเดินทางในเวลาค่ำมืด ร้อยละ 47.7

ระมัดระวังในการข้ามถนนหรือข้ามพร้อมผู้อื่น ร้อยละ 28.8 และมีผู้อื่นไปค้ำยทุกครั้งเมื่อเดินทางออกนอกบ้าน ร้อยละ 23.5

1.6 การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการอาบน้ำ แปรงฟัน การสระผม และการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคลและการตรวจสุขภาพประจำปี

การดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคลและการตรวจสุขภาพประจำปี	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
จำนวนครั้งในการอาบน้ำต่อวัน		
1 ครั้ง	40	10.0
2 ครั้ง	233	58.3
3 ครั้งขึ้นไป	127	31.7
จำนวนครั้งในการสระผมต่อสัปดาห์		
1 - 2 ครั้ง	284	71.0
3 - 4 ครั้ง	87	21.7
สระผมทุกวัน	29	7.3
จำนวนครั้งในการทำความสะอาดปากฟันต่อวัน		
1 ครั้ง	75	18.7
2 ครั้ง	295	73.8
3 ครั้งขึ้นไป	30	7.5
วิธีการทำความสะอาดปากฟัน		
แปรงฟัน	347	86.7
บ้วนปาก	46	11.5
อมเกลือ	6	1.5
ใช้แปรงสีฟัน	1	0.3
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ไม่เคยตรวจเลย	75	18.7
ตรวจนานๆครั้ง	121	30.2
ตรวจเป็นประจำทุกปี	36	9.0

จากตารางที่ 12 เกี่ยวกับการอาบน้ำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 58.3

การทำความสะอาดปากฟันโดยส่วนใหญ่ทำความสะอาดปากฟันด้วยการแปรงฟัน คือ ร้อยละ 86.7 รองลงมาจะบ้วนปากด้วยน้ำเปล่า ร้อยละ 11.5 โดยส่วนใหญ่จะทำความสะอาดปากฟันวันละ 2 ครั้ง คือตื่นเช้า และก่อนนอน คิดเป็นร้อยละ 73.8

สำหรับการทำความสะอาดผม ส่วนใหญ่จะมีการสระผมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 71.0

การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเลย คือ ร้อยละ 60.8 สำหรับผู้ที่มีการตรวจเป็นบางครั้งมี ร้อยละ 30.2 และมีเพียงร้อยละ 9.0 เท่านั้นที่มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี



2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

ผู้วิจัย ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันส่งเสริม แก้ไขการเกิดผลเสีย ต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 13-16

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติตนเมื่อเกิดความรู้สึกร้าง

พฤติกรรม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
ความรู้สึกร้าง		
ไม่มีความรู้สึกร้าง	122	30.5
มีความรู้สึกร้าง	278	69.5
การปฏิบัติตนเมื่อเกิดความรู้สึกร้าง		
ทำงานอดิเรก	128	32.0
พูดคุยกับคนรอบข้าง	97	24.3
เก็บตัวเงียบไม่ยุ่งกับใคร	25	6.3
เลี้ยงหลาน	14	3.5
ทำงานบ้าน	9	2.2
ไปวัด หรือมีสยิด ฟังธรรมะ ทำบุญ	5	1.2
รวม	278	69.5
การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกร้าง		
พูดคุยกับคนรอบข้าง	36	9.0
ทำงานบ้าน	36	9.0
ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต	20	5.0
ทำงานอดิเรก	17	4.2
ไปวัด หรือมีสยิด ฟังธรรมะ ทำบุญ	10	2.5
เลี้ยงหลาน	3	0.8
รวม	122	30.5

จากตารางที่ 13 เกี่ยวกับรู้สึกร้างความเหงา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความรู้สึกร้าง คิดเป็นร้อยละ 69.5 โดยกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้จะมีวิธีการปฏิบัติตนเมื่อมีความรู้สึกร้าง ดังนี้ ร้อยละ 32.0 จะทำงานอดิเรกทำ ร้อยละ 24.3 จะพูดคุยกับคนรอบข้าง ร้อยละ 6.3 เก็บตัวเงียบไม่ยุ่งกับใคร ร้อยละ 3.5 จะเลี้ยงหลาน ร้อยละ 2.2 จะทำงานบ้าน และมีเพียงร้อยละ 1.2 ที่จะไปวัด

ฟังธรรมะ หรือทำบุญ ทำละมด ส่วนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.5 ที่ไม่มีความรู้สึกหงาบอกว่ามีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกหงาด้วยการพูดคุยกับคนรอบข้าง ซึ่งมีจำนวนเท่ากับผู้ที่อาศัยการทำงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 9.0 ทำงานอดิเรก ร้อยละ 4.2 ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตมี ร้อยละ 5.0 ไปวัดฟังธรรมะ หรือทำบุญ ในผู้นับถือศาสนาอิสลามจะทำละมด ร้อยละ 2.5 และเลี้ยงหลาน ร้อยละ 0.8

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติตนเมื่อเกิดความรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิด

พฤติกรรม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
ความรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิด		
ไม่มีความรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิด	142	35.5
มีความรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิด	258	64.5
การปฏิบัติตนเมื่อเกิดความรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิด		
ทำใจยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลง	63	15.8
เก็บอารมณ์ไว้คนเดียว ไม่บอกให้ใครทราบ	57	14.2
ทำงานอดิเรกเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน	53	13.2
แสดงปฏิกิริยาตอบโต้กับคนที่ทำให้เกิดอารมณ์	46	11.5
ใช้หลักธรรมะในการดำเนินชีวิต	25	6.3
ปรึกษาหรือระบายกับคนใกล้ชิด	14	3.5
รวม	258	64.5

จากตารางที่ 14 เกี่ยวกับความรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิดพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกดังกล่าวร้อยละ 64.5 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกโกรธ เสียใจ หงุดหงิดจะปฏิบัติตนเมื่อเกิดความรู้สึกดังกล่าวด้วยการทำใจยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 15.8 เก็บอารมณ์ไว้คนเดียว ไม่บอกให้ใครทราบ ร้อยละ 14.2 ทำงานอดิเรกทำเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินร้อยละ 13.2 แสดงปฏิกิริยาโต้ตอบกับคนที่ทำให้เกิดความรู้สึกดังกล่าวร้อยละ 11.5 ใช้หลักธรรมะในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 6.3 และร้อยละ 3.5 จะปรึกษาหรือระบายกับคนใกล้ชิด

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติตนเมื่อเกิดความรู้สึกว่า
บทบาทหน้าที่ลดลง

พฤติกรรม	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
ความรู้สึกว่าบทบาทหน้าที่ลดลง		
ไม่มีความรู้สึกว่าบทบาทหน้าที่ลดลง	163	40.8
มีความรู้สึกว่าบทบาทหน้าที่ลดลง	237	59.2
การปฏิบัติตนเมื่อเกิดความรู้สึกว่าบทบาทหน้าที่ลดลง		
ทำใจยอมรับ	72	18.0
พยายามช่วยเหลือตนเองไม่ทำตนให้เป็นภาระ	55	13.7
รู้สึกเสียใจ น้อยใจอยู่เงียบๆคนเดียว	49	12.3
ทำตนให้ผู้อื่นเห็นว่ายังมีประโยชน์ต่อครอบครัว	36	9.0
บอกความรู้สึกหรือความต้องการแก่บุตรหลาน	15	3.7
หมกมุ่นคิดถึงปัญหาเรื่องนี้อยู่เสมอ	8	2.0
ไปวัดหรือมีสวด ทำบุญหรืออ่านคัมภีร์อัลกุรอาน	2	0.5
รวม	237	59.2

จากตารางที่ 15 เมื่อบทบาทหน้าที่ลดลงผู้สูงอายุอาจมีความรู้สึกถึงความสำคัญในตนเองลดลง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกว่าบทบาทหน้าที่ลดลง คิดเป็นร้อยละ 59.2 และจะปฏิบัติตนเมื่อเกิดความรู้สึกดังกล่าวโดยทำใจยอมรับ ร้อยละ 18.0 พยายามช่วยเหลือตนเองไม่ให้เป็นการร้อยละ 13.7 รู้สึกน้อยใจ เสียใจอยู่เงียบๆคนเดียวร้อยละ 12.3 พยายามทำตนให้ผู้อื่นเห็นว่ายังมีประโยชน์ต่อครอบครัว ร้อยละ 9.0 บอกความรู้สึกหรือความต้องการแก่บุตรหลาน ร้อยละ 3.7 หมกมุ่นคิดถึงปัญหาเรื่องนี้อยู่เสมอ ร้อยละ 2.0 และร้อยละ 0.5 ไปวัดทำบุญ และในผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจะอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความตาย และสภาพจิตใจและอารมณ์

ความคิดเห็น	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
ความเจ็บป่วย		
กังวลและกลัวความเจ็บป่วย	72	18.0
กังวลเป็นบางครั้งเมื่อมีคนใกล้ชิดหรือเพื่อนวัยเดียวกันเจ็บป่วย	62	15.5
ไม่กังวลและกลัวความเจ็บป่วย	266	66.5
ความตาย		
กังวลและกลัวความตาย	13	3.2
กังวลเป็นบางครั้งเมื่อมีคนใกล้ชิดหรือเพื่อนวัยเดียวกันเสียชีวิต	19	4.8
ไม่กังวลและกลัวความตาย	368	92.0
สภาพจิตใจและอารมณ์		
มีความสุข	114	28.5
เฉยๆ	258	64.5
ไม่มีความสุข	28	7.0

ตารางที่ 16 เกี่ยวกับความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว คิดเป็น ร้อยละ 66.5 ส่วน ร้อยละ 18.0 จะมีความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว และร้อยละ 15.5 มีความรู้สึกตกกังวลและกลัวเป็นบางครั้งเมื่อมีคนใกล้ชิดหรือเพื่อนวัยเดียวกันเจ็บป่วย

เกี่ยวกับความตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลและกลัว คือ ร้อยละ 92.0 รองลงมามีความรู้สึกวิตกกังวลและกลัวเป็นบางครั้งเมื่อมีคนใกล้ชิดหรือเพื่อนวัยเดียวกันเสียชีวิต คือ ร้อยละ 4.8 และกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกวิตกกังวลและกลัวอยู่เสมอมี ร้อยละ 3.2

สำหรับสภาพจิตใจและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อให้กลุ่มตัวอย่างเลือกรูปภาพที่แสดงสภาพจิตใจและอารมณ์ พบว่า ร้อยละ 64.5 เลือกรูปภาพที่แสดงถึงความรู้สึกมีความสุขปานกลาง ร้อยละ 28.5 เลือกรูปภาพที่แสดงถึงความรู้สึกมีความสุข และร้อยละ 7.0 เลือกรูปภาพที่แสดงถึงความรู้สึกไม่มีความสุข

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ อารมณ์ และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะส่งผลให้การทำงานของร่างกายเสื่อมลง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาสุขภาพและการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 17-20

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
อาการเสื่อมจากวัยสูงอายุ		
ไม่มีอาการเสื่อม	241	60.2
มีอาการเสื่อม	159	39.8
ปวดหลัง	69	34.1
ปวดเข่า	60	29.7
ท้องผูก	30	14.9
ปวดขา	24	11.9
อ่อนเพลีย	10	5.0
ปวดมีนคันระ	9	4.4
รวม	202*	100.0
ปัญหาสุขภาพ		
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	269	67.2
มีปัญหาสุขภาพ	131	32.8
โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	102	40.2
โรกระบบหัวใจและหลอดเลือด	87	34.2
โรกระบบต่อมไร้ท่อ	28	11.0
โรกระบบทางเดินอาหารและลำไส้	18	7.1
โรกระบบทางเดินหายใจ	7	2.7
โรกระบบอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	6	2.4
โรคเกี่ยวกับตา หู คอ จมูก	3	1.2
โรคผิวหนัง	3	1.2
รวม	254*	100.0

* กลุ่มตัวอย่างบางรายมีอาการจากความเสื่อมตามวัยสูงอายุและปัญหาสุขภาพมากกว่า 1

จากตารางที่ 17 เกี่ยวกับอาการเสื่อมในวัยสูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการเสื่อมจากวัยสูงอายุ คือ ร้อยละ 60.2 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเสื่อม พบว่ามีอาการปวดหลังมากที่สุด คือร้อยละ 34.1 รองลงมาคือปวดเข่า ร้อยละ 29.7

สำหรับปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ คือร้อยละ 67.3 ส่วนปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดร้อยละ 40.2 คือโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรคเกี่ยวกับกระดูก คือ ปวดหลัง ปวดเข่า เกาต์ และกระดูกหัก ส่วนร้อยละ 34.2 เป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด คือโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ และร้อยละ 11.0 เป็นโรคระบบต่อมไร้ท่อส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ

แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	271	33.1
คำบอกเล่าจากเพื่อนบ้าน	144	17.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	140	17.1
คำบอกเล่าจากบุตรหลาน	130	15.9
วิทยุ	68	8.3
หนังสือ และสิ่งพิมพ์อื่นๆ	60	7.3
หออกระจายข่าวในหมู่บ้าน	6	0.7
รวม	819*	100.0

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 18 แหล่งข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ จากโทรทัศน์ ร้อยละ 33.1 คำบอกเล่าจากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 17.6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 17.1 คำบอกเล่าจากบุตรหลาน ร้อยละ 15.9 วิทยุ ร้อยละ 8.3 หนังสือและสิ่งพิมพ์ 7.3 และหออกระจายข่าวในหมู่บ้าน ร้อยละ 0.7

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย

การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วย	จำนวน(n=400)	ร้อยละ
การเจ็บป่วยเล็กน้อย		
ซื้อยารับประทานเอง	343	85.8
รักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	30	7.5
ปล่อยให้หายเอง	26	6.4
รักษาแผนโบราณ	1	0.3
การเจ็บป่วยรุนแรง		
รักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	333	83.2
ซื้อยารับประทานเอง	41	10.2
ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง	22	5.5
ปล่อยให้หายเอง	3	0.8
รักษาแผนโบราณหรือสมุนไพร	1	0.3

จากตารางที่ 19 พบว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า ปวดเอว ท้องผูกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จะซื้อยารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 85.8 รองลงมาคือ ไปรับการรักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 7.5 ปล่อยให้หายเอง และรักษาแผนโบราณหรือรับประทานยาสมุนไพรสมุนไพร ร้อยละ 6.4 และ 0.3 ตามลำดับ

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงเกิดขึ้น พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จะเลือกที่รับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด คือ ร้อยละ 83.2 แต่ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาเลย ในผู้ที่ไปพบแพทย์จะไปเพราะแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการมากที่สุด โดยการรักษาที่ได้รับมักเป็นการรับประทานยา และปัจจุบันส่วนใหญ่ยังคงมีอาการเจ็บป่วยอยู่ รองลงมาจะซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 10.2 ส่วนร้อยละ 0.8 จะปล่อยให้หายเอง ร้อยละ 0.3 จะรักษาแผนโบราณหรือรับประทานยาสมุนไพร และร้อยละ 5.5 บอกว่าไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ แตกต่างกันไป ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวซึ่งได้แบ่งตามนิยามตัวแปร มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งพฤติกรรมที่เลือกมาศึกษาได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน เนื่องจากเมื่อพิจารณาตามข้อมูลที่ได้ พบว่าเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญต่อสุขภาพและมี การกระจายของข้อมูลที่เหมาะสมในการหาความสัมพันธ์โดยการใช้ค่าสถิติไคสแควร์ และการศึกษานำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าสถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์ความมีเงื่อนไข ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 20-26

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรม	เพศ		รวม(n=400)	การทดสอบทางสถิติ
	ชาย(n=151)	หญิง(n=249)		
การรับประทานอาหาร				
3 มื้อขึ้นไป	84.1(127)	79.9(199)	81.5(326)	$\chi^2 = 1.09$
1 - 2 มื้อ	15.9(24)	20.1(50)	18.55(74)	C = .05
การสูบบุหรี่				
สูบ	44.4(67)	6.4(16)	79.2(317)	$\chi^2 = 82.30^{***}$
ไม่สูบ	55.6(84)	93.6(233)	20.8(83)	C = .41
การออกกำลังกาย				
ออกกำลังกาย	66.9(101)	63.1(157)	64.5(258)	$\chi^2 = .60$
ไม่ออกกำลังกาย	33.1(50)	36.9(92)	35.5(142)	C = .04
การเข้าร่วมกิจกรรม				
ร่วมกิจกรรม	86.1(130)	79.5(175)	82.0(328)	$\chi^2 = 2.75$
ไม่ร่วมกิจกรรม	13.9(21)	20.5(51)	18.0(72)	C = .08
การตรวจสอบสุขภาพประจำปี				
ไม่เคยตรวจเลย	58.9(89)	61.9(154)	60.8(243)	$\chi^2 = .82$
ตรวจนานๆครั้ง	30.5(46)	30.1(75)	30.3(121)	C = .05
ตรวจเป็นประจำ	10.6(16)	8.1(20)	9.0(36)	
การป้องกันอุบัติเหตุภายในแลภายนอก				
บ้าน				
ไม่มีการป้องกันเลย	20.5(31)	7.2(18)	12.3(49)	$\chi^2 = 17.43^{***}$
ป้องกันอย่างไร อย่างหนึ่ง	30.5(46)	28.5(71)	29.3(117)	C = .20
มีการป้องกันทั้งสองอย่าง	49.0(74)	64.3(160)	58.5(234)	

*** p < .001

จากตารางที่ 20 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .41$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง คือร้อยละ 44.4 และ 6.4 ตามลำดับ

เพศมีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .20$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย คือร้อยละ 64.3 และ 49.0 ตามลำดับ

เพศมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรม	ศาสนา		รวม(n=400)	การทดสอบทางสถิติ
	พุทธ(n=266)	อิสลาม(n=134)		
การรับประทานอาหาร				
3 มื้อขึ้นไป	80.8 (215)	82.8 (111)	81.5 (326)	$\chi^2 = .24$
1-2 มื้อ	19.2 (51)	17.2 (23)	18.5 (74)	C = .02
การสูบบุหรี่				
สูบ	19.5 (52)	23.1 (31)	20.8 (83)	$\chi^2 = .70$
ไม่สูบ	80.5 (214)	76.9 (103)	79.2 (317)	C = .04
การออกกำลังกาย				
ออกกำลังกาย	69.2 (184)	55.2 (74)	64.5 (258)	$\chi^2 = 7.57^{***}$
ไม่ออกกำลังกาย	30.8 (82)	44.8 (60)	35.5 (142)	C = .14
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม				
ร่วมกิจกรรม	80.5 (214)	85.1 (114)	82.0 (328)	$\chi^2 = 1.29$
ไม่ร่วมกิจกรรม	19.5 (52)	14.9 (20)	18.0 (72)	C = .06
การตรวจสุขภาพประจำปี				
ไม่เคยตรวจ	54.2 (144)	73.9 (99)	60.8 (243)	$\chi^2 = 17.19^{***}$
ตรวจนานๆครั้ง	33.8 (90)	23.1 (31)	30.3 (121)	C = .20
ตรวจเป็นประจำ	12.0 (32)	3.0 (4)	9.0 (36)	
การป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน				
บ้าน				
ไม่มีการป้องกัน	4.5 (12)	27.6 (37)	12.3 (49)	$\chi^2 = 44.40^{***}$
มีการป้องกันอย่างใดอย่างหนึ่ง	31.2 (83)	25.4 (34)	29.3 (117)	C = .32
มีการป้องกันทั้งสองอย่าง	64.3 (171)	47.0 (63)	38.5 (234)	

*** p < .001

** p < .01

จากตารางที่ 21 พบว่า ศาสนามีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .14$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธมีการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลาม คือร้อยละ 69.2 และ 55.2 ตามลำดับ

ศาสนามีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .20$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธมีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลาม คือร้อยละ 12.0 และ 3.0 ตามลำดับ

ศาสนามีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .32$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธมีการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลาม คือร้อยละ 64.3 และ 47.0 ตามลำดับ

ศาสนามีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรม	สถานภาพสมรส		รวม(n=400)	การทดสอบทางสถิติ
	เดี่ยว(n=155)	คู่(n=245)		
การรับประทานอาหาร				
3 มื้อขึ้นไป	77.4 (120)	84.1 (206)	81.5 (326)	$\chi^2 = 2.80$
1 - 2 มื้อ	22.6 (35)	15.9 (39)	18.5 (74)	C = .8
การสูบบุหรี่				
สูบ	12.9 (20)	25.7 (63)	20.8 (83)	$\chi^2 = 9.48^{**}$
ไม่สูบ	87.1 (135)	74.3 (182)	79.3 (317)	C = .15
การออกกำลังกาย				
ออกกำลังกาย	66.5 (103)	63.3 (155)	64.5 (258)	$\chi^2 = .42$
ไม่ออกกำลังกาย	33.5 (52)	36.7 (90)	35.5 (142)	C = .03
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม				
ร่วมกิจกรรม	75.5 (117)	86.1 (211)	82.0 (328)	$\chi^2 = 7.28^{**}$
ไม่ร่วมกิจกรรม	24.5 (38)	13.9 (34)	18.0 (72)	C = .13
การตรวจสอบสุขภาพประจำปี				
ไม่เคยตรวจเลย	63.9 (99)	58.8 (144)	60.8 (243)	$\chi^2 = 4.59$
ตรวจนานๆครั้ง	31.0 (48)	29.8 (73)	30.3 (121)	C = .11
ตรวจเป็นประจำทุกปี	5.1 (8)	11.4 (28)	9.0 (36)	
การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้าน				
ไม่มีการป้องกัน	11.0 (17)	13.1 (32)	12.3 (49)	$\chi^2 = .39$
ป้องกันอย่างใด อย่างหนึ่ง	29.7 (46)	29.0 (71)	29.3 (117)	C = .03
มีการป้องกันทั้งสองอย่าง	59.3 (92)	57.9 (142)	58.5 (234)	

** p < .01

จากตารางที่ 22 พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .15$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว คือร้อยละ 25.7 และ 12.9 ตามลำดับ

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .13$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว คือร้อยละ 86.1 และ 75.5 ตามลำดับ

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้ภาษาไทยกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรม	ความสามารถในการใช้ภาษาไทย			รวม(n=400)	การทดสอบทาง สถิติ
	อ่านเขียน ฟังพูดได้ (n=237)	อ่านเขียนไม่ได้ ฟังพูดได้ (n=96)	อ่านเขียน ฟังพูดไม่ได้ (n=67)		
	การรับประทานอาหาร				
3 มือขึ้นไป	83.1 (197)	83.3 (80)	73.1 (49)	81.5 (326)	$\chi^2=3.74$
1 - 2 มือ	16.9 (40)	16.7 (16)	26.9 (18)	18.5 (74)	C = .10
การสูบบุหรี่					
สูบ	23.2 (55)	12.5 (12)	23.9 (16)	20.8 (83)	$\chi^2=5.24$
ไม่สูบ	76.8 (182)	87.5 (84)	76.1 (52)	79.3 (317)	C = .11
การออกกำลังกาย					
ออกกำลังกาย	70.5 (167)	63.5 (61)	44.8 (30)	64.5 (258)	$\chi^2=15.10^{***}$
ไม่ออกกำลังกาย	29.5 (70)	36.5 (35)	55.2 (37)	35.5 (142)	C = .19
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม					
ร่วมกิจกรรม	85.6 (203)	80.2 (77)	71.6 (48)	82.0 (328)	$\chi^2=7.23^*$
ไม่ร่วมกิจกรรม	14.4 (34)	19.8 (19)	28.4 (19)	18.0 (72)	C = .13
การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้าน					
ไม่มีการป้องกัน	8.4 (20)	16.7 (16)	19.4 (13)	12.3 (49)	$\chi^2=8.74$
ป้องกันอย่างใดอย่างหนึ่ง	29.1 (69)	30.2 (29)	28.4 (19)	29.3 (117)	C = .15
มีการป้องกันทั้งสองอย่าง	62.5 (148)	53 (51)	52.2 (35)	58.5 (234)	

*** p < .001

* p < .05

จากตารางที่ 23 พบว่า ความสามารถในการใช้ภาษาไทยมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (C =.19) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยได้มีการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อ่าน

เขียนไม่ได้ แต่ฟัง พูดภาษาไทยได้ และมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยไม่ได้ คือร้อยละ 70.5 , 63.5 และ 44.8 ตามลำดับ

ความสามารถในการใช้ภาษาไทยมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .13$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ อ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยได้มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อ่าน เขียนไม่ได้ แต่ฟัง พูดภาษาไทยได้ และมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยไม่ได้ คือร้อยละ 85.6 , 80.2 และ 71.6 ตามลำดับ

ความสามารถในการใช้ภาษาไทยความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรม	อาชีพ		รวม(n=400)	การทดสอบทางสถิติ
	มีอาชีพ (n=172)	ไม่มีอาชีพ (n=228)		
การรับประทานอาหาร				
3 มื้อขึ้นไป	88.4 (152)	76.3 (174)	81.5 (326)	$\chi^2=9.45^{**}$
1 - 2 มื้อ	11.6 (20)	23.7 (54)	18.5 (74)	C = .15
การสูบบุหรี่				
สูบ	22.1 (38)	19.7 (45)	20.8 (83)	$\chi^2 = .33$
ไม่สูบ	77.9 (134)	80.3 (183)	79.3 (317)	C = .29
การออกกำลังกาย				
ออกกำลังกาย	57.0 (98)	70.2 (160)	64.5 (258)	$\chi^2=7.46^{**}$
ไม่ออกกำลังกาย	43.0 (74)	29.8 (68)	35.5 (142)	C = .14
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม				
ร่วมกิจกรรม	90.1 (155)	75.9 (173)	82.0 (328)	$\chi^2=13.47^{***}$
ไม่ร่วมกิจกรรม	9.9 (17)	24.1 (55)	18.0 (72)	C = .18
การตรวจสุขภาพประจำปี				
ไม่เคยตรวจเลย	66.9 (115)	56.1 (128)	60.8 (243)	$\chi^2=5.36$
ตรวจนานๆครั้ง	26.7 (46)	32.9 (75)	30.3 (121)	C = .11
ตรวจเป็นประจำทุกปี	6.4 (11)	11.0 (25)	9.0 (36)	
การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและ ภายนอกบ้าน				
ไม่มีการป้องกัน	10.8 (31)	7.9 (18)	12.3 49	$\chi^2=11.24^{**}$
ป้องกันอย่างใด อย่างหนึ่ง	30.8 (53)	28.1 (64)	29.3 117	C = .17
มีการป้องกันทั้งสองอย่าง	51.2 (88)	60.4 (146)	50.5 234	

*** p < .001

** p < .01

จากตารางที่ 24 พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารเช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .15$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพมีการรับประทานอาหารเช้าวันละ 3 มื้อขึ้นไปมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพ คือร้อยละ 88.4 และ 76.3 ตามลำดับ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .14$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพมีการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพ คือร้อยละ 57.0 และ 70.2 ตามลำดับ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .18$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพ คือร้อยละ 90.1 และ 75.9 ตามลำดับ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .17$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพมีการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพ คือร้อยละ 51.2 และ 60.4 ตามลำดับ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรม	รายได้ (บาท/เดือน)			รวม(n=400)	การทดสอบ ทางสถิติ
	<1,000	1,000-5,000	>5,000		
	(n=132)	(n=173)	(n=95)		
การรับประทานอาหาร					
3 มื้อขึ้นไป	80.3(106)	84.4(146)	77.9(74)	81.5 (326)	$\chi^2=1.90$
1 - 2 มื้อ	19.7(26)	15.6(27)	22.1(21)	18.5 (74)	C = .07
การสูบบุหรี่					
สูบ	15.2(20)	22.5(39)	25.3(24)	20.8 (83)	$\chi^2=4.03$
ไม่สูบ	84.8(112)	77.5(134)	74.7(71)	79.3 (317)	C = .10
การออกกำลังกาย					
ออกกำลังกาย	65.2(86)	63.6(110)	65.3(62)	64.5 (258)	$\chi^2=.11$
ไม่ออกกำลังกาย	34.8(46)	36.4(63)	34.7(33)	35.5 (142)	C = .02
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม					
ร่วมกิจกรรม	76.5(101)	83.8(145)	86.3(82)	82.0 (328)	$\chi^2=4.28$
ไม่ร่วมกิจกรรม	23.5(31)	16.2(28)	13.7(13)	18.0 (72)	C = .10
การตรวจสุขภาพประจำปี					
ไม่เคยตรวจเลย	75.0(99)	54.9(95)	51.6(49)	60.8 (243)	$\chi^2=28.20^{***}$
ตรวจนานๆครั้ง	21.2(28)	37.6(65)	29.5(28)	30.3 (121)	C = .26
ตรวจเป็นประจำทุกปี	3.8(5)	7.5(13)	18.9(18)	9.0 (36)	
การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและ ภายนอกบ้าน					
ไม่มีการป้องกัน	15.9(21)	12.7(22)	6.3(6)	12.3 (49)	$\chi^2=6.14$
ป้องกันอย่างไร อย่างหนึ่ง	31.1(41)	28.9(50)	27.4(26)	29.3 (117)	C = .12
มีการป้องกันทั้งสองอย่าง	53.0(70)	58.4(101)	66.3(63)	58.5 (234)	

*** p < .001

จากตารางที่ 25 พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบภาพประจำปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .26$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท/เดือน มีการตรวจสอบภาพประจำปีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ในช่วง 1,000 -5,000 บาท/เดือน และมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท / เดือน คือ ร้อยละ 18.9 , 7.5 และ 3.8 ตามลำดับ

รายได้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรม	ลักษณะครอบครัว		รวม(n=400)	การทดสอบ ทางสถิติ
	เดี่ยว(n=161)	ขยาย(n=239)		
การรับประทานอาหาร				
3 มือขึ้นไป	82.0 (132)	81.2 (194)	81.5 (326)	$\chi^2=.04$
1 - 2 มือ	18.0 (29)	18.8 (45)	18.5 (74)	C = .01
การสูบบุหรี่				
สูบ	23.0 (37)	19.2 (46)	20.8 (83)	$\chi^2=.82$
ไม่สูบ	77.0 (124)	80.8 (193)	79.3 (317)	C = .05
การออกกำลังกาย				
ออกกำลังกาย	70.2 (113)	60.7 (145)	64.5 (258)	$\chi^2=3.81^*$
ไม่ออกกำลังกาย	29.8 (48)	39.3 (94)	35.5 (142)	C = .10
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม				
ร่วมกิจกรรม	81.4 (131)	82.4 (197)	82.0 (328)	$\chi^2=.07$
ไม่ร่วมกิจกรรม	18.6 (30)	17.6 (42)	18.0 (72)	C = .01
การตรวจสอบสุขภาพประจำปี				
ไม่เคยตรวจเลย	57.8 (93)	62.8 (150)	60.8 (243)	$\chi^2=1.31$
ตรวจนานๆครั้ง	31.7 (51)	29.3 (70)	30.3 (121)	C = .52
ตรวจเป็นประจำทุกปี	10.5 (17)	7.9 (19)	9.0 (36)	
การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและ ภายนอกบ้าน				
ไม่มีการป้องกัน	7.5 (12)	15.5 (37)	12.3 (49)	$\chi^2=6.48^*$
ป้องกันอย่างใด อย่างหนึ่ง	28.6 (46)	29.7 (71)	29.3 (117)	C = .13
มีการป้องกันทั้งสองอย่าง	63.9 (103)	54.8 (131)	58.5 (234)	

* $p < .05$

จากตารางที่ 26 พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .10$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีการออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัวขยาย คือร้อยละ 70.2 และ 60.7 ตามลำดับ

ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .13$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้านมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัวขยาย คือร้อยละ 63.9 และ 54.8 ตามลำดับ

ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะด้านจิตวิสัยเท่านั้น โดยคุณภาพชีวิตที่นำมาศึกษานี้ประกอบด้วยตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต 5 ด้านด้วยกัน คือ ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม สำหรับการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยแบ่งระดับคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง และ ไม่ดี แสดงผลการศึกษาดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตต่อองค์ประกอบแต่ละด้าน

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	1(0.3)	74(18.5)	325(81.2)
ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ	122(30.5)	199(49.8)	79(19.8)
ด้านสุขภาพ	0(00.0)	68(17.0)	332(83.0)
ด้านสภาพแวดล้อม	0(00.0)	5(1.3)	395(98.0)
ด้านการพึ่งพาตนเอง	4(1.0)	49(12.3)	347(86.3)
ด้านการทำกิจกรรม	60(15.0)	111(27.8)	229(57.3)

จากตารางที่ 27 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี คือ ร้อยละ 81.2 รองลงมาร้อยละ 18.5 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 0.3 มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี เมื่อแยกพิจารณารายด้าน พบว่า ในด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 19.8 ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 49.8 และระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี มีร้อยละ 30.5

ในด้านสุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คือ ร้อยละ 83.0 , 98.0 , 86.3 และ 57.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวกับระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาเมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมแล้ว พบว่ามีความแตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากมีปัจจัยพื้นฐานอื่นๆเข้ามามีผลต่อกับคุณภาพชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว โดยแบ่งปัจจัยพื้นฐานแต่ละปัจจัยออกเป็นกลุ่ม เช่นเดียวกับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับระดับคุณภาพชีวิต จัดกลุ่มการวิเคราะห์ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ คุณภาพชีวิตระดับดี และระดับปานกลาง ซึ่งในกลุ่มนี้จะประกอบไปด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดีและระดับปานกลาง การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์นำเสนอโดยจำนวน ร้อยละ ค่าสถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์ความมีเงื่อนไข ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย
ไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวกับระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยพื้นฐาน	ระดับคุณภาพชีวิต		รวม(n=400)	การทดสอบทางสถิติ
	ปานกลาง(n=76)	ดี(n=324)		
เพศ				
ชาย	14.6 (22)	85.4 (129)	151	$\chi^2=3.09$
หญิง	21.7 (54)	78.3 (195)	249	C = .09
ศาสนา				
พุทธ	12.4 (33)	87.6 (233)	266	$\chi^2=23.13^{***}$
อิสลาม	32.1 (43)	67.9 (91)	134	C = .23
สถานภาพสมรส				
เดี่ยว	28.4 (44)	71.6 (111)	155	$\chi^2=55.40^{***}$
คู่	13.1 (32)	86.9 (213)	245	C = .35
ความสามารถในการใช้ภาษาไทย				
อ่าน เขียน ฟัง พูดได้	8.9 (21)	91.1 (216)	237	
อ่าน เขียน ไม่ได้ ฟัง พูดได้	18.8 (18)	81.2 (78)	96	$\chi^2= 72.96^{***}$
อ่าน เขียน ฟัง พูดไม่ได้	55.2 (37)	44.8 (30)	67	C = .19
อาชีพ				
มีอาชีพ	8.1 (14)	91.9 (158)	172	$\chi^2=23.13^{***}$
ไม่มีอาชีพ	27.2 (62)	72.2 (166)	228	C = .23
รายได้ (บาท/เดือน)				
น้อยกว่า 1,000	39.4 (52)	60.6 (80)	132	$\chi^2=55.40^{***}$
1,000 - 5,000	11.6 (20)	88.4 (153)	173	C = .35
มากกว่า 5,000	4.2 (4)	95.8 (91)	95	
ลักษณะครอบครัว				
เดี่ยว	19.3 (31)	80.7 (130)	161	$\chi^2= .01$
ขยาย	18.8 (45)	81.2 (194)	239	C = .01

*** p < .001

จากตารางที่ 28 พบว่า ศาสนามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .23$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลาม คือร้อยละ 87.6 และ 67.9 ตามลำดับ

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .19$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่มือคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว คือร้อยละ 86.9 และ 71.6 ตามลำดับ

ความสามารถในการใช้ภาษาไทยมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .39$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยได้มีระดับคุณภาพชีวิตดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อ่าน เขียนไม่ได้ แต่ฟัง พูดได้ และกลุ่มตัวอย่างที่อ่าน เขียน ฟัง พูดไม่ได้เลย คือร้อยละ 91.1, 81.2 และ 44.8 ตามลำดับ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .23$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพ คือร้อยละ 91.9 และ 72.2 ตามลำดับ

รายได้มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .35$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท/เดือนมีระดับคุณภาพชีวิตดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้อยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท/เดือน และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน คือร้อยละ 95.8, 88.4 และ 60.6 ตามลำดับ

เพศและลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำเสนอตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ และอ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยได้ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้อยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท/เดือน รายได้เฉลี่ย 4,555 บาท/เดือน จะพบว่า รายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้สูง เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีรายได้จากหลายแหล่ง คือ จากบุตรหลาน คู่สมรส และทำงานเอง ส่วนลักษณะครอบครัวยังเป็นครอบครัวขยายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานภาวะสุขภาพ การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรม, บรรณาธิการ 2539: 76-82) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุงและจังหวัดยะลาจะเป็นผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่จะอ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยังคงอาศัยอยู่กับบุตรหลาน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย คือ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ วันละ 3 มื้อขึ้นไป มีการรับประทานอาหารเสริมร่วม โดยเฉพาะนม หลีกเลียงการรับประทานอาหารที่ย่อยยาก เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว และจะดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วขึ้นไป เป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ถึงภาวะเสื่อมของสุขภาพตนเอง คือรับรู้ว่าสุขภาพฟันไม่แข็งแรงทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากและผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีสมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ในเรื่องการรับประทานอาหาร ประกอบกับผู้สูงอายุมีรายได้สูงทำให้สามารถแสวงหาอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อร่างกาย

ได้เพียงพอกับความต้องการ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender 1987: 136) กล่าวว่ารายได้จะมีผลต่อการเลือกใช้เครื่องอุปโภคและบริโภคที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ในเรื่องเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย สำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงดื่มชา กาแฟเป็นประจำทุกวัน เป็นเพราะกระแสมความนิยมทางสังคมที่ให้ความสำคัญกับผู้ดื่มชา กาแฟว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมดีและเพราะความเคยชินจากในวัยทำงานที่ต้องเร่งรีบทำให้ไม่มีเวลาปรุงอาหารเช้ารับประทาน ซึ่งความเคยชินนั้นเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก (Palank 1991: 825) ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ยังคงดื่มชา กาแฟมาจนถึงปัจจุบัน สำหรับการสูบบุหรี่ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการสูบบุหรี่ สำหรับผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงและมีแนวโน้มในการสูบบุหรี่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานภาวะสุขภาพ การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, บรรณาธิการ 2539: 40-41) ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดพัทลุงและจังหวัดยะลาส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่แล้ว เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเข้าใจถึงผลเสียของบุหรี่ต่อสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองโดยการไม่สูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่มากขึ้น

เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารและนิสัยการบริโภค และจะส่งเสริมการรับประทานอาหารโดยการรับประทานอาหารที่มีกากมาก อาจเนื่องจากจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ของพืช ผัก ผลไม้ และประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีการปลูกผัก ผลไม้ไว้รับประทานเองทำให้ประหยัดและสะดวก นอกจากนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ที่ดีของการรับประทานผัก ผลไม้ที่มีต่อระบบขับถ่าย

การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติ โดยเป็นการเดินมากที่สุด เพราะเป็นวิธีการออกกำลังกายที่ง่ายและไม่ต้องออกแรงมาก ซึ่งการเดินจะเป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ (บรรลู่ ศิริพานิช 2528: 58) ด้านการนอนหลับส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะนอนหลับเพียงพอ คือ ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไปในแต่ละคืนแต่จะไม่ค่อยนอนหลับในเวลากลางวัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าการนอนในเวลากลางคืนเพียงพอแล้ว และต้องมีการรับผิดชอบเมื่อนอนกลางวันไม่อยู่บ้านในเวลากลางวัน โดยการทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ หรือช่วยเหลือบุตรหลานเล็กๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุดา วิไลเลิศ (2536 : 53) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้นอนในเวลากลางวัน และเมื่อมีเวลาว่างผู้สูงอายุมักจะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะกับเพื่อนรุ่นเดียวกันเพราะสามารถให้คำปรึกษา แนะนำซึ่งกันและกันได้ สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรมงานประเพณี และงานสังคมต่างๆ โดยเฉพาะงานศพ เพราะผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญกับงานเหล่านี้มากกว่าคนรุ่นใหม่ (สุกัญญา ราฟิงกิจ 2537:

100) ในการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีการป้องกันเพราะผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายตนตามการเสื่อมของวัย ทำให้ตระหนักดีว่าไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธซึ่งสอนให้บุคคลรู้จักตนเองและยอมรับความเสื่อมหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย (รัชนิพร ภูกร 2533: 254 อ้างในสุดา วิไลเลิศ 2536: 53) จึงเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น

ด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สระผมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ซึ่งพฤติกรรมที่ถูกต้องในการทำความสะอาดร่างกายในวันที่อากาศร้อนผู้สูงอายุควรอาบน้ำวันละครั้งและในฤดูที่อากาศแห้งและเย็นควรอาบน้ำอย่างมาก 2 วันต่อครั้ง (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2528: 38) นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรสระผมสัปดาห์ละครั้งเท่านั้นและควรทำความสะอาดเหงือกและฟันหลังอาหารและก่อนนอนโดยใช้แปรงที่มีขนแปรงนุ่มแปรงฟัน การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายไม่ถูกต้องอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของระบบผิวหนัง ประกอบกับความเคยชินในการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เนื่องจากสภาพอากาศที่ร้อนตามลักษณะภูมิอากาศของประเทศไทย นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยรับการตรวจสุขภาพประจำปีเลย เป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจ และไม่เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งความรู้ ความเข้าใจของบุคคลจะเป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติต่อไป (สิวภรณ์ อุบลชลเขตต์ 2531: 6 อ้างในสุดา วิไลเลิศ 2536: 55) นอกจากนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ยังคงมีความเสื่อมของสภาพร่างกายน้อยจึงมีความรู้สึกว่าคุณภาพตนยังแข็งแรงอยู่ไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ และมีความรู้สึกว่าการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นการสิ้นเปลืองและเสียเวลา

2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามระยะพัฒนาการ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกเหงา โกรธ เสียใจ หงุดหงิด และมีความรู้สึกว่ามีบทบาทหน้าที่ลดลง ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องอยู่โดยลำพัง บุตรหลานมีเวลาให้แก่กันน้อยหรือไม่มีเวลาเลย และจากความเสื่อมตามวัยทำให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลงสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุได้ง่าย เมื่อเกิดความรู้สึกดังกล่าวผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะแก้ไขปัญหามาโดยการงานอดิเรก และทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่เกิดขึ้นซึ่งสอดคล้องกับที่จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ตันศิริ (2526: 518-519) ได้กล่าวว่าผู้สูงอายุควรมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการและบรรเทาอารมณ์เครียดโดยการเข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง และการศึกษาของพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ (2533: 15) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะแก้ไขปัญหามาเมื่อเกิดความรู้สึกเหงาด้วยการทำงานอดิเรก

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นยังมีสุขภาพแข็งแรง มีความเสื่อมของสภาพร่างกายไม่มากและไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเสื่อมที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดหลัง รองลงมาคือปวดเข่าและท้องผูก สำหรับปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ รองลงมาคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานภาวะสุขภาพ การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, บรรณาธิการ 2539: 33) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาปวดเมื่อยหลังและเอวมากที่สุด รองลงมาคือความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะโรคหัวใจ และเบาหวาน ในด้านการรักษาเมื่อเจ็บป่วย พบว่าเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะซื้อยารับประทานเองทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกว่าการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่ได้มีผลกระทบต่อสุขภาพมากนักยังคงปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติการ ไปพบแพทย์จึงไม่ใช่เรื่องที่จำเป็น นอกจากนี้ยังเป็นการฟุ่มเฟือยและเสียเวลา คือคำนึงถึงเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าสุขภาพซึ่งในทางปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อเจ็บป่วยและต้องรับประทานยาผู้สูงอายุควรปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้ง แต่เมื่อเจ็บป่วยรุนแรงส่วนใหญ่จะรักษากับรักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพราะตระหนักดีว่าไม่สามารถรักษาด้วยตนเองได้และหากปล่อยทิ้งไว้อาการจะรุนแรงมากขึ้น และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ทั้งนี้เพราะโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีความแพร่หลายเกือบทุกครอบครัว จะมีโทรทัศน์ไว้ในบ้าน ประกอบกับผู้สูงอายุมักใช้เวลาว่างเป็นส่วนตัวในการดูโทรทัศน์จึงทำให้ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโทรทัศน์มากที่สุด และผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านของผู้สูงอายุครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรงของบรรด ศิริพานิชและคนอื่นๆ 2531 (อ้างในการวิจัยผู้สูงอายุในประเทศไทย 2538: 124-127) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ ไม่ดื่มสุรา ชา กาแฟ และไม่สูบบุหรี่ อาศัยอยู่ในบ้านที่สะอาด สิ่งแวดล้อมดี และมีการขับถ่ายปกติ ส่วนใหญ่นอนหลับเพียงพอ คือนอนหัวค่ำและตื่นเช้า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่แข็งแรงส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย และไปร่วมในงานประเพณีต่างๆ ยังคงมีการพบปะติดต่อกับเพื่อนฝูง ไม่เคยตรวจเช็คร่างกายของตนเองเลย แต่เมื่อเจ็บป่วยจะรักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สมมติฐานที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้วิจัยได้พิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้านที่ผู้สูงอายุพึงปฏิบัติเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การป้องกันอาการท้องผูก การร่วมกิจกรรมทางสังคม การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน การปฏิบัติตัวเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย และเมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรง เพื่อหาความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานบางประการ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ได้จากการกระจายของข้อมูล ทำให้มีพฤติกรรมที่นำมาหาความสัมพันธ์ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมทางสังคม การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านเท่านั้น

ผลการศึกษา

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าสมมติฐานได้รับการสนับสนุนเป็นบางส่วน ได้แก่

เพศกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .4, .20$ ตามลำดับ) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการสูบบุหรี่และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน

เกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย มีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อและค่านิยมทางสังคมที่มองว่าบทบาทของเพศชายคือผู้นำต้องมีความกล้าหาญและเข้มแข็ง การดื่มสุราการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่สังคมสมัยโบราณยอมรับว่าเป็นการแสดงถึงบทบาทที่แท้จริงของเพศชาย ในขณะที่สังคมไม่ยอมรับการที่เพศหญิงสูบบุหรี่ โดยเพศหญิงที่สูบบุหรี่จะถูกสังคมมองว่าไม่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ไม่สวยงาม ไม่เหมาะสมกับบทบาทของการเป็นแม่บ้าน เป็นตัวอย่างที่ไม่ดีของบุตร จึงทำให้เพศหญิงมีการสูบบุหรี่น้อยกว่าเพศชาย

ชาย ซึ่งสอดคล้องกับ ประกิต วาทีสาธกิต (2535: 571-572) ที่กล่าวว่า การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมทางลบมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรจนารถ รุ่งลือ (2536: 72) ที่พบว่าเพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการป้องกันอุบัติเหตุทั้งสองอย่าง ได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เป็นเพราะผู้สูงอายุเพศหญิงมีความรู้ดีกว่าสภาพร่างกายตนเองอ่อนแอกว่าผู้สูงอายุเพศชายและจากการปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็กว่าเพศชายเป็นเพศที่แข็งแรงส่วนเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอ จึงทำให้ต้องระมัดระวังตนเองมากขึ้น และเนื่องจากเพศหญิงมีหน้าที่การเป็นแม่บ้านต้องดูแลทำความสะอาดบ้านด้วยตนเอง โดยเฉพาะความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านซึ่งถือเป็นการป้องกันอุบัติเหตุวิธีหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ จินางกูร (2530: 84) ที่พบว่าเพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงถูกสังคมกำหนดให้มีหน้าที่ดูแลผู้อื่น จึงทำให้มีประสบการณ์และทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับศึกษาของรจนารถ รุ่งลือ (2536: 72) ที่พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง

และจากการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะอาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ ร่างกายไม่สามารถขาดได้เกิน 7 วัน ส่วนการมีกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นแก่นแท้ของชีวิตและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นไม่ว่าผู้สูงอายุเพศชายหรือเพศหญิงก็ตามย่อมต้องการการรับประทานอาหาร และการไปมาหาสู่ผู้อื่นเพื่อแลกเปลี่ยนทัศนคติเหมือนกัน สำหรับการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่าคนไทยส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงข้อดีของการตรวจสุขภาพประจำปีเหมือนกัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ดังนั้นไม่ว่าผู้สูงอายุเพศชายหรือเพศหญิงก็ตามจะไม่ค่อยมีความแตกต่างกันมากในเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี

ศาสนากับพฤติกรรมดูแลตนเอง

ศาสนา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 , .001 และ .001 ตามลำดับซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (C = .14 , .20 , .32 ตามลำดับ) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่าศาสนามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปีและการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน

เกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีการออกกำลังกายมากกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม อาจเนื่องจากการปฏิบัติกรออกกำลังกายโดยทั่วไปจะกระทำในเวลาเช้าหรือเวลาเย็น ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวสำหรับผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีภาระกิจทางศาสนาที่สำคัญในการทำละหมาดตามข้อบัญญัติทางศาสนา ซึ่งต้องปฏิบัติ 5 ครั้ง/วัน โดย 2 ใน 5 ครั้ง จะเป็นเวลาเช้าและเย็น (สุหัตตรา สุภาพ 2523: 124) ทำให้ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนใหญ่ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ในขณะที่ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธไม่มีข้อจำกัดทางศาสนาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา คุณาธรรม (2538: 135) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม

เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำทุกปีมากกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อทางศาสนาที่ว่าเหตุทุกอย่างเกิดจากพระบัญชาของพระมหะหมัด ไม่สามารถแก้ไขได้ จึงปล่อยให้ไปไปตามข้อกำหนดของพระผู้เป็นเจ้า ในขณะที่ศาสนาพุทธสอนให้คนใช้เหตุผลและปัญญาในการแก้ปัญหา (สุหัตตรา สุภาพ 2523: 116) ผลทุกอย่างเกิดจากการกระทำเพราะฉะนั้นเมื่อต้องการไม่ให้เกิดผลก็ต้องป้องกันที่เหตุและเนื่องจากความเชื่อของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามว่าถ้าพูดภาษาไทยแล้วจะขาดจากศาสนาอิสลาม (สุวัจน์ บัวทอง 2517 อ้างในมานพ คณะโต 2520: 2) ทำให้ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามไม่ค่อยมาใช้บริการกับสถานบริการสุขภาพของรัฐรวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปีด้วยผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธจึงมีการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย

ส่วนในเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านมากกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธมีแนวโน้มของความต้องการด้านอื่นๆร่วมด้วยนอกจากการปฏิบัติตามหลักศาสนา (พนิดา คุณาธรรม 2538: 135) เช่น การต้องการให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ดังนั้นผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธจึงมีการระมัดระวังดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม ในขณะที่ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามจะเคร่งครัดในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนาเท่านั้นและส่วนใหญ่ต้องการให้มีชีวิตดำเนินอยู่ในแนวทางศาสนาเท่านั้น จึงไม่สนใจสุขภาพเท่ากับการปฏิบัติตนตามข้อบัญญัติทางศาสนา

และจากการศึกษา พบว่าศาสนามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะอาหารเป็น 1 ในปัจจัย 4 ที่มีความจำเป็นต่อชีวิตมนุษย์ ส่วนการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ให้โทษต่อร่างกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

เพราะผู้สูงอายุยังคงต้องการมีเพื่อน ดังนั้นผู้สูงอายุไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดก็ตามจะตระหนักถึงผลดี ผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ ทำให้ไม่พบความแตกต่างในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว

สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .15$ และ $.13$ ตามลำดับ) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการสูบบุหรี่และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการสูบบุหรี่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่เป็นเพศชายยังคงอยู่กับคู่สมรสและยังมีบทบาทของการเป็นหัวหน้าครอบครัวทำให้มีความเครียดจึงใช้วิธีการสูบบุหรี่มาลดความเครียด เพราะพบว่าอัตราการใช้การสูบบุหรี่จะเพิ่มสูงตามความเครียดซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้อาจเกิดจากความเคยชินที่สูบบุหรี่มานานตั้งแต่วัยหนุ่ม สาว ทำให้เลิกยาก จนกลายมาเป็นพฤติกรรมที่เคยชินในปัจจุบันซึ่งพฤติกรรมความเคยชินนั้นเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก (Palank 1991: 825)

เกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว ทั้งนี้เพราะการมีคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนคู่คิด ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้กำลังใจและคอยดูแลเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ คู่สมรสจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่ยังคงอยู่กับคู่สมรสมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมสูงเพราะรู้สึกมีความมั่นใจ ไม่ต้องเดินทางโดยลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่าน (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ 2535: 89; ฉันทนา กาญจนพจน์ 2529: 53; สุกัญญา ราพิงกิจ 2537: 104 และสุวิมล พนาวิวัฒนกุล 2534: 32) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว

และจากการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากอาหารเป็นสิ่งจำเป็นของมนุษย์ในการดำรงชีพ ผู้สูงอายุไม่ว่าสถานภาพสมรสคู่หรือเดี่ยวไม่สามารถขาดอาหารได้เหมือนกัน สำหรับการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรคทำให้มีสุขภาพดีซึ่งเป็นสิ่งที่

คนทุกคนปรารถนาจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ว่าสถานภาพสมรสคู่หรือเดี่ยวมีการปฏิบัติไม่แตกต่างกันมากนัก

ความสามารถในการใช้ภาษาไทยกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ความสามารถในการใช้ภาษาไทย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .19$ และ $.13$ ตามลำดับ) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่าความสามารถในการใช้ภาษาไทยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปีและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ในการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุที่สามารถอ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยได้ มีการออกกำลังกายมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุที่อ่าน เขียนภาษาไทยไม่ได้แต่ฟัง พูดได้ สำหรับกลุ่มที่ไม่สามารถใช้ภาษาไทยได้เลยจะมีการออกกำลังกายต่ำสุด เพราะผู้ที่มีความสามารถใช้ภาษาไทยได้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีการศึกษาสูงจึงมีโอกาสในการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้มากกว่าผู้ที่ใช้ภาษาไทยไม่ได้ทั้งจากทางเอกสารสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น ทำให้ผู้ที่สามารถใช้ภาษาไทยได้ทราบและตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของกมลพรรณ หอมนาน (2539: 62), ละออง สุวิทยาภรณ์ (2534: 104), วรณวิมล เบญจกุล (2535: 22) และสุกัญญา ราห์ฟิงกิจ (2537: 106) ที่ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีมาก น้อย ตามความสามารถในการใช้ภาษาไทย เพราะการใช้ภาษาไทยเป็นภาษาราชการในการติดต่อ สื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มเพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ในผู้ที่ใช้ภาษาไทยไม่ได้หรือใช้ภาษาไทยได้ไม่ดีจะเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการต้องเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ดังนั้นจึงพยายามหลีกเลี่ยงการร่วมกิจกรรม ยกเว้นภายในกลุ่มเฉพาะของตนเองเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 96) ที่ พบว่า การศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

และจากการศึกษา พบว่า ความสามารถในการใช้ภาษาไทยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเพราะอาหารมีความสำคัญต่อการดำรงชีพถ้าขาดอาหารจะทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการอ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยได้หรือไม่ ย่อมมีความต้องการรับประทานอาหารเหมือนกัน เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นสิ่งที่มีโทษต่อร่างกายผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการหลีกเลี่ยงเหมือนกันในขณะที่การป้อง

กันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการเหมือนกัน การปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านจึงไม่แตกต่างกันมากนัก

อาชีพกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 , .01 , .001 และ .01 ตามลำดับ ($C = .15$, $C = .14$, $.18$ และ $.17$ ตามลำดับ) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน

การรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพจะมีการรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อขึ้นไปมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง เป็นรายได้ที่มั่นคงทำให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินความเสี่ยงของรายได้ตนเองได้ ทำให้สามารถแสวงหาอาหารที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเองได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองต้องอาศัยรายได้จากบุตรหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา คุณาธรรม (2539: 138) และ ประภาพร จินันทุยา (2536: 306) ที่ พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพกับผู้สูงอายุที่มีอาชีพมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่างกัน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ได้เหมือนกัน

การออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพมีการออกกำลังกายน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ เพราะผู้สูงอายุที่มีอาชีพมีงานประจำที่ต้องทำ มีหน้าที่ความรับผิดชอบมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ และอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่มีความเข้าใจว่าการทำงานก็คือการออกกำลังกายอย่างหนึ่งจึงไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผน ไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ต้องทำงานจะมีเวลาว่าง จึงมีเวลาที่จะออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของละออง สุวิทยาภรณ์ (2534: ก) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพและไม่มีอาชีพมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตต่างกัน

การเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพจะมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ อาจเป็นเพราะ ในผู้สูงอายุที่มีอาชีพมีรายได้แน่นอน และเป็นรายได้ของตนเองทำให้มีโอกาสในการตอบสนองความต้องการของตนเองได้มาก การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายในผู้สูงอายุที่มีอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง สามารถจัดการค่าใช้จ่ายได้

ด้วยตนเอง ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีอาชีพจะมีสังคมกว้างขวางกว่าผู้ที่ไม่มีอาชีพแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ภายในบ้านทำให้มีสังคมแคบกว่าผู้ที่ต้องทำงานนอกบ้าน

การป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพมีการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ เพราะผู้สูงอายุที่ยังคงต้องทำงานจำเป็นต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายมาก และจำเป็นต้องเร่งรีบทำให้ไม่ได้คำนึงถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่มีความรู้สึกว่าตนเองยังแข็งแรงอยู่เพราะยังสามารถทำงานได้ จึงไม่กลัวการเกิดอุบัติเหตุและไม่มีการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

และจากการศึกษา พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะมนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่เหมือนกัน คือ ต้องการมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย ดังนั้นจึงพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่มีโทษต่อร่างกายและจะส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค ซึ่งการสูบบุหรี่จะเป็นโทษต่อร่างกายในขณะที่การตรวจสุขภาพประจำปีจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุไม่ว่าจะมีอาชีพหรือไม่มีอาชีพจะมีการปฏิบัติตนในพฤติกรรมดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

รายได้กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพประจำปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .26$) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำมีมาก น้อย ตามรายได้ของผู้สูงอายุ คือในผู้ที่มีรายได้มากจะมีจำนวนผู้ที่ตรวจสุขภาพประจำปีมาก เพราะการตรวจสุขภาพประจำปีต้องเสียค่าใช้จ่าย ในผู้ที่มีรายได้น้อยจะทำให้มีข้อจำกัดในการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจำเรียง กุระมะสุวรรณ และคนอื่นๆ (2538: 70) และरणารถ รุ่งลือ (2536: 72) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ

และพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพราะอาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อชีวิตดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการเหมือนกัน ในขณะที่การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพกายผู้สูงอายุไม่ว่าจะมีรายได้เท่าไรย่อมปรารถนาที่จะมี

สุขภาพที่ดีเหมือนกัน จึงมีการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ไม่แตกต่างกันมากนัก ในขณะที่เดียวกันก็จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่การสูบบุหรี่

ลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับค่า ($C = .10$ และ $C = .13$ ตามลำดับ) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่าลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย และการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน

การออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวมีการออกกำลังกายมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายเพราะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวเป็นผู้สูงอายุที่มีลักษณะความเป็นครอบครัวสมัยใหม่มากขึ้นดังนั้นจึงมีวิถีของการดำเนินชีวิตเริ่มเปลี่ยนไป สมาชิกในครอบครัวนิยมการออกกำลังกายทำให้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัวและภาระรับผิดชอบงานในครอบครัวลดลงเพราะครอบครัวมีขนาดเล็กและจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากการสังเกตพบว่าครอบครัวเดียวส่วนใหญ่จะตั้งอยู่ในบริเวณใกล้สถานที่ออกกำลังกายทำให้ความสะดวกในการที่จะปฏิบัติกรออกกำลังกาย และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมักจะเป็นครอบครัวผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมซึ่งไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย

การป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวมีการป้องกันอุบัติเหตุมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย เพราะผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวขยายจะได้รับความสนใจ ดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่แล้วจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้สนใจระมัดระวังตนเอง ประกอบกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย บ้านที่อยู่มักจะเป็นบ้านเคมที่ผู้สูงอายุอยู่มานานจนเกิดความคุ้นเคยทำให้ขาดความระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายต้องมีภาระรับผิดชอบในการช่วยเหลืองานบ้าน การเลี้ยงดูบุตรหลานเล็กๆทำให้ไม่มีเวลาที่จะสนใจระมัดระวังตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา คุณาธรรม (2538: 131) ที่พบว่าลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

และจากการศึกษา พบว่าลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะอาหารเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ จะขาดไม่ได้ ดังนั้นไม่ว่าผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวหรือครอบครัวขยายก็ตามย่อมต้องแสวงหาอาหารมารับประทาน ในขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นกิจกรรมที่ส่ง

เสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผู้สูงอายุทุกคนย่อมปรารถนาที่จะมีสุขภาพที่ดีเหมือนกัน จึงมีการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ไม่แตกต่างกันมากนัก ในขณะที่เดียวกันก็จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพได้แก่การสูบบุหรี่

คุณภาพชีวิต

จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 113.38) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารุรัตน์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 100) และจำเรียง กุระสุวรรณ และคนอื่นๆ (2532: 46) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตในระดับสูง อาจเป็นเพราะในการศึกษารั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นสุขภาพยังแข็งแรงอยู่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และยังคงอาศัยอยู่ในครอบครัวชายทำให้ได้รับความรัก ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวสูงแม้จะมีความรู้สึกว่ามีเพียงพอรายได้อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น แต่ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 5 ด้าน พบว่า

1. ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางมากที่สุด นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากมีความรู้สึกกว่ารายได้ที่ตนเองมีอยู่ไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีพมากนัก ซึ่งจากการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 1,000 - 5,000 บาท/เดือน โดยมีรายได้เฉลี่ย 4,555 บาท/เดือน ซึ่งถือว่าเป็นรายได้ที่อยู่ในระดับปานกลาง
2. ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นสุขภาพยังแข็งแรงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง และจากการสำรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการเสื่อมตามวัย และไม่มีปัญหาสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่จึงประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของตนในระดับดี
3. ด้านสภาพแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจในสภาพแวดล้อมของตน ได้แก่ สาธารณูปโภคต่างๆ สภาพบ้าน ชุมชนที่อยู่อาศัย รวมทั้งญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง ที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพราะแม้จะมีความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีต่างๆแต่สังคมที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ยังคงมีความเป็นอยู่ในลักษณะเครือญาติ มีการเคารพยกย่องผู้สูงอายุตามลักษณะสังคมไทย

4. ด้านการพึ่งพาตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้ส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างได้ด้วยตนเอง

5. ด้านการทำกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอในการจะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่นสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองต้องการได้ และได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนฝูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจในการทำกิจกรรมของตนเอง

สมมติฐานที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวกับระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่คุณทุกคนปรารถนา และมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ในผู้สูงอายุการมีคุณภาพชีวิตที่จะทำให้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ดำเนินต่อไปอย่างมีความสุข รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่า มีความหมาย ทำให้มีกำลังใจในการทำปฏิบัติสิ่งต่างเพื่อให้เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคม สำหรับระดับคุณภาพชีวิตจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับการประเมินของแต่ละคนซึ่งมีทั้งทางด้านจิตวิสัยและด้านวัตถุวิสัย สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาด้านจิตวิสัยและผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัว สำหรับในการหาความสัมพันธ์ครั้งนี้การจัดระดับของคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ คุณภาพชีวิต และปานกลาง เนื่องจากผลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีเพียง 1 รายทำให้ไม่สามารถจัดกลุ่มหาความสัมพันธ์ได้ตามกฎเกณฑ์ของการใช้สถิติไคสแควร์

เพศ

เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบทบาทหน้าที่และบุคลิกภาพของบุคคลในสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพ เพศที่แตกต่างกันย่อมมีความรู้สึกนึกคิดที่ต่างกัน ดังนั้นเพศจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง แต่ในเพศชายพบว่ามีส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีมากกว่าเพศหญิง จากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือไม่ว่าผู้สูงอายุเพศชายหรือเพศหญิงก็ตามย่อมต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆเหมือนกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ให้ได้เหมือนกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 45) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาของอึ้งชวรางกูร (2532: 82) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร จินันท์ยา (2536: 80) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ศาสนา

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีผลต่อความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ผู้ที่นับถือศาสนาต่างกันจะมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ต่างกัน ดังนั้นศาสนาจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตนทางศาสนา

จากการศึกษา พบว่าทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่าผู้ที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง แต่หากพิจารณาระหว่างกลุ่ม พบว่าในกลุ่มที่นับถือศาสนาพุทธจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่ากลุ่มที่นับถือศาสนาอิสลาม และเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าศาสนามีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .23$) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่าศาสนามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเป็นเพราะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธมีความเชื่อทางศาสนาที่หลากหลายและไม่มีข้อห้ามทางศาสนาที่พุทธศาสนิกชนจะยึดถือหลักปฏิบัติร่วมกับศาสนาหรือวิถีความเชื่ออื่นๆ ซึ่งตรงข้ามกับศาสนาอิสลามที่มีข้อกำหนดเคร่งครัดในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนา ทำให้ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามยึดมั่นและเคร่งครัดในศาสนาอิสลามเท่านั้น ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธจึงมีแนวทางในการปฏิบัติตนที่หลากหลายตามความ

ต้องการและตามความเชื่อของแต่ละบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง เช่น การสวดมนต์อ้อนวอน สิ่งศักดิ์สิทธิ์ การทรงเจ้าเข้าผี การพบปะพูดคุยปรึกษากับเพื่อนฝูง การไปที่ชวนอกบ้าน อีกทั้งแนวโน้มความต้องการของชาวพุทธมีทางด้านอื่นๆอีกด้วยในขณะที่ชาวมุสลิมที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีชีวิตดำเนินในแนวทางศาสนาเท่านั้น (พนิดา คุณารธรรม 2538: 135) และในผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีรายได้ต่ำทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ จึงทำให้ประเมินคุณภาพชีวิตตนเองในระดับต่ำกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ

สถานภาพสมรส

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตน ผู้ที่มีคู่สมรสทำให้มีคู่คิด คอยให้คำปรึกษาแนะนำทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และไม่รู้สึกรำคาญ ว่างเปล่า ในผู้สูงอายุซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับความเสื่อมในด้านต่างๆหากต้องเผชิญกับการอยู่โดยลำพังจะยิ่งทำให้เกิดความเครียด มีผลต่อสุขภาพจิต ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า ทั้งในกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ และเด็ยมีจำนวนของผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตดีมากกว่าผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง แต่ในผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีสัดส่วนของผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตดีมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว เป็นเพราะผู้ที่อยู่กับคู่สมรสจะได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจจากคู่สมรส มีเพื่อนคอยพูดคุยปรึกษาเมื่อมีปัญหาทำให้ไม่รู้สึกรำคาญต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังเหมือนผู้ที่ไม่มีคู่สมรส ดังนั้นในผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสจึงมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตตนเองสูงกว่าผู้ที่ต้องอยู่ลำพัง และจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .19$) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของจารุ นันท์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 95), มารศรี นุชแสงพลี (2532: 82) และสุวิมล พนาวิวัฒนกุล (2534: 33) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527: 33) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการใช้ภาษาไทย

ในสังคมไทย ภาษาไทยเป็นภาษาราชการที่ใช้ติดต่อสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นภาษาพูด ภาษาอังกฤษ ภาษาเขียน ดังนั้นผู้ที่ไม่สามารถใช้ภาษาไทยได้จะทำให้ขาดโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมีอยู่ในขอบเขตจำกัด และขาดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำให้ขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตก็จะลดลง ดังนั้นความสามารถในการใช้ภาษาไทยจึงน่าจะมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการใช้ภาษาไทยได้ดี และกลุ่มตัวอย่างที่สามารถใช้ภาษาไทยได้บ้าง คือ ฟังและพูดภาษาไทยได้จะมีระดับคุณภาพชีวิตดี เป็นส่วนใหญ่ แต่ในกลุ่มที่ไม่สามารถใช้ภาษาไทยได้เลยพบว่ามีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางมากกว่าระดับดี เป็นเพราะผู้ที่ไม่สามารถใช้ภาษาไทยได้เลยมีข้อจำกัดในการติดต่อกับผู้อื่น ขาดโอกาสในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งการไม่รู้ภาษาไทยทำให้มีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพซึ่งอาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคืออาชีพเกษตรกรกรรม ซึ่งมีรายได้ต่ำ ดังนั้นผู้ที่ไม่สามารถใช้ภาษาไทยได้จึงมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ซึ่งกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิต และเมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่ม พบว่าในกลุ่มที่สามารถใช้ภาษาไทยได้ดีเท่าไร ก็จะมีระดับคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามกัน เป็นเพราะผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้จะมีโอกาสในการเลือกประกอบอาชีพที่ทำรายได้สูงๆให้กับตนเองและปฏิบัติสิ่งต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ได้มากกว่าผู้ที่ใช้ภาษาไทยไม่ได้หรือใช้ภาษาไทยได้ไม่ดี การประเมินคุณภาพชีวิตจึงดีกว่าเช่นกัน และผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ความสามารถในการใช้ภาษาไทยมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .39$) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่าความสามารถในการใช้ภาษาไทยมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

อาชีพ

นำมาซึ่งรายได้ เป็นสิ่งจำเป็นในการแสวงหา ปัจจัย 4 และตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ผู้ที่มีอาชีพจึงสามารถมีรายได้เป็นของตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้และในบางครั้งยังสามารถที่จะช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถประเมินการใช้จ่ายของตนเองได้ สามารถจัดการเงินทองของตนเองได้ มีผลทำให้สุขภาพจิตดี ชีวิตมีความสุข รู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ อาชีพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะศึกษาร่วมกับคุณภาพชีวิต

และจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ที่มีอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตดีในสัดส่วนที่สูงกว่า ผู้ที่ไม่มีอาชีพ เป็นเพราะผู้ที่มีอาชีพจะมีรายได้เป็นของตนเองทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ภาคภูมิใจ ในตนเอง และสามารถที่จะแสวงหาสิ่งต่างๆเพื่อสนองตอบความต้องการของตนเองได้ เช่น ปัจจัย 4 เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม การรับบริการทางสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น และผลการ วิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .23$) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต และการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา (2536: 81) และสอิ่ง ขวรวงกุล (2538: 83) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

รายได้

เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีพ ผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาสสูงในการที่จะ แสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง การตอบสนองความต้องการ การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง การ ทำงานอดิเรกซึ่งบางครั้งจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่าย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่ เป็นอยู่ สำหรับผู้สูงอายุความเพียงพอของรายได้นั้นขึ้นอยู่กับการประเมินของผู้สูงอายุเอง และรายได้จะเป็นตัวทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้ชัดเจน (สุรกุล เจนอบรม 2534: 45)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในทุกกลุ่มรายได้มีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่าคุณภาพ ชีวิตในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีสัดส่วนของ ผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ คือ ในกลุ่มที่มีรายได้ มากกว่า 5,000 บาท/ เดือนมีจำนวนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ 1,000-5,000 บาท/เดือนและใน กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .35$) ทำให้สามารถยอมรับสมมติฐานที่ว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ในการ ศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของจารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535:88-89) และ จำเรียง กุระสุวรรณ และคนอื่นๆ (2533: 78), ประภาพร จินันทุยา (2536: 83) และสมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคนอื่นๆ (2538: 91) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจใน ชีวิต หรือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ลักษณะครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด การได้รับความรัก ความเคารพ ขก
 ย่อง ดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่ต้องการ
 ของผู้อื่น การได้รับการสนับสนุนจากสังคมทั้งภายในและภายนอกบ้านมีความสัมพันธ์กับความ
 รู้สึกพึงพอใจในชีวิตระดับสูง ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูงจะมีความรู้สึกพึงพอ
 ใจในชีวิตสูงเช่นกัน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต
 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์
 (2535: 7) และศรีเรือน แก้วกังวาล (2532: 50) ที่พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความ
 สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอาศัยอยู่ในสังคม
 ชนบทความรู้สึกผูกพันตามลักษณะของสังคมไทยยังสูงอยู่ คือ บุตรหลานยังคงให้ความรัก เคารพ
 นับถือ และดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ถือว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว ซึ่งเป็นความรู้สึกที่
 เหมือนกันทั้งในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง
 รู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลบุดีและตำบลสะเตงอำเภอเมือง จังหวัดยะลา และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ซึ่งเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบจำนวน 400 ราย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2540 - มีนาคม 2540

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem 1985: 82-103; 1991: 117-143) จำนวน 34 ข้อ และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของประภาพร จินันท์ยุธา (2536) ตามกรอบแนวคิดของเบอร์กฮอร์น และคนอื่นๆ (Berghorn, et al. 1981: 335-347) จำนวน 34 ข้อ โดยทดสอบความตรงตามวัตถุประสงค์ของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ โดยจำแนกเป็นกลุ่มหรือประเภทตามข้อมูลที่ได้มา
3. แบ่งระดับคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ซึ่งพิจารณาจากค่าพิสัยของคะแนนคุณภาพชีวิต แล้วนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละในแต่ละระดับ
4. หากความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแล

แลตนเองและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi Square = χ^2) และสัมประสิทธิ์ความมีเงื่อนไข (Contingency Coefficient = C)

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ สามารถอ่าน เขียน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ ไม่ประกอบอาชีพ มีรายได้ในช่วง 1,000 - 5,000 บาท/เดือน รายได้เฉลี่ย ประมาณ 4,555 บาท/เดือน รายได้ส่วนใหญ่ได้จากบุตรหลาน อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป

1.1. การปฏิบัติเพื่อให้ได้รับอาหาร น้ำ อากาศที่เพียงพอ

การรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่วันละ 3 มื้อขึ้นไป และมีการรับประทานอาหารเสริมร่วม ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย ในกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มที่ให้โทษต่อร่างกาย พบว่าดื่มชา กาแฟ มากที่สุด ส่วนใหญ่ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว โดยจะดื่มน้ำกรองบรรจุขวดมากที่สุด และส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ สำหรับการปฏิบัติตนเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ส่วนใหญ่จะหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัดหรือที่มีอากาศเสีย รองลงมาจะหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ที่สูบบุหรี่

1.2. การปฏิบัติตนเพื่อให้มีขับถ่ายและระบายของเสียเป็นไปตามปกติ

ส่วนใหญ่มีการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระปกติ สำหรับปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะที่พบมากที่สุดคือมีอาการปัสสาวะบ่อย ปัญหาการขับถ่ายอุจจาระที่พบมากที่สุดคืออาการท้องผูก ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอาการท้องผูกส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารที่มีกากมาก รองลงมาคือดื่มน้ำมากๆ

1.3 การปฏิบัติตนเพื่อให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมและมีการพักผ่อนที่เพียงพอ

กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ มีการนอนหลับอย่างเพียงพอวันละ 6 ชั่วโมงขึ้นไป ส่วนใหญ่จะเข้านอนตั้งแต่หัวค่ำและตื่นเช้า ไม่มีการนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางวัน และไม่มีปัญหาในการนอนหลับ ส่วนผู้ที่มีปัญหาในการนอนหลับมักจะไม่ได้ปฏิบัติอะไรเพื่อแก้ไขปัญหารองลงมาจะรับประทานยานอนหลับ ซึ่งส่วนใหญ่ได้มาจากแพทย์ในการช่วยเหลือกิจกรรมภายในครอบครัว ส่วนใหญ่จะช่วยทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมที่ทำมากที่สุดคือการพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนฝูง รองลงมา จะดูโทรทัศน์

1.4 การปฏิบัติตนเพื่อการใช้เวลาว่างเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมมากที่สุด และบ่อยที่สุดคือ งานศพ สำหรับกิจกรรมชมรมต่างมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมน้อยที่สุดคือกิจกรรมชมรม

1.5 การปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันอันตรายต่อชีวิต

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน วิธีป้องกันที่พบมากที่สุด คือการดูแลบ้านให้เป็นระเบียบไม่วางของเกะกะ สำหรับการป้องกันอุบัติเหตุภายนอกบ้าน วิธีป้องกันที่พบมากที่สุด คือ หลีกเลี่ยงการเดินทางในเวลาค่ำมืด

1.6 การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอาบน้ำทุกวันๆละ 2 ครั้ง สระผมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แปรงฟันวันละ 2 ครั้งคือเช้าและก่อนนอน ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเลย

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกเหงา โกรธ เสียใจ หงุดหงิด และมีความรู้สึกกลัวว่าบทบาทหน้าที่ลดลง และเมื่อเกิดความรู้สึกเหงาจะปฏิบัติตนโดยการทำงานอดิเรกมากที่สุดและมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกดังกล่าวโดยการพูดคุยกับคนรอบข้าง และทำงานบ้านและเมื่อมีความรู้สึกโกรธ เสียใจและหงุดหงิดส่วนใหญ่จะปฏิบัติตนเพื่อลดความรู้สึกดังกล่าวโดยการทำใจยอมรับสิ่งที่เปลี่ยนแปลง เมื่อมีความรู้สึกกลัวว่าบทบาทหน้าที่ลดลงส่วนใหญ่จะปฏิบัติตนเพื่อลดความรู้สึกโดยการทำใจยอมรับ เกี่ยวกับความคิดเห็นในเรื่องความเจ็บป่วยและ

ความตาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความกังวลหรือความกลัวคิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ และส่วนใหญ่จะเลือกรูปภาพที่แสดงถึงความรู้สึกเฉยๆ

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังและเป็นโรคเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และเมื่อมีความเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นไข้ ปวดหัวตัวร้อน ปวดหลัง อ่อนเพลียพบว่าส่วนใหญ่ จะซื้อยารับประทานเอง และเมื่อมีความเจ็บป่วยรุนแรง เช่น แน่นหน้าอกหายใจไม่ออก หายใจหอบเหนื่อย ท้องเดินมาก พบว่าส่วนใหญ่จะไปปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับข้อมูล ข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือการได้รับจากเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุตรหลาน ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด

คุณภาพชีวิต

เมื่อแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ คือ ดี ปานกลาง ไม่ดี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.2 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.5 และระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 0.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 113.38 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีทุกด้านยกเว้นด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C=.41$ และ $.20$ ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง แต่กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้านมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย

ศาสนา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001 และ .001 ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C=29, 20$ และ $.32$ ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธมีการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้านมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลาม

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C=.15$ และ $.13$ ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการสูบบุหรี่ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว

ความสามารถในการใช้ภาษาไทย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C=.19$ และ $.13$ ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยได้มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปีและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อ่าน เขียนภาษาไทยไม่ได้ แต่ฟัง พูดภาษาไทยได้ และกลุ่มตัวอย่างที่อ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยไม่ได้เลย

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01, .01 และ .001 ตามลำดับซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C=.15, .14, .17$ และ $.18$ ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพมีการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพ แต่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาชีพมีการออกกำลังกายและการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้านมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ

รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C=.26$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท/เดือน มีการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้อยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท/เดือน และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน

ลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C=.10$ และ $.13$ ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมี

การออกกำลังกายและการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและภายนอกบ้านมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวกับระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา พบว่า ศาสนา สถานภาพสมรส ความสามารถในการใช้ภาษาไทย อาชีพ และรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($C = .23, .19, .39, .23$ และ $.35$ ตามลำดับ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่ สามารถอ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยได้ มีอาชีพ และมีรายได้มากกว่า 5,000 บาท/เดือน มีคุณภาพชีวิตในระดับดีจำนวนมากว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลาม มีสถานภาพสมรสเดี่ยว อ่าน เขียนภาษาไทยไม่ได้แต่ฟัง พูดได้ และอ่าน เขียน ฟัง พูดภาษาไทยไม่ได้เลย ไม่มีอาชีพ และมีรายได้ในช่วง 1,000-5,000 บาท/เดือน และมีรายได้น้อยกว่า 1,000บาท/เดือน ส่วนเพศ และลักษณะครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมเพราะมีความเข้าใจว่าเป็นกิจกรรมสำหรับคนวัยหนุ่ม สาวเท่านั้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรทำความเข้าใจกับผู้สูงอายุถึงความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมและวางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมต่างๆของผู้สูงอายุ

2. จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการอาบน้ำ และการสระผมที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้การพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุให้เหมาะสม โดยการอธิบายให้ผู้สูงอายุทราบและเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนังและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการทำความสะอาดร่างกาย

3. จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีเลย เพราะขาดความรู้ ความเข้าใจถึงข้อดีของการตรวจสุขภาพประจำปีและมีความรู้ที่ต่ำกว่าเป็นการสิ้น

เปลืองและเสียเวลา ดังนั้นพยาบาลควรทำความเข้าใจกับผู้สูงอายุถึงผลดีของการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อป้องกันการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรค รวมทั้งมีการสนับสนุนให้มีการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อให้บริการการตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุในแต่ละท้องถิ่น

4. จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ ดังนั้นพยาบาลจึงควรวางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและลดการเกิดปัญหาดังกล่าว โดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง

5. จัดอบรมวิชาการร่วมกันระหว่างสถานศึกษาพยาบาล พยาบาล และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการฟื้นฟูความรู้

6. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น

7. ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุครั้งต่อไปควรมีการควบคุมด้วยปัจจัยอื่นร่วมด้วย

บรรณานุกรม

- กชกร สังขชาติ. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. Introduction to the elderly. ม.ป.ท. 2536.
- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอ
หาดใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชา
เอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- กมลพรรณ หอมนาน. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะใน
ตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- กองนโยบายและแผน, ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้. ภาพรวมด้านเศรษฐกิจ
สังคมของจังหวัดชายแดนภาคใต้. ยะลา: ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้,
2538.
- กฤษยา ดันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญกุล, 2524.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกฤษยา ดันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร:
อรุณการพิมพ์, 2528.
- คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาชุมชน, วุฒิสภา. ปัญหาผู้สูงอายุและ
แนวทางแก้ไข. เอกสารรายงาน, 2534.
- คณะอนุกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
แห่งชาติ พ.ศ.2525-2544. ม.ป.ท., ม.ป.ป. (อัดสำเนา)
- จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนิน ชีวิต
ประจำวัน กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536.
- จิรายัตร์ คมพาศ์. "การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการและผู้ให้บริการ"
ใน การประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่อง วิจัยทางการ
พยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ. หน้า 14.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุข
อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (บรรณาธิการ). รายงานการประชุมภาวะสุขภาพ การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร. ม.ป.ท.
- จำเรียง กุระมะสุวรรณ และคนอื่นๆ. "การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ." วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2533): 70-79.
- ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้อายุยืน. กรุงเทพมหานคร: สุภาวนิชากรพิมพ์, 2532.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ทัศนีย์ เกริกกุล. การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ทัศนีย์ จินางกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ธวัชชัย วรพงศธร. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
- นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่นๆ. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- นริศรา ลีลามานิตย์. ความรู้และการปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้านสันโป่ง ตำบลบ้านกาด กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ : ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.

- นิตยา ภาสุนันท์. พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. อ่างในมหิดล, มหาวิทยาลัย.
(บรรณาธิการ). การประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 3 เรื่อง การพยาบาลกับสุขภาพ Nursing and Health. 3-5 เมษายน 2533. ม.ป.ป.
- นิพนธ์ คันทเสวี. การศึกษาและวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัทประชาชน จำกัด, 2526.
- นิรนาท วิทโชคติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- นิตา ชูโต. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง “คนชราไทย” สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- ฉรงค์ เทียนส่ง. “การเพิ่มประชากร การตัดสินใจทางประชากรของแต่ละบุคคลกับคุณภาพชีวิต.” อุเทศประชากรศึกษา. กรุงเทพมหานคร: มงคลการพิมพ์, 2519.
- บรรลุ ศิริพานิช. ระบาดวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร . ม.ป.ป., ม.ป.ท.
- บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร: สามดีการพิมพ์, 2532.
- บังอร ฤทธิ์อุดม. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- บังอรรัตน์ สุขตระกูล. การศึกษาเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดและในชุมชนไม่แออัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. คู่มือการวิจัย : การเขียนรายงานและวิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2532.
- บุษกร โกมลภมร. ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อบริการส่งเสริมสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- บำรุง ศรีปลั่ง. “นโยบายและแผนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย.” สุขภาพ. 26 (ตุลาคม-ธันวาคม 2533): 13-18.

- ประคอง กรรมสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เจริญผล, 2525.
- ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ประภาพร จินันทุยา. คุณภาพผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- พนิดา คุณาธรรม. ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลวาทิน และประเสริฐ รักไทยดี. ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของเกษตรกร รายงานการวิจัย สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.
- มนตรี ต้นประยูร. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- มานพ คณะโต. ปัญหาการให้บริการทางการแพทย์แก่ชาวไทยมุสลิม ในทัศนะของผู้ให้บริการและสาธารณสุข. โครงการสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการแพทย์ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2520.
- มานพ จิตต์ภูษา. "สภาพสังคมและประชากรในภาคใต้." สารสนเทศ สาธารณสุขภาคใต้. 1(มกราคม 2529): 9-12.
- มารศรี นุชแสงพลี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2532.
- มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานอธิการบดี, งานส่งเสริมการวิจัยและตำรา กองบริการการศึกษา. การวิจัยผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- ยุวดี ฤาชาและคนอื่นๆ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วิคเตอร์ี เพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2533.

- โยธิน บุญเฉลย. การใช้บริการสาธารณสุขของครัวเรือนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในจังหวัดแม่ฮ่องสอน. สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรและสังคม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิ์วัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางการจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- รจนารต ร่วงลือ. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
- รัชณี กัลยาณคุณาวุฒิ. นโยบายและรูปแบบการปกครองจังหวัดชายแดนภาคใต้ : สังคม ปัญหาและแนวทางแก้ไข. เอกสารการประชุมสัมมนาวิชาการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2525.
- ละออง สุวิทยาภรณ์. ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท : กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- วรพินิต สุกระแพทย์. ความสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับความสามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. " การเปลี่ยนแปลงทางกายและสรีระวิทยาในผู้สูงอายุ." ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ. หน้า 60-81. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.

- วินัส ตันติบูล. "โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ." ในการพยาบาลผู้สูงอายุ. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
- ศรีจิตรา บุนนาค. "ปัญหาสุขภาพและแนวความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ". แพทยสภาสาร. 18(เมษายน 2532): 251-263.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2530.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ. "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ." วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล. 2 (มกราคม-มีนาคม 2538): 88-96.
- สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- _____. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.จ. พรินติ้ง, 2536..
- สอิ่ง ขวรางกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534.
- _____. คู่มือการดำเนินงานโครงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.
- สุกัญญา ราพิงกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- สุชาติ โสมประยูร. "สุขภาพกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต." นุศาสตร์. 12 (กรกฎาคม-กันยายน 2526): 76-81.

- สุดา วิไลเลิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
- สุรชาติย์ อุปلامัติ. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- สุพัตรา สุภาพ. สังคมวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. พิมพ์ครั้งที่ 6.
 กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2523.
- สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน
 คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สุวิมล พนาวัฒนกุล. อัดมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของ
 ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กองพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
 การคาดประมาณประชากรประเทศไทย 2523-2538. กรุงเทพมหานคร, 2534.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. รายงานสถิติภาคใต้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
 อักษรไทย, 2537.
- อุมาพร อุดมทรัพย์กุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนย่อย
 เขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถิติ
 คณะสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร, 2536.
- Andrew, F.M. et al. Multiple Classification Analysis. 2nd ed. Michigan: The Institute for
 Social Research The University of Michigan, 1975.
- Atchley, R.C. The Social Focus in Later Life. 3rd ed. California: Wadsworth Publishing
 Company, 1979.
- Barrow, G.M. & Smith, P.A. Aging, Ageism and Society. St. Paul. Minn.: West
 Publishing Company, 1979.
- Berghorn, F.S., Schafer, D.E. & Associates. The Dynamics of Aging : Original Essays on
 the Processes and Experiences of Growing Old. Colorado: Westview Press, 1981.
- Calkins, E., Davis, P.J. & Ford, A.B. The Practice of Geriatrics. Philadelphia: W.B. Saunders
 Company, 1986.

- Cockerham, W.C. Medical Sociology. 2nd ed. New Jersey: Englewood Cliffs: Printice - Hall Inc., 1982.
- Cormack, D. (Ed.) Geriatric Nursing : Aceptual Approach. Oxford: Blackwell, 1985.
- Dalkey, N. & Rourke, D. The Delphi Procedure and Rating Quality of Life Factors in the Quality of Life Concept. Washington, D.C.: Envirinmental Protection Agency, 1973.
- Dubos, R. " The State of Health and the Quality of Life ". The Western Journal of Medicine. 125(July 1976): 8-9.
- Flanagan, J.C. " A Research Approach to Improving our Quality of Life ". American Chychologist. 22(February 1978): 138-139.
- Flynn, M.K. & Frantz, R. " Coronary artery by pass surgery : Quality of Life during Early Convalescence." Heart & Lung. 16(March 1987): 156-167.
- Grayham, K.Y. & Long, A.J. " Quality of Life and Person with Melanoma. " Cancer nursing. 10(July 1987): 338-346.
- Haug, M.R. & Folmer, S.J. " Longivity, Gender and Life Quality. " Journal of Health and Social Behavior. 27(december 1986): 331-345.
- Hill, L. & Smith, N. Self - care Nursing. New Jersy: Prentice Hall, Inc. , 1985.
- Hogstel, M.O. Nursing Care of the Older Adult. 3rd ed. New York: Delmar Publisher Inc., 1994.
- Jech, A.O. Preventing falls in the elderly. Geriatric Nursing. 13 (January 1982): 43-44.
- Norbeck, J.S. "Social Support : A Model for Clinical Research and Application." Advances in Nursing Science. 3 (July 1981): 43-59.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. 3rd ed. New York: Mc Graw-Hill Book Co., 1985.
- _____. Nursing concepts of practice (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book, 1991.
- Orem, D.E. & Taylor, S. Orem's General Theory of Nursing in P.winstead-Fry (Ed.) Case Studies in Nursing Theory. National League for Nursing, 1986.
- Palank, C.L. Determinants of health-promotive behavior: A review of current reseach. Nursing Clinics of North America. 26 (April 1991): 815-832.
- Pender, N.J. Health promotion in nursing practice (2nd ed.). Norwalk: Appleton & Lange, 1987.

- Speake, D.L., Cowart, M.E. & Pellet, K. " Health perception and lifestyles of the elderly ".
Journal in Nursing and Health. 12(May 1989): 93-100.
- Spreitzer, E. & Snyder, E.E. "Correlates of Life Satisfaction Among the Aged."
Journal of Gerontology. 29 (April 1974): 454-458.
- Stromborg, M.F. "Selecting and Instrument of Measure Quality of Life."
Oncology Nursing Forum. 11 (September/October 1984): 88-91.
- Terpstra, T.L. (Tammy), Terpstra, T.L. (Terry), Plawecki, H.M. & Streeter, J. " As Young
as you Feel : Age Identification among the Oldery." J Gerontol Nurs. 15 (December
1989): 4-10.
- UNESCO. " Evaluation the Quality of Lif in Belgium ". Social Indicators Research. 8
(September 1980): 312.
- Walker, S.N., et al. " Health promoting lifestlyes of older-adults : Comparisions with young
and middle-aged adult, corrlates and patterhs ". Advances in Nursing Science. 11
(October 1988): 76-90.
- Zhan, L. Quality of Life : Concept and Measurement issues. Journal of Advance Nursing. 17
(July 1992): 979.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
พฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. รองศาสตราจารย์ดร. สมจิต ปทุมานนท์
หัวหน้าภาควิชา การพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลรามาริบัติ
3. ดร. ชูวดี เกตสัมพันธ์
ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช
4. รองศาสตราจารย์ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รองศาสตราจารย์สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล



แบบอธิบายใบพิกัดสิทธิ์การเข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน นางสาวดวงใจ เปลี่ยนบำรุง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังศึกษาเรื่อง " พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย" ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที

ในการตอบแบบสัมภาษณ์นี้จะไม่ถูกหรือผิด สำหรับข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การเข้าร่วมวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด หากท่านยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้วภายหลังเกิดเปลี่ยนใจท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวได้โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ สำหรับข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยของผู้สูงอายุโดยรวม

ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย ถ้ามีข้อสงสัยใดๆดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านตลอดเวลา และขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล



แบบสัมภาษณ์

โครงการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้สร้างขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อหาแนวทางในการให้การพยาบาลส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เหมาะสม โดยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูล 2 ชุด ดังนี้

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เลขที่แบบสัมภาษณ์ _____

วันที่ _____

แบบสัมภาษณ์

พฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างในข้อคำตอบแต่ละข้อตามความเป็นจริง

ชื่อ - สกุลผู้ให้สัมภาษณ์ _____ บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____

ครอบครัว/ชาย _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุปีเต็ม _____ ปี

3. ศาสนา _____

4. สถานภาพสมรส

 โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ คู่ (สำหรับผู้นับถือศาสนาอิสลาม ระบุจำนวนภรรยาที่อาศัยอยู่ร่วมกันหรือลำดับที่ของการเป็นภรรยา) _____

5. ความสามารถในการใช้ภาษาไทย

อ่านภาษาไทย

 ไม่ได้ ได้

เขียนภาษาไทย

 ไม่ได้ ได้

ฟังภาษาไทย

 ไม่เข้าใจ เข้าใจ

พูดภาษาไทย

 ไม่ได้ ได้

6. อาชีพปัจจุบัน

- () ไม่มีอาชีพ (เช่น อยู่บ้านเลขๆ ทำงานบ้าน)
- () ค้าขาย ระบุ_____
- () รัฐวิสาหกิจ ระบุ_____
- () รับจ้าง ระบุ_____
- () เกษตรกรรม ระบุ_____
- () อื่นๆ ระบุ_____

7. ท่านมีรายได้จากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () บุตรหลาน จำนวน_____บาท/เดือน
- () คู่สมรส จำนวน_____บาท/เดือน
- () ญาติพี่น้อง จำนวน_____บาท/เดือน
- () เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ จำนวน_____บาท/เดือน
- () เงินค่าเช่า ดอกเบี้ย จำนวน_____บาท/เดือน
- () ทำงานด้วยตนเอง ระบุ_____จำนวน_____บาท/เดือน
- () อื่นๆ ระบุ_____จำนวน_____บาท/เดือน

8. ปัจจุบันท่านมีรายได้เดือนละประมาณ_____บาท/เดือน

9. ปัจจุบันบุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับท่านมีใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () คู่สมรส
- () บุตร_____คน
- () บุตรเขย/สะใภ้_____คน
- () หลาน_____คน
- () ญาติ_____คน
- () ผู้อาศัย_____คน
- () อยู่คนเดียว
- () อื่นๆ ระบุ_____จำนวน_____คน

10. บุคคลใดในครอบครัวเป็นผู้ดูแลท่านเมื่อเจ็บป่วย_____

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมข้อความลงในช่องว่างข้อคำตอบแต่ละข้อตามความเป็นจริง

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป

1. ท่านรับประทานอาหารวันละ _____ มื้อ

มือ () เช้า () กลางวัน () เย็น () อื่นๆ ระบุ _____

2. อาหารต่อไปนี้ท่านรับประทานหรือไม่รับประทานประเภทใดบ้าง โปรดระบุสาเหตุที่ไม่รับประทานอาหารแต่ละประเภท

	รับประทาน	ไม่รับประทาน	สาเหตุที่ไม่รับประทาน
- เนื้อสัตว์	()	() ชนิด _____	_____
- ไข่	()	() ชนิด _____	_____
- ผลไม้	()	() ชนิด _____	_____
- ผัก	()	() ชนิด _____	_____
- ข้าว แป้ง	()	() ชนิด _____	_____
- ไขมัน หรือน้ำมัน	() ชนิด _____	() ชนิด _____	_____
- อื่นๆ ระบุ _____	()	() ชนิด _____	_____

3. ท่านรับประทานอาหารเสริม เช่น อาหารเสริมชนิดเม็ดหรือแคปซูล นมผง โยอาหาร น้ำมันปลา โอวัลดินและวิตามินต่างๆ เพื่อบำรุงร่างกายบ้างหรือไม่

() ไม่รับประทาน

() รับประทาน ระบุชนิด _____

22. แม้ว่าจะไม่เจ็บป่วยท่านไปรับการตรวจสุขภาพ เช่น X-ray เจาะเลือดเพื่อหาความผิดปกติของร่างกายบ้างหรือไม่

() ไม่เคยตรวจเลย

() ไปตรวจนานๆ ครั้ง

() ไปตรวจเป็นประจำทุกปี ชนิดของการตรวจ _____

พฤติกรรมการณ์ตนเองตามระยะพัฒนาการ

23. เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุมักมีเวลาว่างมากขึ้น บุตรหลานไปทำงานนอกบ้าน หรือ แยกครอบครัวไป ผู้สูงอายุมักมีความรู้สึกเหงา ท่านมีความรู้สึกนี้หรือไม่

() มี

โดยส่วนใหญ่ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดความรู้สึกเหงา

() เก็บตัวเงียบไม่ยุ่งกับใคร

() พูดคุยกับคนรอบข้าง

() หางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน

() ไปวัด ฟังธรรมะ ทำบุญ

() ทำงานบ้าน

() อื่นๆ ระบุ _____

() ไม่มี

โดยส่วนใหญ่ท่านปฏิบัติอย่างไรเพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกเหงา

() ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต

() พูดคุยกับคนรอบข้าง

() หางานอดิเรกทำ เช่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน

() ไปวัด ฟังธรรมะ ทำบุญ

() ทำงานบ้าน

() อื่นๆ ระบุ _____

24. เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสภาพร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคมเปลี่ยนแปลงไปอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและ อารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเสียใจ โกรธ หรือหงุดหงิดได้ง่าย ท่านมีความรู้สึกเหล่านี้หรือไม่

() ไม่มี

() มี

ท่านปฏิบัติอย่างไรเมื่อเกิดความรู้สึกเหล่านี้

() เก็บอารมณ์ไว้คนเดียวไม่บอกให้ใครทราบ

() แสดงปฏิกิริยาตอบโต้คนที่ทำให้ท่านเกิดอารมณ์

() ปรึกษาหรือระบายกับคนใกล้ชิด

- () ทำใจยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลง
- () ใช้หลักธรรมะในการดำเนินชีวิต
- () หางานอดิเรกทำเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ดูโทรทัศน์
- () อื่นๆ ระบุ _____

28. ถ้าให้รูปภาพเหล่านี้แทนสภาพจิตใจและอารมณ์ของท่าน ท่านจะเลือกรูปใด



พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

29. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นไข้ ปวดหัว ปวดหลังท่านทำอย่างไร

- () รักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- () ซื้อยารับประทานเอง
- () รักษาแผนโบราณหรือสมุนไพร
- () รักษาทางไสยศาสตร์
- () ปลดปล่อยให้หายเอง
- () อื่นๆ ระบุ _____

34. ท่านได้รับข่าวสารหรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () โทรทัศน์
- () หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน
- () วิทยู
- () หนังสือพิมพ์
- () เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- () คำบอกเล่าจากเพื่อนบ้าน
- () คำบอกเล่าจากบุคลากร () อื่นๆ ระบุ _____

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ผู้สูงอายุตอบคำถาม โดยให้ตอบคำถามตรงกับความเป็นจริงตามความรู้สึกของผู้สูงอายุ ซึ่งมีเกณฑ์การตอบดังนี้

- เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ
 เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุปานกลาง
 เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุน้อย
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
<p>สถานภาพทางเศรษฐกิจ</p> <p>1. ท่านรู้สึกว่าคุณมีรายได้เพียงพอสำหรับซื้ออาหารรับประทานตามที่ต้องการ</p> <p>2. ท่านรู้สึกว่าคุณมีรายได้เพียงพอสำหรับซื้อเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มตามที่ต้องการ</p> <p>3. .</p> <p>4. .</p> <p>5. ท่านรู้สึกว่าคุณมีทรัพย์สินมากพอที่จะเลี้ยงดูตนเองตลอดชีวิต</p> <p>สุขภาพ</p> <p>6. ท่านรู้สึกว่าคุณมีสุขภาพแข็งแรงดีเช่นเดียวกับบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกับท่าน</p> <p>7. ท่านรู้สึกว่าคุณมีการมองเห็นเป็นปกติ</p>				

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
8. ท่านรู้สึกว่าคุณได้ยื่นเสียงชัดเจน				
9. ท่านรู้สึกว่าคุณเคี้ยวอาหารได้ดี				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
14. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถปรับตัวได้				
กับการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ในชีวิต				
เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสีย				
ญาติมิตร				
สภาพแวดล้อม				
15. ท่านรู้สึกว่าคุณที่บ้านที่ท่านอาศัยอยู่ใน				
ปัจจุบันมีความคงทนถาวรดี				
16. ท่านรู้สึกว่าคุณมีน้ำดื่มน้ำ				
ใช้ที่สะอาดและเพียงพอ				
.				
.				
.				
.				
20. ท่านรู้สึกว่าคุณมีสุขภาพ				
แวดล้อมและสาธารณสุขปโภคที่ดี				
21. ท่านรู้สึกว่าคุณมีสุขภาพ				
ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน				

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
<p>การพึ่งพาตนเอง</p> <p>22. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถทำอาหาร สำหรับตนเองได้</p> <p>23. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถเดินขึ้น บันไดได้ด้วยตนเอง</p> <p>24. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ในการทำความสะดวก ร่างกาย</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>29. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถขอความ ช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวได้ เมื่อจำเป็น</p> <p>การทำกิจกรรม</p> <p>30. ท่านรู้สึกว่าคุณได้ไปร่วมกิจกรรม ทางศาสนา เช่น ไปวัด ไปโบสถ์ ทำบุญ ตักบาตร ทอดผ้าป่า ทอด กฐิน ตามที่ท่านต้องการ</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>34. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถไปจับจ่าย ซื้อของตามที่ท่านต้องการ</p>				