

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง  
ภาคใต้ตอนบน



นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ISBN 974-14-3901-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH OF OLDER PERSONS,  
URBAN AREA, UPPER SOUTHERN REGION



Miss Pawida Promkuntong

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing


Chulalongkorn University

Academic Year 2006

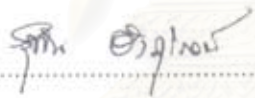
ISBN 974-14-3901-6


หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
โดย	นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาลัดย์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาลัดย์)

  
..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ยูวดี ภาขา)

ภาวิตา พรหมขุนทอง: ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน (SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH OF OLDER PERSONS, URBAN AREA, UPPER SOUTHERN REGION) อ.ที่ปรึกษา: รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, อ.ที่ปรึกษาร่วม: ผศ. ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 200 หน้า, ISBN 974-14-3901-6.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย จากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง ภาคใต้ตอนบน จำนวน 140 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามบุคลิกภาพแสดงตัว แบบสอบถามเจตคติต่อการสูงอายุ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีความเที่ยงจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80, .81, .95 และ .88 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย พิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Contingency coefficient สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับแบบ Spearman สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 124.42$ , S.D. = 13.86)
2. เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัว และเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .204$  และ  $.299$  ตามลำดับ)
4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .622$ )

สาขาวิชา : .....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา : .....2549.....

ลายมือชื่อนิสิต : .....*เชษฐา พรหมขุนทอง*.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา : .....*จ.ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์*.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : .....*ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์*.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# # : 4677629236: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: HEALTH / OLDER PERSONS, URBAN AREA, UPPER SOUTHERN REGION

PAWIDA PROMKUNTONG: SELECTED FACTORS RELATED TO HEALTH OF OLDER PERSONS, URBAN AREA, UPPER SOUTHERN REGION. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, R.N., Ph.D., THESIS CO-ADVISOR: ASSIST. PROF. CAPT. SIRIPHUN SASAT, R.N., Ph.D., 200 pp. ISBN 974-14-3901-6.

The purpose of this research was to study the relationship between selected factors and health of older persons, urban area, upper southern region. Study subjects were 140 older persons, urban area, upper southern region who were selected by using simple random sampling technique. Research instruments were demographic questionnaires, and three questionnaires designed to measure overt personality, attitude toward being old, social support, and health of older persons, which were tested for content validity. The reliability of these questionnaires by Cronbach's alpha were .80, .81, .95 and .88, respectively. Statistic techniques used in data analysis were frequency, percentage, mean, range, standard deviation, contingency coefficient, Spearman's rank - order correlation coefficient, and Pearson's product - moment correlation coefficient.

The major results of this study were as followed:

1. Health of older persons, urban area upper southern region was at the high level.
2. There were no relationship between sex, education, income, marital status, family characteristics, and health of older persons, urban area, upper southern region.
3. Extrovert personality, and attitude toward being old of older persons were positively significantly correlated at the low level with health of older persons, urban area, upper southern region, at level of .05. ( $r = .204$ , and  $.299$ , respectively)
4. Social support of older persons were positively significantly correlated at the middle level with health of older persons, urban area upper, southern region, at level of .05. ( $r = .622$ )

Field of study : .....Nursing Science.....

Academic : .....2006.....

Student's signature : *Pawida Promkuntong*

Advisor's signature : *Jintana Yunibhand*

Co-advisor's signature : *Siriphun Sasat*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนาญนิพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาสัตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ภาชา กรรมการสอบ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรักและความห่วงใยตลอดระยะเวลาการศึกษา

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรณ์ มุลศิลป์ รองศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ อาจารย์ ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ อาจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ และคุณจริยา พิชญ์ชยະนันท ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะทิว จังหวัดชุมพร โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

กราบขอบพระคุณ ผู้สูงอายุทั้ง 140 ท่าน ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย หากปราศจากทุกท่านวิทยานิพนธ์นี้จะไม่อาจสำเร็จลุล่วงไปได้เลย

กราบขอบพระคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายนี้ขอขอบพระคุณ ครอบครัว เจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ และกัลยาณมิตรทุกท่าน โดยเฉพาะ คุณชนัญชิตา โภธิประสาท ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	8
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการศึกษาวิจัย .....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ .....	17
วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน.....	25
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน.....	29
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	50
บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ .....	76
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	79
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	91

	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	92
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	92
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	93
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	100
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	104
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	106
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	106
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	108
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	115
สรุปผลการวิจัย.....	116
การอภิปรายผลการวิจัย.....	118
ข้อเสนอแนะ.....	132
รายการอ้างอิง.....	134
ภาคผนวก.....	151
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย.....	152
ภาคผนวก ข ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	154
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	172
ภาคผนวก ง ร้อยละของแหล่งสนับสนุนทางสังคม.....	178
ภาคผนวก จ หนังสือข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างและหนังสือยินยอมเข้าร่วม การวิจัย.....	184
ภาคผนวก ฉ หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	188
หนังสือขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย	
หนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย	
ภาคผนวก ช ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลอง ในการวิจัย.....	198
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	200



## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเทศบาลแต่ละจังหวัด .....	93
2 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม .....	104
3 รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	106
4 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุชุมชนเขตเมือง ภาคใต้ตอนบน จำแนกตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา .....	109
5 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน จำแนกตาม รายได้ สถานภาพสมรสและลักษณะครอบครัว .....	110
6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้านของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน .....	111
7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอน บนจำแนกตามลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัวและเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ .....	112
8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้านการสนับสนุน ทางสังคมและร้อยละของแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน .....	113
9 สถิติแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน .....	114

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่ ภาวะประชากรสูงอายุ (Aging population) คือมีผู้สูงอายุ สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2549 พบว่า ประชากรในประเทศไทยทั้งหมด 62.5 ล้านคน มีประชากรสูงอายุ 6.6 ล้านคน ซึ่งมีผู้ที่มีอายุ 60-79 ปี จำนวน 6 ล้านคน และมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี 0.6 ล้านคน ซึ่งคาดว่าปี พ.ศ. 2569 จะมีประชากร 65 ล้านคน ซึ่งจะมีประชากรสูงอายุ 12.9 ล้านคน ซึ่งมีผู้ที่มีอายุ 60-79 ปี จำนวน 11.6 ล้านคน และมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี 1.3 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) เพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง ในเพศชายเพิ่มจาก 53.64 เป็น 62.42 ปี ในเพศหญิงเพิ่มจาก 65.64 เป็น 66.19 ปี ในปี พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2543 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) และ คาดว่าในปี พ.ศ.2559 อายุคาดเฉลี่ยเพศชายและหญิง จะเท่ากับ 73.6 ปี และ 78.6 ปี ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2548)

จากการมีอายุยืนยาวขึ้นของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เพราะเมื่ออายุที่เพิ่มขึ้น อาจนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงต่อปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากวัยสูงอายุมีธรรมชาติในการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (Ebersole and Hess, 1998) Elipolos (1987) รายงานว่า ผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมามากกว่าวัยอื่น ๆ ถึง 4 เท่าและ O' Brain (1987) รายงานว่าประมาณ 4 ใน 5 คน ของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไป จะมีโรคประจำตัว 1 โรค หรือมากกว่า โรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกของ ผู้สูงอายุกลุ่มทวีปเอเชีย รวมทั้งประเทศไทย คือ โรคหัวใจ มะเร็ง และเบาหวาน (WHO, 1998 ; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543) และจากการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย (2541) พบโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย คือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาทางสังคม และเศรษฐกิจอย่างชัดเจน มีความชุกสูงและเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองซึ่งเป็นผู้มีฐานะดี และมีความสัมพันธ์กับอาการสมองเสื่อม ภาวะทุพพลภาพระยะยาวและภาวะพึ่งพา

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Ebersole and Hess, 1998) ก่อให้เกิดภาวะวิกฤต อันเป็นลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความเสื่อมสภาพทางด้านร่างกาย ผิวหนังเหี่ยวย่น การมองเห็น และการได้ยินลดลง การเคลื่อนไหวช้าลง ทำให้มีข้อจำกัดในการทำงานของร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมถอยลง เป็นผลให้สภาพร่างกายอ่อนแอลง มีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มักเกิดควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (เกษม ต้นติผลชีวะ, 2538) และทางด้านอัตมโนทัศน์ เช่น จากการใช้ชีวิตที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ได้แก่ การสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส และเพื่อน ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ มีวิตกกังวล เหงา ว้าเหว่ ซึมเศร้า ขาดความพึงพอใจต่อสภาพชีวิตในปัจจุบัน (บรรลุ ศิริพานิช, 2536) และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทและหน้าที่ในสังคมจากการเกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ไม่มีความสำคัญไม่มีประโยชน์ต่อสังคม สูญเสียอำนาจหน้าที่การงานและการยอมรับจากสังคม รวมถึงการขาดรายได้ (Ebersole and Hess, 1998) เพราะไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือการที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง อันเป็นผลเนื่องมาจากเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหว่ (Foxall et. al., 1994) และอาการทางจิตใจดังกล่าวอาจส่งผลก่อให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (McConnell, Eleanor and Atteson, 1997)

ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้สูงอายุยังส่งผลกระทบต่อไปถึงครอบครัว และสังคมได้อีก โดยปัญหาที่เกิดกับครอบครัว เช่น ปัญหาการรับภาระการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ รายจ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลรักษาสุขภาพที่เสื่อมลงของผู้สูงอายุ ภาระนี้จึงเป็นปัญหามากขึ้นในสภาพเศรษฐกิจที่สูงขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในภาพรวม จากภาวะเศรษฐกิจที่ถดถอย รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ทำให้บางครอบครัวไม่สามารถดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความซึมเศร้า เบื่อหน่ายในชีวิต รู้สึกไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ไม่มีความหมาย รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ (สุรกุล เจนอบรม, 2534) นอกจากนี้ยังมีปัญหาการปรับตัวระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน และปัญหาการปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตใหม่ไม่ได้ของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความหงุดหงิด ส่งผลกระทบต่อบุตรหลานที่ใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาในการปรับตัว หากไม่ได้มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างมาก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534) ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต การปรับตัวของผู้สูงอายุจะสามารถปรับตัวได้ดีหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถในการยอมรับและการปรับตัวให้เข้ากับภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิตและมีสุขภาพ

ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตมากขึ้น หากไม่ได้รับการประเมิน ปัญหาและความต้องการ และได้รับการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมโดยเร็ว และขนาดของปัญหาก็คะใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและสัดส่วนของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

จากการประมาณประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ.2533-2563 พบว่าภาคใต้ซึ่งมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.21 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 9.97 ในปี พ.ศ. 2553 (กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของภาคใต้ คือภาวะพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งนับเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาในด้านต่าง ๆ การส่งเสริมภาวะสุขภาพจึงนับว่ามีความสำคัญมาก และจากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ภาคใต้มีประชากรสูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว เป็นอันดับสองรองจากภาคเหนือ ซึ่งประสบกับความเหงา ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ต้องช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน ต้องหาเลี้ยงชีพด้วยตนเอง มีปัญหาด้านการเงิน (การสำรวจผู้สูงอายุไทย, 2545) และพบว่าภาคใต้เป็นภาคที่มีผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้มากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง ประกอบกับจากรายงานการสำรวจความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย ปี พ.ศ. 2548 ของกรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย พบว่าผู้สูงอายุภาคใต้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือนไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 0.2 และจากการสำรวจปี พ.ศ. 2548 พบว่า ผู้สูงอายุในภาคใต้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 45.3 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และโรคที่เป็นปัญหาอันดับหนึ่งคือ โรคหัวใจ และหลอดเลือด รองลงมาคือโรคของต่อมไทรอยด์ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร, 2548) ปัญหาเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทำให้เสี่ยงต่อการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย ประกอบกับเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นความสามารถในการเคลื่อนไหวจะลดลง (Miller, 1999) ทำให้ดูแลตนเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จากอัตราส่วนการพึ่งพิงของผู้สูงอายุร้อยละ 14.3 ในปี พ.ศ. 2543 คาดว่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.6 ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นร้อยละ 24.6 ในปี พ.ศ. 2563 (จิระพันธ์ กัลลประวิทย์ และคณะ, 2541 อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2545) ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จากปี พ.ศ. 2543 ภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นนี้ ทำให้ผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตลดลง และมีภาวะสุขภาพไม่ดี เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการดูแลรักษาในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งผลที่ตามมา ทำให้รัฐบาลต้องรับผิดชอบงบประมาณรายจ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีภาวะ

สุขภาพที่ดี ไม่เป็นภาระพึ่งพาของผู้อื่น ย่อมส่งผลดีต่อสวัสดิภาพของผู้สูงอายุเอง สังคม และ ประเทศชาติในภาพรวมด้วย

จากการเปลี่ยนแปลงขนาด สัดส่วนประชากรสูงอายุในประเทศไทย และปัญหาสุขภาพใน ผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งระบบ เพราะเนื่องจากปัญหาของผู้สูงอายุมีหลายด้านทั้ง ด้านสุขภาพอนามัย ด้านจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ด้วยความยากลำบาก (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542) และส่งผลกระทบต่อประเทศชาติหากไม่มีการดำเนินการที่เหมาะสม (ซึ่ง เตชามหาชัย, 2542) นอกจากนี้การดำเนินนโยบายให้ประชาชนมีสุขภาพดีและอายุยืนยาวต่อไป ในอนาคต ส่งผลให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมีมากขึ้นในขณะที่อัตราการเกิดลดลง จึงทำให้ ประเด็นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีสุขภาพะในวัยสูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณา และเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลายาวนาน เพื่อการเตรียมการจึงจะเห็นผล (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ผู้สูงอายุมี ลักษณะเฉพาะของประชากรที่จำเป็นต้องให้การสร้างเสริมสุขภาพ ในรูปแบบเฉพาะของกลุ่ม ผู้สูงอายุเอง จากแผนสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ.2535-2554) เห็นได้ว่ารัฐบาลให้ความสำคัญ ในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (สุทธิ ชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543) ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นผลลัพธ์จากการปรับตัวของระบบบุคคล ตาม แนวคิดของ Roy (Roy, 1999)

ภาวะสุขภาพ มาจากคำว่า สุขภาพ (health) ซึ่งมักใช้ร่วมกับคำว่า ภาวะ เป็นภาวะสุขภาพ ของบุคคล ซึ่งองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) อธิบายไว้ว่า เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์หรือไม่มีความบกพร่อง ซึ่งไม่เพียงแต่ ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงความสมบูรณ์ของจิตใจ และจิตวิญญาณด้วย (WHO, 1986) ตามแนวคิดของ Roy เชื่อว่า สุขภาพเป็นผลลัพธ์จากการปรับตัวของระบบบุคคล (Andrew and Roy, 1999) ดังนั้นคำว่า ภาวะสุขภาพ ในการวิจัยนี้ จึงเป็นกระบวนการที่บุคคล ปฏิบัติในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก เพื่อตอบสนองต่อความต้องการ ของตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ตนสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นได้อย่างมี ประสิทธิภาพ โดยแสดงออกมาในลักษณะของความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม (Andrew and Roy, 1999) บุคคลประกอบด้วย กาย จิต และสังคมเป็นหน่วยเดียวกัน รวมกันเป็นระบบชีวิตที่ เป็นระบบเปิดที่จะต้องปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยที่บุคคลจะมี พฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการ พึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ซึ่งผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ดีเหมาะสมก็จะแสดงถึงภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้ามี ปัญหาในการปรับตัวก็จะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางกาย เช่น

หัวใจเต้นแรง ใจสั่น โรคความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง มีอาการสั้นกระตุกของกล้ามเนื้อ เหงื่อออกมาก บัสสาวะบ่อย ท้องเสีย จุกเสียดแน่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ส่วนด้านจิตใจ ได้แก่ มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัว เฉยชา การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เป็นต้น (งามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง, 2545) ซึ่งแสดงถึงภาวะสุขภาพไม่ดี ถ้าบุคคลมีภาวะสุขภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตสังคมที่ดี จะสามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของ Roy คือ ผลลัพธ์ของการปรับตัว เมื่อบุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งเร้า เมื่อมีสิ่งเร้าไม่ว่ามาจากภายใน หรือภายนอกในร่างกาย มากกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อลดความตึงเครียด จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสิ่งเร้าต่าง ๆ จำเป็นต้องมีการปรับตัว 4 ด้าน เพื่อสามารถเผชิญกับปัญหาเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม และการที่บุคคลจะพัฒนาภาวะสุขภาพให้ดีขึ้นได้นั้น จำเป็นจะต้องทราบระดับภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และจะต้องทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ สิ่งเร้า (stimuli) คือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองหรือจุดเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่ง Roy (Andrew and Roy, 1999) ได้แบ่งออกเป็น สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าภายในหรือภายนอกตัวบุคคล ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น มีสำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพมากที่สุด สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสิ่งเร้าตรง เป็นปัจจัยต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับระบบบุคคลทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง รายได้ และลักษณะของครอบครัว สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) เป็นปัจจัยที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของระบบบุคคล เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต ผลของสิ่งเร้าแฝงอาจจะไม่ชัดเจน สังเกตไม่ได้ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ ทัศนคติ บุคลิกภาพ อุปนิสัย และประสบการณ์เดิม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดทฤษฎีของ Roy และทบทวนวรรณกรรม เป็นแนวทางในการคัดสรรตัวแปร ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ เจตคติต่อการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

เพศ ซึ่ง Roy (1976) กล่าวว่า เพศเป็นสิ่งเร้าอย่างหนึ่งของระบบการปรับตัวของบุคคล ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ เพราะการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (ศศิมา ทวีสิน, 2538)

สถานภาพสมรส เป็นลักษณะทางประชากรที่มีความสำคัญ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการสนับสนุนทางสังคม (Orem, 1985)

รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึง สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล ผู้ที่มีรายได้สูงทำให้มีโอกาสติดต่อสื่อสารกับกลุ่มต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ ผู้ที่มีรายได้น้อยมีปัญหาด้านการเงิน ทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (ประยงค์ ลิ้มตระกูล และคณะ, 2546)

ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันแรกและสำคัญที่สุด ที่ทำหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ

บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมและภาวะวิกฤต ซึ่งแต่ละบุคคลเผชิญแตกต่างกันออกไป แม้ว่าจะมีพื้นฐานดั้งเดิมมาจากวัยเริ่มต้นชีวิตแล้วก็ตาม

เจตคติต่อการสูงอายุ เป็นความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อภาวะสูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรม

การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ และช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus and Folkman, 1987)

พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแล และส่งเสริมการสร้างสุขภาพ และป้องกันโรค (WHO, 1999) ทั้งผู้สูงอายุที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย ให้มีภาวะสุขภาพที่เหมาะสม ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การสร้างเสริมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการควบคุม ดูแล และพัฒนาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง โดยมีพยาบาลส่งเสริม ซึ่งเป็นวิถีทางที่ยั่งยืนในการลงทุนด้านสุขภาพ และมีความคุ้มค่าสูง (ประเวศ วัชรี, 2540) ซึ่งการจะส่งเสริมภาวะสุขภาพได้นั้น พยาบาลควรต้องทราบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ จึงจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Roy (Andrew and Roy, 1991) ที่กล่าวว่า เป้าหมายการพยาบาล (goal of nursing) ว่า เป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และตายอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งการส่งเสริมภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยา เช่น การส่งเสริมเรื่องการพักผ่อนและการออกกำลังกาย อาหาร ออกซิเจน และการไหลเวียน การขับถ่าย น้ำและเกลือแร่ การป้องกัน การรับความรู้สึกสัมผัส การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของต่อมไร้ท่อ 2) การส่งเสริมภาวะสุขภาพด้านอัตมโนทัศน์ เช่น การช่วยเหลือในเรื่องภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล ความรู้สึกหมดหวังท้อแท้ และความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเองลดลง 3) การส่งเสริมภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่ เช่น การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในเรื่องการแสดงบทบาทที่ไม่มีประสิทธิภาพ การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความเป็นจริง ความขัดแย้งในบทบาท 4) การส่งเสริมภาวะสุขภาพด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน เช่น การช่วยเหลือเรื่องของความรู้สึกว่าเหว่และการว่าเหว่ทางสังคม แต่การจะส่งเสริมให้ได้เหมาะสมตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ นั้น พยาบาลจะต้องรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุก่อน เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเลือกจัดกิจกรรมส่งเสริมภาวะสุขภาพ และเลือกปัจจัยที่จัดกระทำได้เหมาะสม

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลในภาคใต้ เห็นความสำคัญของการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคใต้ แต่เนื่องจากบริบทของภาคใต้ตอนบนและตอนล่างมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านความเป็นอยู่ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และการดำเนินชีวิต จึงเลือกศึกษากลุ่มภาคใต้ตอนบน ซึ่งมีอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าภาคใต้ตอนล่าง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) และเนื่องจากเขตที่อยู่อาศัยเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ความเป็นเมืองมาก แม้จะมีสิ่งอำนวยความสะดวก แต่ผู้คนส่วนใหญ่จะเป็นมนุษย์เศรษฐกิจ ต้องทำงานหาเงิน มีความเครียดในตนเองสูง มีเวลาว่างจากการประกอบอาชีพน้อย ไม่มีเวลาที่จะคอยดูแลเอาใจใส่ และสนใจทุกข์สุขของผู้สูงอายุในครอบครัว สภาพสังคมที่เร่งรัดทำให้การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนบ้าน และชุมชนเดียวกันมีน้อย ความเป็นอยู่ที่แออัด ทำให้ไม่มีสถานที่ที่จะออกกำลังกายหรือพักผ่อนหย่อนใจ (ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541) ความเป็นเมืองส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์เหงาเพิ่มขึ้นทุก ๆ วัน รู้สึกด้อยค่า รู้สึกถูกทอดทิ้ง และละเลยจากครอบครัว (Cowgirl and Holm, 1972) จากสภาพครอบครัวเดี่ยว และสภาพสังคมเมืองใหญ่ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2534) ซึ่งการดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างรีบเร่ง สับสนวุ่นวาย อาจสร้างความกดดันให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมนี้ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของมนุษย์โดยเฉพาะสังคมเมือง (ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541) ซึ่งผลการวิจัยของ นภาพร ชัยวรรณ และคณะ(2530) พบว่า ผู้สูงอายุได้ภาวะสุขภาพไม่ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในเมือง สอดคล้องกับที่ Hafen (1981) กล่าวว่าผู้คนที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ย่อมมีสิ่งทำให้เกิดความเครียดสูงกว่าในชนบทหรือในเมืองเล็ก ความเป็นเมืองน้อยกว่าจะมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งนำไปสู่โรคหัวใจและความดันโลหิตสูงน้อยกว่าเมืองที่มีความเป็นเมืองสูงกว่า และจากการปฏิรูประบบการบริการด้านสุขภาพ ที่เน้นการให้บริการที่เป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพของทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน และคาดว่าผลการวิจัย



น่าจะมีส่วนช่วยให้เข้าใจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริการ บริหาร และวิชาการ ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

### แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดทฤษฎีของ Roy กล่าวว่า เป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว (adaptation) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ตนสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแสดงออกมาในลักษณะของความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม โดยจำแนกภาวะสุขภาพ 4 ด้าน คือ

1. **ด้านสรีรวิทยา (physiological mode)** หมายถึง การที่ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองพื้นฐานทางด้านร่างกาย และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงานและควบคุมการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ออกซิเจน ภาวะโภชนาการ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การปกป้องร่างกาย การรับความรู้สึก น้ำและเกลือแร่ การทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ

2. **ด้านอัตมโนทัศน์ (self concept mode)** หมายถึง การตอบสนองการรับรู้ต่อความรู้สึกและความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองทางด้านร่างกายและความสามารถในการทำหน้าที่ รวมถึงความเชื่อด้านศีลธรรมจรรยา ความคาดหวังที่ตนมีและความสำนึกในคุณค่าของตนเอง และการรับรู้ถึงความรู้สึกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง

3. **ด้านบทบาทหน้าที่ (role performance)** หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกด้านการกระทำ และความรู้สึกของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านสังคม ที่ผู้สูงอายุได้กระทำและรู้สึกถึงบทบาทตามที่สังคมคาดหวังไว้ในบทบาทของตน และบทบาทของตนที่มีต่อครอบครัว

และสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานภาพ และบทบาทภายหลังเข้าสู่วัยสูงอายุ

4. **ด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างบุคคล** หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกด้านการกระทำและความรู้สึกของผู้สูงอายุ ในด้านการมีสัมพันธภาพที่ดี การให้และรับความรัก ความห่วงใย การช่วยเหลือ เอาใจใส่ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น กับพึ่งพาผู้อื่นด้านสุขภาพและกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้ผู้อื่นได้พึ่งพาตนเองได้ รวมถึงให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และมีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นกิจกรรมที่ตนไม่สามารถทำได้

ซึ่งภาวะสุขภาพนี้เป็นผลมาจากกระบวนการปรับตัวของบุคคล ต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ที่เรียกว่า สิ่งเร้า (stimuli) คือสิ่งทีกระตุ้นบุคคลให้เกิดการตอบสนอง หรือจุดเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม โดย Roy (Andrew and Roy, 1999) ได้แบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าภายในหรือภายนอกตัวบุคคล ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น มีสำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมปรับตัวมากที่สุด โดยที่ระบบบุคคลตระหนักรู้ (awareness) อาจจะเป็นวัตถุ สิ่งของ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สิ่งเร้าตรง อาจจะเป็นสิ่งเร้าเชิงบวกหรือเชิงลบ

สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสิ่งเร้าตรง นั่นคือสิ่งเร้าร่วมจะเป็นปัจจัยต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับระบบบุคคลทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง รายได้ ลักษณะของครอบครัว เป็นต้น

สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) เป็นปัจจัยที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของระบบบุคคล เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต ผลของสิ่งเร้าแฝงอาจจะไม่ชัดเจน สังเกตไม่ได้ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ ทักษะ บุคลิกภาพ อุปนิสัย ประสบการณ์เดิม เป็นต้น

ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีของ Roy มาเป็นแนวทางในการคิดสรรตัวแปร ในงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสิ่งเร้าตรง ได้แก่ ภาวะสูงอายุ สิ่งเร้าร่วม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และสิ่งเร้าแฝง ได้แก่ บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ เจตคติต่อการสูงอายุ และได้เพิ่มเติม ตัวแปรสถานภาพสมรส จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งทำให้ได้ตัวแปรจาก ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะครอบครัว

บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ เจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ซึ่ง Roy (1976) กล่าวว่าเพศเป็นสิ่งเร้าอย่างหนึ่งของระบบการปรับตัวของบุคคล นอกจากนี้ Andreason and Noris (1972) กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาการปรับตัว การระบายความทุกข์ เจตคติต่อการเจ็บป่วย และสดใสสะอาด (2540) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยเพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ต้นติวัฒน์เสถียร (2534) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น เพศน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ เพราะการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะบุคคลที่มีการศึกษาสูงมักมีแนวทางที่จะเลือกดำเนินชีวิตได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (ศศิมา ทวีสิน, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับวิถีชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้น ระดับการศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถานภาพสมรส จากการทบทวนวรรณกรรม สถานภาพสมรสเป็นลักษณะทางประชากรที่มีความสำคัญ สามารถบ่งบอกถึงประสบการณ์ในการดำรงชีวิตครอบครัว อีกทั้งกำหนดบทบาทและสถานภาพทางสังคมของบุคคล ซึ่งการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2534) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ดังนั้น สถานภาพสมรสน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึง สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล ผู้มีรายได้สูงย่อมมีการปรับตัวดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ ดังนั้น รายได้น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันแรกและสำคัญที่สุด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ เพราะเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการด้านร่างกายจิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งบทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัวนี้ จัดว่าเป็นสิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวในภาวะวิกฤตตามแนวคิดการปรับตัวของ Roy (1976) จากการศึกษาของของ พิษญาภรณ์ มุลศิลป์ และคณะ (2536) และสุทธิพันธ์ พิทักษ์วรรณ (2537) ที่พบว่า ลักษณะครอบครัวของ

ผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน มีการปรับตัวต่างกัน ซึ่งการปรับตัวต่างกันส่งผลให้มีภาวะสุขภาพต่างกัน ดังนั้น ลักษณะครอบครัวน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพดีมาน้อยเพียงใด ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ บุคลิกภาพ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเหตุการณ์สิ่งแวดล้อมและภาวะวิกฤต ซึ่งแต่ละบุคคลเผชิญแตกต่างกันออกไป แม้ว่าจะมีพื้นฐานดั้งเดิมมาจากวัยเริ่มต้นชีวิตแล้วก็ตาม การปรับตัวได้ก็จะทำให้ตนเองและผู้ใกล้ชิดมีความสุข หากปรับตัวไม่ได้ก็จะก่อให้เกิดความทุกข์แก่ตนเองและผู้อื่น การเรียนรู้ถึงสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในวัยสูงอายุจะช่วยให้เกิดการปรับตัวเข้าหากัน เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) ที่พบว่าผู้เกษียณอายุที่มีบุคลิกภาพลักษณะแสดงตัว มีการปรับตัวดีมากกว่าผู้เกษียณอายุที่มีบุคลิกภาพลักษณะเก็บตัว ดังนั้น บุคลิกภาพแสดงตัวน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

เจตคติต่อการสูงอายุ เป็นความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อภาวะสูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าแฝงที่มีผลต่อการปรับตัว เนื่องจากเจตคติที่ไม่ดีทำให้ไม่ชอบภาวะสูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแสดงถึงการไม่สามารถปรับตัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเจตคติของผู้เกษียณอายุราชการ ว่าผู้ที่มีเจตคติดียอมส่งผลให้การปรับตัวดีกว่าผู้ที่มีเจตคติไม่ดี (สุทธินันท์ น้ำเพชร, 2542) ดังนั้น ผู้ที่เจตคติดียอมปรับตัวได้ดีและส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีเจตคติไม่ได้ เจตคติต่อการสูงอายุจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ และช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus and Folkman, 1987) และ Elliott and Eisdorfer (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งอำนวยความสะดวกในการเผชิญปัญหา โดยจะช่วยให้บุคคลมีความทุกข์อยู่ภายในขอบเขตที่สามารถจะทนได้ ตลอดจนสามารถจะเผชิญและเตรียมพบกับสถานการณ์ที่จะเกิดในอนาคตได้ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพ ช่วยป้องกันความเจ็บป่วย (Orem, 1985) และส่งเสริมการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Pender, 1987) โดย Orem (1985) เน้นว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะก่อให้เกิดความใกล้ชิดผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น คำแนะนำ วัตถุประสงค์ของ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

จากแนวคิดและทฤษฎีที่ศึกษามาและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า ปัจจัยคัดสรรมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
2. ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
3. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
4. รายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
5. ลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
6. บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
7. เจตคติต่อการสูงอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
8. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

### ขอบเขตการศึกษาวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) มุ่งศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ในรายด้าน และศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง ภาคใต้ตอนบน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

**ตัวแปรต้น** ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะครอบครัว) บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ เจตคติต่อการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม

**ตัวแปรตาม** ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยา ภาวะสุขภาพด้านอัมมโนทัศน์ ภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่ และภาวะสุขภาพด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ปัจจัยคัดสรร** หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่ได้คัดเลือกตามกรอบแนวคิดของ Roy ด้วยการวิเคราะห์ห้วงวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการปรับตัวในผู้สูงอายุ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ในที่นี้ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ เจตคติต่อการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม

**1. ปัจจัยส่วนบุคคล** หมายถึง ข้อมูลเฉพาะของบุคคล ในที่นี้ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และลักษณะครอบครัว

**1.1 เพศ** หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคล จำแนกเป็นเพศชายหรือเพศหญิง

**1.2 ระดับการศึกษา** หมายถึง คุณวุฒิสูงสุดทางการเล่าเรียนของผู้สูงอายุ ได้แก่ ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ปริญญาตรี และปริญญาโท

**1.3 สถานภาพสมรส** หมายถึง สิ่งที่บ่งบอกถึงลักษณะความเป็นอยู่เกี่ยวกับการแต่งงานของผู้สูงอายุในปัจจุบัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ กับสถานภาพเดี่ยว (โสด หม้าย หย่า หรือแยก)

**1.4 รายได้** หมายถึง รายรับโดยเฉลี่ยต่อเดือนปัจจุบันของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจได้รับจากบุตรหลาน ญาติ ฯลฯ หรือเงินบำนาญ

**1.5 ลักษณะครอบครัว** หมายถึง รูปแบบการอยู่ร่วมกันของกลุ่มคนที่อยู่อาศัยในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยคน 1-2 ชั้นอายุ (generation) เช่น ผู้สูงอายุ และ/หรือสามีภรรยาของผู้สูงอายุ และ/หรือบุตรเท่านั้น และครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยคน 3 ชั้นอายุ ขึ้นไป เช่น ผู้สูงอายุ และ/หรือสามีภรรยา บุตรหลานและครอบครัวของบุตร และ/หรือญาติพี่น้องอยู่ร่วมกัน

**2. บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ** หมายถึง การแสดงออกโดยรวมของผู้สูงอายุในลักษณะที่แสดงถึงความสามารถในการเข้าสังคม ชอบงานรื่นเริงต่าง ๆ มีเพื่อนมาก ไม่ชอบการเรียนรู้หรือการทำงานตามลำพัง ชอบความตื่นเต้น รับการกระตุ้นจากภายนอกได้มาก ชอบการเปลี่ยนแปลง ชอบทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดเวลา ชอบความเป็นอิสระและความสนุกสนาน ร่าเริง

ค่อนข้างมองโลกในแง่ดี เป็นคนแสดงอารมณ์และความรู้สึกเปิดเผย ไม่ควบคุมอารมณ์ มีแนวโน้มที่จะก้าวร้าว ภู่วาม อารมณ์เสียได้ง่าย

สามารถวัดจากแบบประเมินบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ ที่สร้างจากแบบวัดบุคลิกภาพปรับตัว-แสดงตัว ของ Eysenck (1970) โดย สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542)

ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีบุคลิกภาพแสดงตัวมาก

**3. เจตคติต่อการสูงอายุ** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการมีอายุเพิ่มมากขึ้น เป็นการแสดงออกทางด้านผลรวมของความโน้มเอียง และความรู้สึก ความมื่อคติ ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอยู่ในจิตใจมาก่อน และการลงความเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความชอบ หรือไม่ชอบ หรือเฉย ๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

สามารถวัดจากแบบประเมินเจตคติของผู้สูงอายุ ซึ่งสร้างจากแนวคิดของ Thurstone (1996) โดย สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542)

ค่าคะแนนสูง หมายถึง เจตคติต่อการสูงอายุดี

**4. การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่าง ๆ ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่น ๆ โดยความช่วยเหลือที่ได้รับนั้น อาจจะมีลักษณะเป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เงิน เสื้อผ้า และการบริการ หรือในลักษณะนามธรรม เช่น การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การยอมรับรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การยกย่องเห็นคุณค่า รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่จำเป็นต่าง ๆ รวมถึงการมีโอกาสได้ดูแลและช่วยเหลือผู้อื่น โดยแบ่งออกเป็น 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) 2) การสนับสนุนทางด้านวัตถุ สิ่งของหรือบริการต่าง ๆ (instrumental support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) 4) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) 5) การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (esteem support) ประกอบด้วย

#### **ส่วนที่ 1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม**

ในการวิจัยนี้วัดจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สุทธิ สุวรรณพสุ ซึ่งสร้างจากแนวคิดของ Cobb (1976) และ Jacobson (1986)

ค่าคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

**ส่วนที่ 2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อและการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

แสดงผลร้อยละของแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุเป็นรายด้าน ซึ่งส่วนที่ 2 ไม่ได้ใช้ในการหาความสัมพันธ์

**5. ภาวะสุขภาพ** หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ตนสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแสดงออกมาในลักษณะของความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม จากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (Andrew and Roy, 1999) ผู้วิจัยได้จำแนกภาวะสุขภาพ 4 ด้าน คือ

**5.1 ด้านสรีรวิทยา (physiological mode)** หมายถึง การที่ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองพื้นฐานทางด้านร่างกาย และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงานและควบคุมการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ออกซิเจน ภาวะโภชนาการ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การปกป้องร่างกาย การรับความรู้สึก น้ำและเกลือแร่ การทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ

**5.2 ด้านอัตมโนทัศน์ (self concept mode)** หมายถึง การตอบสนองการรับรู้ต่อความรู้สึกและความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองทางด้านร่างกายและความสามารถในการทำหน้าที่ รวมถึงความเชื่อด้านศีลธรรมจรรยา ความคาดหวังที่ตนมีและความสำนึกในคุณค่าของตนเอง และการรับรู้ถึงความรู้สึกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง

**5.3 ด้านบทบาทหน้าที่ (role performance)** หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกด้านการกระทำ และความรู้สึกของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านสังคม ที่ผู้สูงอายุได้กระทำและรู้สึกถึงบทบาทตามที่สังคมคาดหวังไว้ในบทบาทของตน และบทบาทของตนที่มีต่อครอบครัวและสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพ และบทบาทภายหลังเข้าสู่วัยสูงอายุ

**5.4 ด้านความสัมพันธ์พึ่งพาระหว่างบุคคล** หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกด้านการกระทำและความรู้สึกของผู้สูงอายุ ในด้านการมีสัมพันธภาพที่ดี การให้และรับความรัก ความหวังใย การช่วยเหลือ เอาใจใส่ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น กับพึ่งพาผู้อื่นด้านสุขภาพและกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้ผู้อื่นได้พึ่งพาตนเองได้ รวมถึงให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และมีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นกิจกรรมที่ตนไม่สามารถทำได้



สามารถวัดได้จากแบบประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจาก แบบประเมินการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในจังหวัดเพชรบุรีของ สุทธิพันธ์ น้ำเพชร (2542) ซึ่งสร้างจากแนวคิดการปรับตัวของ Roy (Andrew and Roy, 1999)

ค่าคะแนนภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี

6. **ผู้สูงอายุ** หมายถึงผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่อย่างน้อย 1 ปี (นับถึงวันเก็บข้อมูล) ในเขตเทศบาลเมือง ภาควิชาได้ออนบน

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล ให้การพยาบาล เพื่อช่วยเหลือกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพ เพื่อให้มีภาวะสุขภาพดี ใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณค่า และมีความสุข
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา และวิจัยต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ในหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ
2. วิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัวและภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
  - 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
  - 4.2 บุคลิกภาพภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ
  - 4.3 เจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ
  - 4.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ
5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1994) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงคือ วัยสูงอายุตอนต้น (Young old age) คืออายุระหว่าง 60-74 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (Middle old age) มีอายุระหว่าง 74-85 ปี และวัยสูงอายุตอนปลาย (Old old age) มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป

##### 1.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่างๆ ในร่างกายสูงอายุ

ความสูงอายุเป็นกระบวนการหนึ่งของชีวิต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในร่างกายที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้ (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2541: 26 -42)

กระบวนการชราขององค์ประกอบทั่วไปของร่างกายและระบบโลหิต น้ำหนักร่างกายและความสูงมีแนวโน้มลดลง ความสูงที่ลดลงมีสาเหตุจากการยุบตัวของหมอนรองกระดูกและหลังโกงที่เป็นเพิ่มขึ้นช้า ๆ มวลร่างกายและมวลเซลล์ลดลง ปริมาณน้ำในร่างกายและในเซลล์ลดลง ปริมาณไขมันและสัดส่วนไขมันในร่างกายสูงขึ้น ความสามารถในการทนต่อความ

เย็นลดลง ปริมาณเกลือแร่ในร่างกายโดยเฉพาะโปตัสเซียมลดลง ความสามารถในการสร้างเม็ดเลือดยังคงเป็นปกติ

**กระบวนการชราของระบบภูมิคุ้มกัน** ต่อม Thymus เริ่มมีขนาดเล็กลง การสร้าง Antibody ลดลง มีการลดลงของหน้าที่และจำนวนของ T-lymphocytes การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอม (antigen) ลดลง โอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้นในวัยชรา และอาจเกิดจากการสร้าง Antibody ลดลง และ/หรือการเสื่อมลงของระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ลดลง (cell-mediated immunity)

**กระบวนการชราของผิวหนัง** Epidermis มีอัตราหมุนเวียนลดลงผิวหนังแห้งหยาบจำนวนต่อมไขมันและต่อมขนลดลง อัตราการสร้างและหลั่งเหงื่อลดลง ผมหงอกขาว อัตราการงอกของเล็บช้าลงและเล็บบาง จำนวนปลายเส้นประสาทรับความรู้สึกลดลง การไหลเวียนเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณผิวหนังลดลง ทำให้ชบวนการหายของแผลช้าลง อีกทั้งการหดตัวและการขยายตัวของหลอดเลือดแดงบริเวณผิวหนังลดลง ไขมันที่สะสมใต้ชั้นผิวหนังมีจำนวนลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะอุนภูมิคุ้มกันต่ำและเป็นลมแดดได้ง่าย (Keller and Fleury, 2000: 7 - 8)

**กระบวนการชราของตา** กระจุกตา (Cornea) หนาขึ้น ความโค้งลดลง เลนส์ตาหนาตัวขึ้น แฉกขึ้น ความโค้งลดลง เหลืองขุ่นขึ้น เซลล์เยื่อบุลดลง ความยืดหยุ่นของเลนส์ลดลง และความสามารถในการปรับความชัด (Visual acuity) ลดลง สูญเสีย Accommodation power เกิดลักษณะสายตาสั้นสูงอายุ (Presbyopia) ปริมาณน้ำของ Vitreous body ลดลง ทำให้ความชื้นเพิ่มขึ้น บริเวณรอบนอกของจอตา (Retina) บางลง เซลล์รับแสงแดงลดลงโดยเฉพาะชนิดท่อน (Rod cells) สารสีในเซลล์โคน (Cone cells) ลดลง เป็นผลให้ความไวต่อแสงของจอตาลดลง การปรับตัวต่อความมืดลดลง (dark adaptation) การรับรู้สีลดลง โดยเริ่มจากสีเหลือง สีน้ำเงิน และสีเขียว ตามลำดับ

**กระบวนการชราของการได้ยินและการควบคุมการทรงตัว** มีการเสื่อมของเซลล์ขน บริเวณส่วนฐานของโคเคลีย (cochlea) และมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทบริเวณ spiral ganglia การได้ยินลดลง (หูตึง) สูญเสียความสามารถในการรับฟังเสียงความถี่สูง (presbycusis) และการแยกคำ การลดลงของเซลล์ขน การเปลี่ยนแปลงของ Vestibular system ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการมึนงง (dizziness) และอาการบ้านหมุน (vertigo) ได้ง่ายกว่าคนอายุน้อย

**การชราของประสาทสัมผัสอื่น ๆ** ตุ่มรับรสมีการลดจำนวนลงอย่างช้า ๆ การหลั่งน้ำลายลดลงและมีลักษณะข้นเหนียวมากขึ้น ความไวในการรับรสลดลง เซลล์เยื่อและเซลล์ประสาทของ Olfactory bulb ซึ่งทำหน้าที่ในการรับกลิ่นมีจำนวนลดลง ความไวในการดมกลิ่น และความ

สามารถในการจำแนกกลิ่นลดลง ปลายประสาทที่รับความรู้สึกเจ็บปวดและอุณหภูมิมีจำนวนลดลง ความไวของการรับความรู้สึกเจ็บปวด และอุณหภูมิ สัมผัส และการสัมผัสลดลง ความสามารถในการรับรู้ตำแหน่งที่ต่างกัน ความสามารถในการรับรู้วัตถุ และความสามารถรับรู้ส่วนของร่างกาย จากการศึกษาของ Lee, Smith and Kington (1999) ทำการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีการรับกลิ่นที่ไม่ดี จากการเสื่อมของเยื่อจมูก การรับรสของลิ้นเสียไปจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง ทำให้เกิดภาวะเบื่ออาหารได้ง่าย

**กระบวนการชราของสมองและไขสันหลัง** พบว่า nor-epinephrine และ dopamine มีการลดลงชัดเจน เมื่ออายุมากขึ้น การลดลงของ dopamine อาจมีผลต่อการเคลื่อนไหวและการทรงตัวได้ การเคลื่อนไหวอย่างละเอียด (skilled motor movements) จะช้าลง การเคลื่อนไหวอย่างหยาบ (gross movements) ซึ่งสัมพันธ์กับการทรงตัวและท่าทางการเดินมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีท่าเดินผู้สูงอายุ (senile gait) จะเดินก้าวสั้น ๆ และช้าลง เท้าทั้งสองข้างแตะพื้นพร้อมกันในขณะเดินนานขึ้นเมื่อเทียบ เท้ากางออกจากกันมากกว่าปกติ หลังงอและตัวเอนไปข้างหน้าเล็กน้อย แขนกางออกและแกว่งน้อย เวลาหมุนตัวเลี้ยวลำตัวจะแข็ง

**กระบวนการชราของระบบหัวใจและหลอดเลือด** โดยเฉพาะหลอดเลือด Aorta มีความยืดหยุ่นลดลง และมีขนาดกว้างขึ้น ทำให้ความดันโลหิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ลิ้นหัวใจโดยเฉพาะลิ้น Aortic เคลื่อนไหวได้ลดลง กล้ามเนื้อหัวใจมี Lipofuscin สะสม เรียกว่า “Brown atrophy” และ Baroreceptor มีความไวลดลง ทำให้การตอบสนองโดยการหดตัวของเส้นเลือดส่วนปลาย และการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจลดลง เป็นผลให้พบภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่า (posture hypotension) ได้บ่อยในผู้สูงอายุ ภาวะหลอดเลือดแดงของหัวใจและหลอดเลือดสมองตีบเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของประชากรสูงอายุทั่วโลก ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการของหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงวิถีชีวิต พฤติกรรมการกิน เพศ และประวัติครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก (Keller and Fleury, 2000)

**กระบวนการชราของระบบทางเดินหายใจ** ระบบป้องกันของปอด การสร้างสารเมือก การสร้าง Antibody และระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ลดลง มวลกล้ามเนื้อทรวงอกลดลง มีการโค้งงอของหลัง (หลังโก่ง) ทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางแนวหน้าหลังของทรวงอกเพิ่มขึ้น Alveolar duct มีขนาดเพิ่มขึ้น ผนังถุงลมบางลงและถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้พื้นที่การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้สูงอายุจะเหนื่อยง่ายขึ้นและมีความทนลดลงในระหว่างออกกำลังกาย จากการศึกษาของ Sheahan and Musialowski (2001) พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

**กระบวนการชราของระบบต่อมไร้ท่อ** ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ มีลักษณะฝ่อปรากฏเมื่ออายุมากขึ้น การเจ็บป่วยอาจจะพบการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนของต่อม Thyroid

**กระบวนการชราของระบบสืบพันธุ์** เพศหญิงปรากฏชัดเจนในระยะกำลังหมดประจำเดือนและในระยะหมดประจำเดือน (menopause)

**กระบวนการชราของไตและระบบทางเดินปัสสาวะ** เมื่อถึงวัยราว 60 ปี การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของไตจะลดไปราวร้อยละ ในเพศหญิงมีการหย่อนตัวของ pelvic floor และผนังกระเพาะปัสสาวะส่วนล่าง (bladder outlet) ในผู้สูงอายุหญิงอาจมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน และกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อนยาน ผู้สูงอายุชายอาจมีปัสสาวะขัดจากต่อมลูกหมากโตได้ (วิภาวี คงอินทร์, 2537)

**กระบวนการชราของระบบทางเดินอาหาร** พันธุกรรมง่าย เหงือกกรัน เยื่อเมือกในช่องปากบางและฝ่อ ตุ่มรับรสฝ่อ การรับรสและการหลั่งน้ำลายลดลง กลืนลำบากหรือสำลักได้บ่อย กระเพาะอาหารจะหลังกรดไฮโดรคลอริกและเอนไซม์เปปซินน้อยลง การบีบตัวของลำไส้ใหญ่ลดลง ลำไส้เล็กมีการดูดซึมแคลเซียมลดลง การหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดตรงปากทวารหนักอ่อนลงเมื่ออายุมากขึ้น วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540) ทำการศึกษาพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีปัญหาท้องผูกเป็นประจำ

**กระบวนการชราของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก** ในผู้หญิงจะสูญเสียมวลกระดูกในอัตราที่สูงมากในระยะกำลังหมดประจำเดือนและหลังหมดประจำเดือนช่วง 5 ปีแรก จากการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) พบว่า ภาวะผิดปกติของระบบการเคลื่อนไหว เช่น ภาวะกระดูกโก่งหรือโก่งคดงอ แขน-ขา เสียเหยียดงอไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข่า-ข้อ เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพระยะยาวของประชากรสูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง และโอกาสเกิดโรค หรือภาวะทุพพลภาพสูงมากกว่าช่วงวัยอื่น ๆ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีช่วงอายุที่สุขภาพดีได้ยาวนานที่สุด และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

## 1.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในวัยสูงอายุ

นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแล้ว สภาพจิตใจ และสังคมก็มีการเปลี่ยนแปลง เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางวิถีชีวิต รวมทั้งต้องปรับใจกับ เหตุการณ์การสูญเสียบางอย่าง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มีผลต่ออัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ และ ส่งผลให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไปด้วย

### การเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการทางจิตในวัยผู้สูงอายุ

ทฤษฎีจิตสังคมของ Erickson กล่าวว่าวัยสูงอายุเป็นระยะเวลาที่บุคคลจะทบทวน ประสบการณ์ในอดีต ว่าตนเองได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุดก็คือน่าจะเกิดความพอใจ มีบุคลิกภาพที่ เข้มแข็ง มีอารมณ์มั่นคง หากพิจารณาแล้วรู้สึกว่าชีวิตของตนขมขื่น ทุกข์ร้อนและผิดหวังไม่ ประสบความสำเร็จในชีวิต จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า ดังนั้นในวัยสูงอายุผู้สูงอายุควรทำให้ ยอมรับทั้งความสำเร็จ และความล้มเหลวอย่างเข้าใจรู้จักชีวิตและปล่อยวาง เพื่อให้เกิดความสุข สบายในชีวิต

สุขภาพจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญ ในบางครั้งมักถูกมองข้ามไปเน้นให้ความสำคัญกับสุขภาพ ด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว ซึ่งสภาวะทางจิตสังคมสามารถส่งผลต่อสุขภาพด้านร่างกายโดยตรง เช่นเดียวกัน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญ สามารถช่วยให้ ผู้สูงอายุมีจิตใจที่ดี ร่างกายที่แข็งแรง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญ ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมไป พร้อม ๆ กันอย่างเหมาะสมอันจะทำให้เกิดสุขภาพดี แข็งแรง มีความสุข กับภาวะสูงอายุมากที่สุด

จันทนา รัตนวิศิษฐ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2545) ได้รวบรวมการเปลี่ยนแปลงทาง ด้านจิตสังคมในวัยสูงอายุ ได้แก่

**การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน (retirement)** จัดเป็นการสูญเสียสภาวะ สถานภาพของตนเองอย่างหนึ่ง (Flectcher, 1994) แต่หากเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด จะเป็นการ เปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของชีวิต ทำให้บุคคลปรับตัวไม่ทัน และเกิดความรู้สึกสูญเสียใน 4 ด้าน ดังนี้

1. สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม จากที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาท และตำแหน่ง ต่าง ๆ เคยเป็นผู้นำมีคนเคารพนับถือในสังคม ต้องลดบทบาทของตนเองลง เปลี่ยนเป็นเพียง สมาชิกคนหนึ่งของสังคม ทำให้สูญเสียความมั่นคงของชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญใน สังคม แต่ในสังคมไทยจะยกย่องเพศชายให้เป็นผู้นำ ผู้สูงอายุชายจึงมีการสูญเสียบทบาททาง

สังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุชายจึงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง (ยูพิน อังสุโรจน์ และคณะ, 2001)

2. สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อปลดเกษียณหรือออกจากงาน โอกาสที่ผู้สูงอายุจะสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย มีโรคประจำตัวทำให้ช่วยตนเองได้น้อย การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ไม่สะดวกในการเดินทาง นอกจากนี้ปัญหาทางด้านจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ก็มีผลทำให้สมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง

3. สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี เนื่องจากขาดรายได้หรือรายได้ลดลงหลังปลดเกษียณหรือออกจากงาน ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านการดำรงชีพ เพราะค่าครองชีพที่สูงขึ้น ในการศึกษาของยูพิน อังสุโรจน์ และคณะ (2001) พบว่าสถานะทางการเงินของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดความผาสุกทางใจ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่าหากมีเงินแล้วจะสามารถบันดาลสิ่งต่าง ๆ ให้ได้

4. แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เพราะไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ ทำให้ขาดความคุ้นเคยและเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ

### การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว

บทบาทของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงจากที่เคยเป็นพ่อแม่ให้ความเอาใจใส่ต่อบุตร ให้การอบรมเลี้ยงดู ให้ที่พักอาศัย เมื่อบุตรโตสามารถดูแลตนเองได้ มีงานทำ มีรายได้และมีครอบครัวเป็นของตนเอง ผู้สูงอายุกลับต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุตรหลานแทน และในปัจจุบันสังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น (นภาพร ชโยวรรณ, 2542) ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป การดูแลก็เกื้อกูลกันและกันลดลง หนุ่มสาวจะแต่งงานแยกครอบครัวออกไปหรือไปประกอบอาชีพในที่ต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่ง โดยเฉพาะในรายที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ปัญหาของผู้สูงอายุจะมีมากขึ้น นอกจากนั้นการตายจากไปของคู่ครองจะทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตต้องประสบกับความเหงาค่อนข้างรุนแรง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคมชุมชนที่เคยชิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล (2539) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการอยู่กับครอบครัวร้อยละ 96.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hammer (1999) ที่พบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายเกี่ยวกับบ้านที่อยู่อาศัยของตนเองในด้านดีและมีความรู้สึกผูกพันอย่างมาก ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกของครอบครัว จึงไม่อยากจากบ้านไปอยู่กับลูกหลาน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการไม่ให้เกิดภัยกัน ขาดความเคารพนับถือ ขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกันภายในครอบครัว ดังนั้นผู้สูงอายุจึง

จำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในรายที่ไม่สามารถทำได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นอาจทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ ถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมรับบทบาทที่เปลี่ยนไป ซึ่งจากการศึกษาของวิไล คุปต์นิวัติศัยกุล, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ และเจนจิต แสงศิรินาคะกุล (2545) พบว่าผู้สูงอายุไทยรับรู้คุณค่าของตนเอง และ ร้อยละ 45 รับรู้ว่ามีความสุขดี และมีแต่คนนับถือ

### การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น มองเห็นแต่ประโยชน์ส่วนตน การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของคนรุ่นใหม่ได้มาจากภายนอกบ้าน ทำให้แนวคิด ท้าที่ เจตคติ และการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุของบุตรหลานเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่ เพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์เหมือนในอดีต ผู้สูงอายุมีประโยชน์เพียงเป็นคนเฝ้าบ้าน ช่วยดูแลลูกหลาน การเคารพนับถือ และการกตัญญูรู้คุณมีน้อยลง มโนทัศน์ของคนส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงไปนับถือวัตถุนิยม คือ เศรษฐกิจเป็นสำคัญ วัตถุนิยมของคนโดยอาศัยความสามารถในการทำงานหาเงิน ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคมกลายเป็นสมาชิกกลุ่มน้อย และมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปตามแบบอย่างของสมาชิกกลุ่มน้อย คือ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อยมีความรู้สึกไม่มั่นคง ปลอดภัย คิดถึงแต่ตนเอง มีความวิตกกังวลสูง โกรธง่าย พึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ บุคลิกภาพจะเสียมากขึ้น กลายเป็นภาระต่อสังคม ก่อให้เกิดปัญหาทางจิต อาจทำลายตัวเองและผู้อื่นได้ Fordyce (1999) กล่าวว่าถ้าผู้สูงอายุเกิดภาวะเจ็บป่วย เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความยากในการประเมินอาการ พบว่าภาวะซึมเศร้าจะสามารถชักนำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ จำเป็นต้องตระหนักและระมัดระวังอย่างมาก

### การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม

วัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับบุตรหลาน มีความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมต่าง ๆ ของคนหนุ่มสาวในปัจจุบัน ในขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความคิดอ่านเปลี่ยนแปลงได้ยาก ยึดมั่นกับคตินิยมของขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมดั้งเดิม ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการเรียนรู้ และความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง แต่ยังสามารถจำเรื่องราวเก่าซึ่งเป็นสิ่งที่ประทับใจได้ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการต่อต้านความคิดใหม่ ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคนล้าสมัย พูดคุยไม่รู้เรื่อง จู้จู้ขี้บ่น บุตรหลานไม่ยอมเข้าใกล้ ทำให้ลูกหลานไม่ยอมเลี้ยงดู



กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุน้อยใจ เกิดความเครียด แยกตัวเอง ขาดสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว McConnell (1998) กล่าวว่า อิทธิพลของวัฒนธรรมและการมีคุณค่าจะถูกถ่ายทอด และได้รับการส่งเสริมภายในครอบครัว วัฒนธรรมยังส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนการดำเนินชีวิต ศาสนา ศิลธรรม แนวคิดต่าง ๆ ล้วนมีผลต่อผู้สูงอายุจนกระทั่งช่วงสุดท้ายของชีวิต

### ปฏิกิริยาของผู้สูงอายุที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง

ผู้สูงอายุจะมีปฏิกิริยาต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งปฏิกิริยาต่าง ๆ นั้นต้องอาศัยการปรับตัว และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม

1. **อารมณ์เหงาหรือ/และว่าเหว่** เป็นอารมณ์ที่มักเกิดร่วมกัน อารมณ์เหงาเกิดกับคนวัยสูงอายุได้ง่าย มีการศึกษาที่อธิบายว่า คนวัยสูงอายุเหงามากกว่าคนอื่น ๆ
2. **การย้อนคิดถึงความหลัง (reminiscence)** อริสโตเติล กล่าวว่า “คนแก่แต่มีชีวิตอยู่ด้วยความจำถึงเหตุการณ์ในอดีต มิใช่ด้วยความหวังในอนาคต เพราะว่าเวลาข้างหน้าของเขาเหลืออยู่ไม่มากนัก เมื่อเทียบกับเวลาที่ผ่านไปในอดีตที่ยาวดั่งนั้นเขาจึงชอบนึกถึงและพูดถึงเหตุการณ์ในอดีต”
3. **อารมณ์เศร้าโศกจากการพลัดพราก (bereavement)** ที่จริงอารมณ์นี้เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของชีวิต แต่เชื่อกันว่าปรากฏบ่อยมากในวัยสูงอายุ ซึ่งมักเกิดจากการสูญเสีย ทั้งที่เป็น การสูญเสียและการสูญเสียที่จินตนาการขึ้นเอง ความสูญเสียจริงได้แก่ การสูญเสียความสมบูรณ์และความแข็งแรงของร่างกาย สูญเสียเพื่อนฝูง คู่สมรส สูญเสียลูกหลานที่เคยอยู่ด้วยกัน สูญเสียความไม่มั่นคงทางด้านจิตใจ และการสูญเสียในจินตนาการ เช่น การสูญเสียความนับหน้าถือตาที่ตนเคยได้รับ สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem)
4. **ความรู้สึกไม่มั่นใจ** ขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ (insecure) ซึ่งภาวะนี้เกิดจากการที่ต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด โมโหและสะเทือนใจง่าย กลายเป็นคนใจน้อย ขุนเฉียวและวุ่นวายในกิจกรรมของผู้อื่น เป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลาน
5. **ความรู้สึกกลัวตาย** จึงมักไปพบแพทย์บ่อย ๆ ทำให้ลูกหลานอาจเกิดความรำคาญได้
6. **ความรู้สึกหมดหวังและสิ้นหวัง** เนื่องจากถูกจำกัดด้วยความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกหมดหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธตนเองกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ปัญหา

เหล่านี้ ถ้าผู้เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญ มีความเข้าใจสามารถเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ย่อมสามารถลดความรุนแรงของปัญหาได้ ซึ่งการเตรียมความพร้อม และการดูแลสนับสนุนที่เหมาะสม จะเป็นการพัฒนาไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## 2. วิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนเมืองภาคใต้ตอนบน

Singer (รุ่งทิวา ไชยวงศ์, 2542) ได้ถึงวิธีการดำเนินชีวิตว่า เป็นหนทางแห่งการดำเนินชีวิต ที่เป็นสิ่งที่คุณคนได้ใช้เป็นตัวนำ ในการปฏิบัติตนเองในกิจวัตรประจำวัน

O' Brien and O' Malley (รุ่งทิวา ไชยวงศ์, 2542) ได้ให้ความหมาย วิธีการดำเนินชีวิตว่า คือ นิสัยที่ประพฤติปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพ

Hafen (1981) ให้ความหมายของวิถีชีวิต หมายถึง แบบแผนของชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาหารที่รับประทาน ทางที่ไปโรงเรียนหรือที่ทำงาน คนที่เราอาศัยอยู่ด้วย ยา บุหรี่ สุรา งานอดิเรกที่ทำแล้วรื่นเริง กีฬา ซึ่งทั้งหมดมีผลต่อสุขภาพ

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน แสงวงดี (2530) กล่าวว่า วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง ชีวิตความเป็นอยู่ การได้รับทางการเงิน การดำรงชีวิตด้วยการประกอบอาชีพ และการปรับตัวต่อสภาพชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป เอาใจใส่ดูแล ความสะดวกสบายในการอยู่อาศัย การรักษาพยาบาล การดำรงอยู่ด้วยสถานะ

สรุปวิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ประพฤติปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น สิ่งแวดล้อม การบริโภค สุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น

ซึ่งสรุปวิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ได้ดังนี้

### ด้านสิ่งแวดล้อม ภาวะแวดล้อมของชุมชน

บ้านที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่มีความเป็นอยู่ที่สะดวกสบาย ลักษณะบ้านเรือนมีทั้งบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮ้าส์ ห้องแถวตึกแถว แฟลต การคมนาคมสะดวกสบาย มีถนนลาดยาง และถนนคอนกรีต มีไฟฟ้า น้ำประปาทุกบ้าน มีอากาศบริสุทธิ์ดี มีน้ำอุปโภคบริโภคอย่างพอเพียง การเดินทางส่วนใหญ่ภายในชุมชนผู้สูงอายุนิยมเดินในระยะใกล้ ๆ บ้างปั่นจักรยาน หรือใช้มอเตอร์ไซด์เป็นพาหนะ โดยผู้ที่ขี่เองได้ หรือให้ลูกหลานช่วยเหลือ ลักษณะการตั้งบ้านเรือนอยู่กันอย่างหนาแน่นเป็นหย่อม ๆ ตามความใกล้ชิดทางเครือญาติ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในชุมชนรู้จักสนิทสนมกัน และมีความผูกพัน

ฉันท์เครือญาติพี่น้อง ในตามปกติต่างทำมาหากิน แต่เมื่อมีการเจ็บป่วย หรือมีเรื่องเดือดร้อน หรืองานบุญก็จะช่วยเหลือกัน อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข มีความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ประกอบด้วย สามีหรือภรรยา บุตรหลาน มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็น การรับประทานอาหารเช้าร่วมกัน ดูโทรทัศน์ด้วยกัน นั่งคุยกันกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา งานทำบุญ มีการพบปะกับญาติสนิทมิตร เพื่อนบ้านในวัยเดียวกัน

### ด้านบริโภคนิสัย

ผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน มีลักษณะการบริโภคอาหารไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป โดยในวันหนึ่ง ๆ รับประทานอาหารพอเพียง ไม่อด และรับประทานอาหารให้ครบ ส่วนใหญ่รับประทานข้าวสวยเป็นหลักวันละ 3 มื้อ บางรายดื่มชา กาแฟ ไมโล โอวัลติน และนม เป็นอาหารเช้า อาหารส่วนใหญ่เป็นประเภท แป้ง เนื้อสัตว์ ไข่ ผักผลไม้ อาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานมากที่สุดได้แก่ น้ำพริก โดยรับประทานกับผักต้ม ผักสดที่หาได้ตามฤดูกาล และรับประทานปลาต้ม ปลาทอด ผู้สูงอายุบางส่วนมีข้อจำกัดเรื่องฟันที่หักเกือบหมด บางรายใส่ฟันปลอม ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา

### ด้านศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีบางส่วนนับถือศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุที่เป็นพุทธศาสนิกชน คือ ไปทำบุญที่วัด ในวันพระ และวันสำคัญทางศาสนา และประเพณีที่สำคัญ เช่น วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันเข้าพรรษา วันสงกรานต์ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่ไปทำบุญที่วัดจะนำปิ่นโต เพื่อถวายพระ ฟังเทศน์ นั่งสมาธิ และยังเข้าร่วมในงานประเพณีต่าง ๆ เช่น งานแห่เทียนพรรษา งานทอดกฐินทอดผ้าป่า เป็นต้น ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติแตกต่างกัน ผู้สูงอายุชายจะไปวัดในวันพระธรรมดาน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง แต่ผู้สูงอายุชายจะหลักในการจัดการเรื่องความเป็นระเบียบเรียบร้อยของงาน เช่น การจัดที่นั่งพระ เตรียมสถานที่ จัดโต๊ะหมู่บูชา ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีหน้าที่รับผิดชอบด้านอาหาร โดยผู้สูงอายุทั้งชาย และหญิงจะทำหน้าที่สังการมากกว่าการลงไปทำเอง โดยผู้สูงอายุกล่าวว่า การแบ่งหน้าที่นั้นแบ่งแยกตามความเหมาะสมของเพศ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อและยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาที่ตนเองนับถือ ส่วนใหญ่เชื่อในการทำดีได้ดี เชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ

ผู้สูงอายุส่วนมากมีความเชื่อมั่นในการแพทย์แผนปัจจุบัน ว่าจะมีความรู้ความสามารถที่จะรักษาโรคและการเจ็บป่วยให้หายได้ดีกว่าวิธีการรักษาอื่น ๆ นอกจากนั้นคลินิกและโรงพยาบาลยังอยู่ในเขตเทศบาล มีโรงพยาบาลรัฐบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลเอกชนอีก 3 แห่ง ซึ่งการคมนาคมสะดวก ผู้สูงอายุเลือกการดูแลตนเองจากประสบการณ์ เมื่อเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่บ้านเป็นวิธีการแรก และไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน เมื่อรักษาพยาบาลที่บ้านไม่ดีขึ้น หรือพิจารณาแล้วว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุบางส่วนยังคงพึ่งยาสมุนไพรไทย หรือจีน เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่มีเชื้อสายจีน การรักษาทางไสยศาสตร์ไม่ถูกเลือกใช้ เนื่องจากผู้สูงอายุเชื่อว่า การเจ็บป่วยเป็นสาเหตุจากร่างกายและจิตใจภายในร่างกาย ไม่ใช่การถูกระงับจากสิ่งภายนอก

### ด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

การช่วยเหลือตนเองในภารกิจประจำวัน ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การประกอบอาหาร การประกอบกิจกรรมทางศาสนา การใช้เวลาว่างและงานอดิเรกนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

การใช้เวลาว่างและงานอดิเรก ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งใช้เวลาว่างในการพักผ่อน นั่งเล่นนอนเล่น ใฝ่บ้าน ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ คุยกับเพื่อนบ้าน อ่านหนังสือพิมพ์ หนังสือธรรมะ บางส่วนมีงานอดิเรก คือ เลี้ยงปลา ปลูกต้นไม้ ตกแต่งสวนหย่อม บางส่วนใช้เวลาในการประกอบอาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาชีพของครอบครัว เช่น เลี้ยงเป็ด ไก่ ปลูกผักผลไม้ ทำสวน ทำขนมขาย ขายอาหารค้าขาย เป็นต้น และกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมักทำเมื่อมีเวลาว่างเพื่อเป็นประโยชน์แก่ครอบครัว เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน ตักน้ำใส่โถง รดน้ำต้นไม้ และทำงานบ้านต่าง ๆ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังใช้เวลาว่างในการพบปะสังสรรค์ การร่วมกิจกรรมทางสังคม และทำกิจกรรมทางศาสนา โดยการไปทำบุญที่วัด ถวายอาหารพระ ฟังเทศน์ ช่วยงานบุญต่าง ๆ เช่น ขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานมงคลสมรส งานทอดกฐิน ทอดผ้าป่า เป็นต้น รวมถึงการใช้เวลาว่างในการร่วมกิจกรรม เช่น เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ และพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานและบุตรหลานว่างเว้นจากการทำงานมักไปรับประทานอาหารร่วมกันนอกบ้าน ไปเที่ยวทะเล หรือสถานที่ต่าง ๆ

### ด้านสุขภาพ

สุขวิทยาส่วนบุคคล การพักผ่อนนอนหลับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการนอนหลับในเวลา กลางคืน วันละ 6-8 ชั่วโมง เป็นประจำ และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานในเวลากลางวัน มักนอนพักผ่อนในเวลากลางวันวันละ 30-60 นาที บ่อยครั้งหรือเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสำคัญสำหรับ

การรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ของเกษม ตันติผลาชีวะ (สดีโส ศรีสะอาด, 2540) ซึ่งกล่าวว่า การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับอย่างเต็มที่และเพียงพอของวัยสูงอายุ จะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า และร่างกายมีความพร้อม ผู้สูงอายุบางท่านมีปัญหาการนอนไม่หลับในเวลากลางคืน เนื่องจากบางครั้งนอนในเวลากลางวันมากเกินไปจนทำให้เวลากลางคืนว่างมากไม่มีงานทำ

การอาบน้ำ แปรงฟัน การแต่งตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาบน้ำวันละ 2 เวลา เช้าและเย็น ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การแปรงฟัน ส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 เวลา เช้าและก่อนนอน มีส่วนน้อยที่แปรงฟันหลังจากรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ การแต่งตัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้เอง มีบางส่วนต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ไปตรวจร่างกายประจำปี ยกเว้นกรณีที่มีความผิดปกติ หรือเป็นโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญเพราะคิดว่าตนเองสุขภาพทั่วไปแข็งแรง และยังสามารถทำงานได้ตามปกติ และถือว่าเมื่อเจ็บป่วยไปหาหมอก็จะได้รับการตรวจสุขภาพอยู่แล้ว

### ด้านการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุส่วนมากใส่ใจสุขภาพมากขึ้นจากในอดีต มักออกกำลังกายทั้งผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง และผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายส่วนใหญ่ออกกำลังกายตอนเช้าและเย็น ส่วนมากออกกำลังกายด้วยการเดิน เช่น เดินไปตลาดยามเช้า เดินรอบบริเวณบ้าน เดินออกกำลังกายเช้าหรือเย็น เดินไปวัด เป็นต้น มีบางส่วนที่วิ่ง ตีเทนนิส แบดมินตัน แอโรบิค รำมวยจีน หรือปั่นจักรยาน ซึ่งผู้สูงอายุบางส่วนที่ยังทำงานได้ ถือว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกายไปในตัวจึงไม่ได้ไปออกกำลังกาย ซึ่งได้แก่ การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น การทำอาหาร ล้างจาน ซักผ้า กวาดบ้านถูบ้าน จัดข้าวของเครื่องใช้ ตักน้ำจากบ่อมาใส่โถง การปลูกผักสวนครัว จัดสวนหย่อม ถางหญ้า ปลูกต้นไม้ ทำนา ทำสวน เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะทำวันละ 10 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และผู้สูงอายุบางส่วนสอดแทรกการออกกำลังกายในระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ลูกเดินหลังรับประทานอาหาร เดินแทนการนั่งรถในระยะใกล้ ๆ ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ ปัญหาและอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ คือ ปวดขา ปวดเข่า ไม่มีเวลาเพราะต้องเลี้ยงหลาน ปวดหลัง ร่างกายไม่แข็งแรง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย

สรุปวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน คือ การแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ประพฤติปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในบริบทของคนภาคใต้ ซึ่งประพฤติปฏิบัติมีทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศไทย

### 3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัวและภาวะสุขภาพ

#### 3.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว

##### ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy (The Roy Adaptation Model)

ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ยังได้รับอิทธิพลจากนักทฤษฎีการพยาบาลอีกหลายท่านรวมทั้งนักทฤษฎีในสาขาจิตวิทยาโดยเฉพาะแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวและทฤษฎีระบบทั่วไป ได้แก่ Harry Helson และ Von Bertalanffy

##### จุดเน้นของทฤษฎี (unique focus of the model)

ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy มีจุดเน้นที่การตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมโดยที่การปรับตัวจะเป็นมโนทัศน์หลักของทฤษฎี ทั้งนี้ Roy ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยความคิดและความรู้สึกของบุคคล ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน จากการใช้การตระหนักรู้ และการเลือกที่จะสร้างสรรค์ การบูรณาการของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Roy and Andrews, 1999)

##### มโนทัศน์หลักของทฤษฎี (metaparadigm concepts)

ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy กล่าวถึงมโนทัศน์หลัก (metaparadigm) ดังนี้

##### บุคคล (Person)

Roy อธิบายเกี่ยวกับบุคคลว่าเป็นระบบการปรับตัว (human as a adaptive system) โดยบุคคลจะเป็นจุดเน้นของกิจกรรมของพยาบาลบุคคลอาจหมายถึงคนเพียงคนเดียว (individuals) ครอบครัว (family) กลุ่มคน (groups) องค์กร (organizations) ชุมชน (communities) และสังคม (societies) ที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่ นอกจากนี้ Roy ยังได้อธิบาย บุคคลว่าเป็นระบบการปรับตัวที่เป็นองค์รวม (holistic adaptive system)

1. ระบบการปรับตัวของบุคคล (adaptive system) ประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (input) ได้แก่ ระดับการปรับตัว และสิ่งเร้า (stimuli) กระบวนการควบคุมหรือกระบวนการเผชิญปัญหากระบวนการเผชิญปัญหาจะประกอบด้วย 2 กระบวนการย่อย ได้แก่ กระบวนการควบคุม (regulator subsystems) และกระบวนการคิดรู้ (cognition subsystem) เมื่อผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรม การปรับตัว 4 ด้านที่เรียกว่ารูปแบบการปรับตัว (adaptive mode) ได้แก่ การปรับตัวด้านสรีระ-กายภาพ (physiologic-physical function mode) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์เอกลักษณ์ของกลุ่ม (self-concept-group identity mode) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode)

และการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence mode) การตอบสนองต่อพฤติกรรม การปรับตัวทั้ง 4 ด้าน จะเป็นสิ่งนำออก (output) จากระบบในลักษณะ การปรับตัวได้ (adaptation) หรือ การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective adaptation) สิ่งนำออกดังกล่าวจะเป็นสิ่งย้อนกลับ (feedback) เข้าสู่ระบบอีกครั้ง เนื่องจากระบบบุคคลหรือระบบการปรับตัวของบุคคลนั้นเป็นระบบ เปิด

ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy กล่าวถึงบุคคลว่าเป็นระบบการปรับตัว โดยละเอียดดังนี้

1. **สิ่งเร้า (stimuli)** หมายถึง สิ่งซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดยเป็นจุดที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สิ่งเร้าอาจมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล (external stimuli) หรือ อาจเกิดภายในร่างกายของบุคคล (internal stimuli) Roy แบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1.1 **สิ่งเร้าตรง (focal stimuli)** หมายถึง สิ่งเร้าภายในหรือภายนอกตัวบุคคลที่เกิดขึ้นขณะนั้นและสำคัญที่สุดโดยที่ระบบบุคคลตระหนักรู้ (awareness) อาจจะเป็นวัตถุ สิ่งของ หรือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Roy and Andrews, 1999) สิ่งเร้าตรงอาจจะเป็นสิ่งเร้าเชิงบวกหรือเชิงลบ

1.2 **สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli)** หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสิ่งเร้าตรง (Roy and Andrews, 1999) นั่นคือสิ่งเร้าร่วมจะเป็นปัจจัยต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับระบบบุคคลทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง รายได้ ลักษณะของครอบครัว เป็นต้น

1.3 **สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli)** เป็นปัจจัยที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของระบบบุคคล เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต ผลของสิ่งเร้าแฝงอาจจะไม่ชัดเจน สังเกตไม่ได้ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ ทักษะ บุคลิกภาพ อุปนิสัย ประสบการณ์เดิม เป็นต้น

Roy ชี้ให้เห็นว่าบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นบุคคลอาจจะเป็นสิ่งสำคัญทำให้สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงและในทางกลับกันสิ่งแวดล้อมอาจเป็นสิ่งเร้าก่อให้เกิดการปรับตัวของบุคคล

2. **ระดับการปรับตัว (adaptation level)** เป็นสิ่งนำเข้าภายในที่เฉพาะ (specific internal input) และสำหรับของระบบบุคคล Roy อธิบายระดับการปรับตัวไว้ว่า “เป็นสภาพการณ์ของกระบวนการชีวิต (life process) ของระบบการปรับตัวของบุคคล (Roy and Andrews, 1999) Roy ได้กล่าวถึงระดับการปรับตัวว่าเป็นเช่นเดียวกับสิ่งเร้า

3. **กระบวนการเผชิญปัญหา (coping process)** หมายถึง วิธีทางการมีปฏิสัมพันธ์เมื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม อาจเป็นในลักษณะที่เกิดขึ้นเอง (innate) และเกิดจากการเรียนรู้ (acquired) เป็น การตอบสนองของกระบวนการต่อสิ่งแวดล้อม หรือกระบวนการมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมก็ได้

4. การปรับตัวของบุคคล (the adaptive mode) Roy เน้นว่าบุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.1 การปรับตัวด้านสรีระกายภาพ (physiologic physical mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกาย (physiologic) ของบุคคลและเป็นการปรับตัวด้านโครงสร้างหรือกายภาพ (physical) ของกลุ่ม การปรับตัวด้านสรีระ-กายภาพ มีรายละเอียดดังนี้

4.1.1 การปรับตัวด้านสรีระ (physiologic mode) เป็นการทำงานเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกายของบุคคล โดยแสดงพฤติกรรมผ่านการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกายมนุษย์ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ เป็นความต้องการพื้นฐาน (basic needs) 5 ประการ ได้แก่ ออกซิเจน ภาวะโภชนาการ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน รวมทั้งการปกป้องร่างกาย นอกจากนี้ยังประกอบด้วยกระบวนการทำงานที่ซับซ้อนของร่างกาย (complex process) อีก 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก สมดุลสารน้ำอิเล็กโทรลัยต์ และกรดต่าง การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ดังนี้

4.1.2 การปรับตัวด้านกายภาพ (physical mode) เป็นการปรับตัวของกลุ่ม ซึ่งเป็นเช่นเดียวกับการปรับตัวด้านสรีระของบุคคล Roy อธิบายว่าเป็นการกระทำในการรวมกลุ่มของระบบบุคคล ซึ่งช่วยในการปรับตัวของกลุ่ม สิ่งที่สำคัญสำหรับการปรับตัวของกลุ่ม ได้แก่ แหล่งประโยชน์สำหรับการดำเนินการ (operating resource) ซึ่งประกอบด้วย

การมีส่วนร่วม (participants) ซึ่งอาจเป็นการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งนี้อาจจะหมายถึงลูกจ้างหรือพนักงานในองค์กร การเป็นสมาชิกของชุมชนหรือภูมิภาค การมีส่วนร่วมจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

สิ่งสนับสนุนด้วยกายภาพ (physical facilities) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการรวมกลุ่ม เช่น ที่พักอาศัย สถานที่ประชุมหรือสิ่งปลูกสร้างอื่น ๆ รวมทั้งเสื้อผ้า อาหาร หนังสือและอื่น ๆ สิ่งสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยให้การทำงานของกลุ่มบรรลุเป้าหมายได้อย่างสมบูรณ์

งบประมาณ (fiscal resource or capital resource) เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของการดำเนินการกลุ่ม เพื่อช่วยให้การดำเนินการกลุ่มมีประสิทธิภาพ

4.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และเอกลักษณ์กลุ่ม (self-concept-group identity mode) การปรับตัวด้านนี้เป็นการทำงานเพื่อคงสมดุลหรือสร้างความมั่นคงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งเป็นความต้องการที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นเอกภาพ มีความหมายและเป้าหมายในการคงอยู่ใน



จักรวาล ความรู้สึกมั่นคงนี้จะเป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพหรือถ้ามีปัญหาในการปรับตัวจะทำให้  
 กระทบต่อการหายจากโรคหรือการมีสุขภาพดีได้

4.2.1 **อัตมโนทัศน์** (self-concept) หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง  
 ในช่วงเวลาหนึ่ง อาจเกิดจากการรับรู้ตนเองจากภายในหรือการรับรู้ว่าคุณค่าคนอื่นมีความรู้สึกต่อ  
 บุคคลนั้น ๆ อย่างไม่ประกอบด้วย

4.2.1.1 **อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย** (physical self) เป็นความรู้สึกนึกคิดของ  
 บุคคลที่มีต่อร่างกายตนเอง (body sensation) และภาพลักษณ์ (body image) ซึ่งการรับรู้ของบุคคลที่  
 มีต่อรูปร่างหน้าตา ความสวยงาม การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้ง สมรรถภาพทางเพศ และ  
 ภาวะสุขภาพ

4.2.1.2 **อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว** (personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตน  
 เอง ตามความเชื่อ ค่านิยม การคาดหวัง ปณิธาน ที่บุคคลยึดถือ ซึ่งจะประกอบกันเป็นบุคลิกภาพของ  
 บุคคล แบ่งเป็นดังนี้ 1) ความสม่ำเสมอแห่งตน (self-consistency) หมายถึง การจัดระบบความคิด  
 ของตน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดการกับตนเองและหลีกเลี่ยงความไม่สมดุล 2) ปณิธานแห่งตน (self-  
 ideal) หมายถึง สิ่งที่บุคคลมุ่งหวังที่จะทำหรือที่จะเป็น 3) คุณธรรมจรรยา และจิตวิญญาณแห่งตน  
 (moral-ethical spiritual self) หมายถึง ความเชื่อ และการประเมินตนเองในการมีความสัมพันธ์กับ  
 จักรวาล

4.2.2 **เอกลักษณ์กลุ่ม** (group identity) หมายถึง ความสัมพันธ์ เป้าหมายและ  
 ค่านิยมที่จะสร้างสรรค์สังคม สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม ภาพลักษณ์ของกลุ่ม และการร่วมรับผิดชอบ  
 ในการบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม

4.3 **การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่** (role function mode) มุ่งเน้นในเรื่องบทบาทของ  
 บุคคลและการทำหน้าที่ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางสังคม (social integrity) เป็นความต้องการ  
 ของบุคคลที่จะเรียนรู้ว่าตนควรมีสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่นอย่างไร บทบาทหน้าที่จะซับซ้อนตาม  
 สถานะของแต่ละบุคคล บทบาทแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

4.3.1 **บทบาทปฐมภูมิ** (primary role) เป็นบทบาทที่ติดมากับบุคคล เช่น เพศ วัย

4.3.2 **บทบาททุติยภูมิ** (secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่  
 ในสังคมหรือการประกอบอาชีพ เช่น พ่อ แม่ ครู พยาบาล เป็นต้น

4.3.3 **บทบาทตติยภูมิ** (tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราว คงอยู่ชั่วระยะเวลา  
 หนึ่ง เช่น บทบาทผู้ป่วย นักศึกษาหลักสูตรเฉพาะทาง เป็นต้น

Roy อธิบายเพิ่มเติมว่า การทำบทบาทในแต่ละบทบาทของบุคคลจะประกอบไปด้วย พฤติกรรมการแสดงออกตามการคาดหวังของสังคม (instrumental behavior) และการแสดงออกถึงอารมณ์ และความรู้สึก หรือเจตคติต่อบทบาท (expressive behavior)

กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วย

- 1) การพัฒนาบทบาท (developing role) ตามบทบาทของบุคคล ได้แก่ บทบาทปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ สำหรับบทบาทของกลุ่มจะเรียกว่าบทบาทร่วม
- 2) การกระทำบทบาท (role-taking) เป็นกระบวนการเฝ้าดู หรือคาดหวังต่อพฤติกรรมของบุคคลอื่นในการทำบทบาท
- 3) การบูรณาการหรือการผสมผสานบทบาท (integrating roles) สำหรับกระบวนการกระทำบทบาทหน้าที่ของกลุ่ม จะเป็นการบูรณาการหรือการผสมผสานบทบาท (integrating roles) ซึ่งเป็นกระบวนการในการจัดการบทบาทที่แตกต่างกับความคาดหวังของกลุ่ม การบูรณาการบทบาทจะคล้ายกับการทำหน้าที่ของกระบวนการควบคุมในบุคคล โดยจะเป็นการทำหน้าที่ที่สมบูรณ์ของบุคคลและการเป็นสมาชิกกลุ่ม

**4.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependence mode)** หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ความต้องการความพึงพอใจความรัก การเจริญเติบโต และพัฒนาการรวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่จะบรรลุความสัมพันธ์ที่มั่นคงของบุคคล

ความสัมพันธ์แบบการพึ่งพาระหว่างกัน จะประกอบด้วย ความเต็มใจ และความสามารถในการให้และการรับ ความรัก การยอมรับ การให้คุณค่า การอบรมเลี้ยงดู ความรู้ ทักษะ คำสัญญา วัตถุประสงค์ของ เวลา และความสามารถ

ความสัมพันธ์ที่สำคัญของบุคคลประกอบด้วย บุคคลสำคัญ (significant others) และระบบ สนับสนุน (support system)

ความสัมพันธ์ของกลุ่มจะประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ บริบทในขณะรวมกลุ่ม โครงสร้างพื้นฐาน / สาธารณูปโภค องค์ประกอบของบุคคล

กระบวนการที่เกี่ยวข้องในการบรรลุความมั่นคงทางสัมพันธภาพ ประกอบด้วย ความรัก พัฒนาการ แหล่งประโยชน์

**5. สิ่งนำออก (output)** หรือพฤติกรรมของบุคคล เป็นการตอบสนองต่อการกระทำ (action) และปฏิกิริยาโต้ตอบ (reaction) ทั้งภายในและภายนอก ซึ่งจะแสดงออกใน 2 ลักษณะ ได้แก่

**5.1 การปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (adaptive response)** เป็นการส่งเสริมการบูรณาการของระบบบุคคลเพื่อบรรลุเป้าหมายการปรับตัว ได้แก่ การรอดชีวิต การเจริญเติบโต สืบทอดเผ่าพันธุ์และการสร้างสรรค์ รวมทั้งการชนะอุปสรรค นอกจากนี้ Roy ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าเป็นการพัฒนาความรู้ใหม่ในระดับที่สูงขึ้นเพื่อใช้จัดการกับตนเอง (self organization) การมีสติ และมีความหมาย การสร้างสรรค์ การตระหนักรู้ ความศรัทธา

**5.2 การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective response)** เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากไม่สามารถผสมผสาน หรือบูรณาการให้บรรลุเป้าหมายของการปรับตัว ถ้าการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพเป็นอยู่นาน จะคุกคามการมีชีวิตรอด การเจริญเติบโต การสืบทอดเผ่าพันธุ์ และการเอาชนะอุปสรรคของระบบบุคคล

การตัดสินใจว่าบุคคลจะปรับตัวได้หรือไม่ พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเผชิญปัญหา (coping process) สิ่งบ่งชี้ว่าบุคคลจะปรับตัวลำบาก สามารถสังเกตหรือพิจารณาจากการทำงานของกระบวนการควบคุม และการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพของกระบวนการคิด

### **สิ่งแวดล้อม (environment)**

สิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการ และพฤติกรรมระบบบุคคล ทั้งนี้ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy หมายถึง สิ่งเร้าและระดับการปรับตัว การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจะเป็นโอกาสให้บุคคลมีการเจริญเติบโตและพัฒนา รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนความหมายของชีวิต

### **สุขภาพ (health)**

สุขภาพ ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy หมายถึง ภาวะและกระบวนการที่เป็นการบูรณาการของระบบบุคคล ถ้าไม่มีการบูรณาการ แสดงว่า สุขภาพไม่ดี ทั้งนี้ Roy อธิบายเพิ่มเติมว่า สุขภาพเป็นการสะท้อนการปรับตัวของระบบบุคคล

สุขภาพ เป็นผลลัพธ์จากการปรับตัวของบุคคล โดยมีเป้าหมายของความอยู่รอดของชีวิต การเจริญเติบโต การสืบทอดเผ่าพันธุ์ และการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต

### **การพยาบาล (nursing)**

การพยาบาลหรือ Roy ใช้ในชื่อเป้าหมายการพยาบาล (Goal of Nursing) ว่าเป็นการส่งเสริมการปรับตัวในแต่ละด้าน เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี คุณภาพชีวิต หรือตายอย่างมีศักดิ์ศรี ทั้งนี้ต้องเกิด

ความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ พยาบาลจะต้องมีเป้าหมายที่จะช่วยให้บุคคลสร้างสัมพันธภาพ โดยทำให้เกิดการยอมรับ การป้องกันและการสนับสนุน เพื่อให้เกิดการพึ่งพาระหว่างกัน รวมทั้งส่งเสริมให้บุคคลแลกเปลี่ยนข้อมูลกับสิ่งแวดล้อม

### กระบวนการพยาบาล

การใช้กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. **การประเมินพฤติกรรม** (assessment of behavior) ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy กล่าวไว้ว่า เป้าหมายของกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมการปรับตัว ทั้งนี้จะมีพฤติกรรมเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าบุคคลจัดการในการเผชิญปัญหา หรือปรับตัวต่อภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างไร ในขั้นตอนที่ 1 จะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล และภาวะการปรับตัวในปัจจุบัน ดังได้กล่าวแล้วว่าพฤติกรรมเป็นการกระทำและปฏิกิริยาได้ตอบภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เป็นพฤติกรรมทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ในขั้นตอนการประเมินพฤติกรรมจะรวมถึงการตัดสินใจว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นการปรับตัวได้หรือการปรับตัวยังไม่มีประสิทธิภาพ

2. **การประเมินสิ่งเร้า** (assessment of stimuli) ในขั้นตอนที่ 2 จะเป็นการประเมินสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ประเมินได้ในขั้นตอนที่ 1 และจะต้องจำแนกว่าสิ่งเร้าดังกล่าวเป็นสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมหรือสิ่งเร้าแฝง นอกจากนี้ พยาบาลจะต้องประเมินระดับการปรับตัวด้วยว่าเป็นกระบวนการปรับตัวชัดเจนหรือเป็นกระบวนการที่ชีวิตล้มเหลว ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวได้หรือปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ

3. **การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล** (nursing diagnosis) ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy อธิบายว่าเป็นผลของการตัดสินใจที่จะกำหนดภาวะการปรับตัวของระบบบุคคล ทั้งนี้การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะประกอบด้วยพฤติกรรมปรับตัวและสิ่งเร้าที่มีผลพฤติกรรมดังกล่าว

4. **การตั้งเป้าหมายทางการพยาบาล** (goal setting) เป็นการกำหนดพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการพยาบาล ซึ่งจะประกอบด้วย พฤติกรรม ระยะเวลา และผลที่คาดว่าจะเปลี่ยนแปลง การตั้งเป้าหมายทางการพยาบาลจะเป็นการบอกพฤติกรรมที่เป็นการส่งเสริมการปรับตัว เป้าหมายการพยาบาลอาจเป็นเป้าหมายระยะสั้น (short term goal) และเป้าหมายระยะยาว (long term goal) ทั้งนี้การกำหนดว่าจะเป้าหมายระยะใดจะขึ้นกับสถานการณ์

5. **กิจกรรมการพยาบาล** (nursing intervention) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมการปรับตัว โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าหรือคงการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การจัดการกับ สิ่งเร้า อาจเป็นการเปลี่ยนแปลง การเพิ่ม การลด การขจัดหรือการคงสิ่งเร้าไว้แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ จะมุ่งจัดการกับสิ่งเร้าตรงเป็นอันดับแรก

6. การประเมินผล (evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล ภายหลังจากให้การพยาบาลแล้ว ผลแสดงออกจะเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของระบบบุคคล การปรับตัวดังกล่าวจะเป็นข้อมูลป้อนกลับเข้าสู่ระบบการปรับตัวใหม่ ทั้งนี้พยาบาลจะต้องเริ่มเข้าสู่กระบวนการพยาบาลตั้งแต่ขั้นแรกของใหม่ เพื่อนำไปสู่การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวได้และบรรลุเป้าหมายของการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**ลักษณะการปรับตัวในวัยสูงอายุ มี 2 ลักษณะ คือ**

1. การปรับตัวภายนอก เป็นการปรับตัวในส่วนที่ผู้อื่นสามารถมองเห็นได้ เช่น ความสามารถในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. การปรับภายใน เป็นการปรับตัวในส่วนที่ผู้สูงอายุรู้สึกได้ด้วยตนเอง เช่น ความรู้สึกพอใจ สุขสงบ สบาย มีความวิตกกังวลน้อย

**วิธีการปรับตัวของผู้สูงอายุ มีดังนี้**

1. การปรับตัวไม่สมเหตุสมผล (irrational) ได้แก่ การไม่ยอมรับสภาพความชราและยังทำตัวเป็นหนุ่มสาว แสดงความไม่พึงพอใจหนุ่มสาว ตำหนิติเตียนบุตรหลาน ชอบเพ้อฝัน ต้องการความช่วยเหลือแบบเด็กทารก

2. การปรับตัวสมเหตุสมผล (rational) คือการยอมรับขอบเขตความสามารถของตน ยอมรับสภาพความทรุดโทรมของร่างกาย รักษาสุขภาพอนามัย สนใจเรื่องชุมชน สร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ ไม่จู้จี้ขี้บ่น ไม่ถุ่นวายกับเรื่องของบุตรหลานมากเกินไป (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538:161)

กลไกที่ผู้สูงอายุใช้ในการปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลตามแนวคิดของ Roy แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ กลไกการควบคุม (regular mechanism) อันเป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และกลไกการรับรู้ (cognition mechanism) กลไกชนิดนี้จะสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้นจะเกิดขึ้นทั้งในขณะรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว (Roy, 1976) กลไกทั้งสองชนิดทำงานได้ไม่เต็มที่ ทั้งนี้เพราะความเสื่อมถอยของร่างกาย สำหรับกลไกทางจิตที่ผู้สูงอายุนิยมใช้มากก็คือ การปฏิเสธ (denial) ซึ่งเป็นผลมาจากการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก เช่น รายได้ บทบาท และสถานภาพ การสูญเสียคู่สมรส เป็นต้น (Cumming and Henry อ้างใน Aquirela and Messick, 1978 อ้างถึงใน ดวงฤดี ลาสุขะ, 2528) ดังนั้นจึงต้องการความช่วยเหลือในการปรับตัวอย่างเหมาะสมจากบุคคลใกล้ชิด ตลอดจนบุคลากรในทีมสุขภาพ

จากแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้สูงอายุดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการปรับตัวของผู้สูงอายุนั้น เป็นสิ่งที่ยากลำบาก ความเครียดด้านจิตใจที่เกิดจากการปรับตัวล้มเหลว ส่วนใหญ่มีสาเหตุ

มาจากการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก นับตั้งแต่การสูญเสียความสามารถทางร่างกาย สูญเสียบทบาท และสถานภาพ คู่สมรส ตลอดจนหน้าที่งาน ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ในสังคมนับตั้งแต่แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และครอบครัว เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การปรับตัวของผู้สูงอายุจะสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัวยุค นิสัยบุคลิกภาพดั้งเดิม ตลอดจนการยอมรับตระหนักถึงสภาพการสูญเสียที่เกิดขึ้นและผลของความเปลี่ยนแปลงที่มีต่อสัมพันธภาพการสูญเสียที่เกิดขึ้น สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวซึ่งทำให้อิทธิพลดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป

### 3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ (health) ได้มีผู้ให้นิยามไว้หลากหลาย โดยจะมีการนำคำว่า ภาวะ (state) มาใช้ร่วมด้วยเสมอ “ภาวะ” เป็นคำที่ใช้เพื่อขยายสถานการณ์หรือสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นในบุคคลให้มีความชัดเจน เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะตื่น ภาวะหลับ และภาวะสุขภาพ เป็นต้น (Orem and Taylor, 1995: 98) ดังนั้นคำว่า ภาวะสุขภาพ จึงมีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า สุขภาพ ได้มีผู้ให้คำจำกัดความ “ภาวะสุขภาพ” ไว้หลายท่าน ดังนี้

Smith (Smith, 1981: 44 - 47) ได้เสนอนิยามภาวะสุขภาพไว้ ดังนี้

1. ความสุข (eudemonistic model) รูปแบบนี้มองภาวะสุขภาพว่าเป็นสภาพที่ต้องการบรรลุถึงความต้องการที่แท้จริง (self-realization) และความผาสุก (well-being) ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ที่กล่าวว่าสุขภาพเป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม

2. การปรับตัว (the adaptive model) เป็นรูปแบบที่มองสุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และมองสุขภาพและโรคเป็นประสบการณ์ของความล้มเหลวและความล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ ในความพยายามที่จะปรับตัวตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

3. การปฏิบัติกรรมตามบทบาท (the role performance model) เป็นรูปแบบที่มองสุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลสามารถปฏิบัติตามบทบาทของตนในชีวิต ดังนั้นความหมายในการมองสุขภาพคือภาวะที่บุคคลนั้นมีศักยภาพสูงสุดที่จะปฏิบัติตามบทบาททางสังคมของตนอย่างมีประสิทธิภาพ

4. อาการทางคลินิก (the role clinical model) เป็นแนวคิดที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง

โดยเฉพาะในวงการแพทย์ โดยมีความคิดว่าสุขภาพ เป็นภาวะที่ปราศจากโรค ไม่ปรากฏอาการ หรืออาการแสดงของโรค จึงมีความพยายามที่จะมุ่งให้ความสำคัญต่อการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น

Greenberg (1985: 403) ซึ่งนิยามภาวะสุขภาพว่าประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการนิยามภาวะสุขภาพในลักษณะองค์รวม (holistic health) โดยรวมมิติ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) อธิบายถึง ภาวะสุขภาพของบุคคลไว้ว่า เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ หรือไม่มีความบกพร่อง ซึ่งไม่ เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงความสมบูรณ์ของจิตใจ และจิตวิญญาณด้วย (WHO, 1986)

สุขภาพ เป็นภาวะความผาสุกที่บุคคลได้มาจากการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตอบสนองต่อสิ่งที่ก่อความเครียดทั้งภายในและภายนอกบุคคลให้เหมาะสม เพื่อรักษาสมดุล สุขสบายและเป้าหมายทางวัฒนธรรม (Murray and Zentner, 1989: 6)

Pollock and Middleton (1994) ได้นิยามภาวะสุขภาพไว้ ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพเป็นการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม
2. ภาวะสุขภาพเป็นคุณภาพชีวิต เป็นปฏิสัมพันธ์ และการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องจากการตอบสนองของบุคคลต่อสังคม มีลักษณะเป็น พลวัต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตและสุขภาพให้เข้าสู่ภาวะสมดุล
3. ภาวะสุขภาพเป็นมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถ และความต้องการ

Roy (Andrew and Roy, 1999) ให้ความหมายของ ภาวะสุขภาพ (Health) จากแนวคิด ที่ว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการสร้างเสริมความมั่นคง หรือความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ว่าสุขภาพดี หมายถึงการที่บุคคลมีการปรับตัวได้ สามารถดำรงความสมบูรณ์ไว้ได้ การเจ็บป่วยเป็นผลจากการปรับตัวที่ไม่ดี การที่บุคคลปรับตัวได้ดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับระดับความ รุนแรงของสิ่งเร้า หรือการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม และระดับความสามารถการปรับตัวของ บุคคลซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว

สุขภาพ เป็นผลจากการปรับตัวของบุคคล โดยมีเป้าหมายของความอยู่รอดของชีวิต (survival) การเจริญเติบโต (growth) การสืบทอดเผ่าพันธุ์ (reproduction) และการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (mastery) (Andrew and Roy, 1999)

Orem (2001) ได้ให้ความหมายของสุขภาพ ไว้ว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่อง ทั้งร่างกาย จิต สังคม และสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสุข ซึ่งครอบคลุมมิติ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพ คือ ความเป็นทั้งหมดครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน (Whole) ไม่ใช่เรื่องของการแยกส่วน สุขภาพเกิดจากความถูกต้องของทั้งหมด ทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้ยังได้ให้รายละเอียดของความหมายในแต่ละมิติดังนี้ สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่มีความพิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยจำเป็นที่เพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย การมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ส่วนสุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีความเมตตา มีสติ สมาธิ และปัญญา ไม่เห็นแก่ตัว สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ ความเป็นประชาคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการของสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือเมื่อจิตได้สัมผัสกับสิ่งที่มีค่าอันสูง เช่น การเสียสละ การมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว ซึ่งมนุษย์จะขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณไม่ได้ เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะใน 3 มิติ เบื้องต้น

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (2544) ระบุว่า สุขภาพคือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ และการมีดุลยภาพ ทั้งกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว สังคม และชุมชนที่พัฒนาอย่างสมดุล ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม

สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความพิการและการไม่มีโรคเท่านั้น มีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงทั้งปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรมประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุขด้วย (ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545: 3 - 4)



สุขภาพ เป็นสภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณ อันมิได้หมายถึงเฉพาะแต่ความพิการ และไม่เป็นโรคเท่านั้น สุขภาพเป็นของทุกคน ทุกครอบครัว ทุกชุมชน และทุกสิ่งทุกอย่างล้วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพ (คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2546)

สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บอันเกิดจากการสร้างสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา รวมถึงการมีภาวะโภชนาการที่ดี การรู้จักป้องกันดูแลสุขภาพที่ดีของตนเอง และสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งทำให้คนมีอายุยืนยาว สามารถดำรงชีวิตมาได้อย่างปกติสุข (สำนักส่งเสริมพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2547)

ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพร่างกายในช่วงเวลาหนึ่งของบุคคลที่แสดงถึงความสามารถหรือความเป็นอิสระในการทำหน้าที่ ที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการขั้นพื้นฐานโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ การหายใจ การรับประทานอาหารและการดื่ม การขับถ่าย การเคลื่อนไหว และดำรงไว้ซึ่งรูปร่างตามที่ปรารถนา การนอนหลับ และการพักผ่อน การเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมในการแต่งกาย การดำรงไว้ซึ่งคุณภูมิปกติของร่างกาย การรักษาความสะอาดของร่างกายและการแต่งกาย การหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อมและการได้รับบาดเจ็บจากผู้อื่น การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การให้ความนับถือในความเชื่อหรือลัทธิศาสนาของผู้อื่น การทำงานโดยมีความปรารถนาที่จะให้สำเร็จ การร่วมสังสรรค์หรือการพักผ่อนหย่อนใจ การศึกษาค้นคว้าซึ่งจะนำไปสู่พัฒนาการที่เป็นปกติมีสุขภาพดี เป็นความสมดุลหรือความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนความผาสุกของชีวิตในการอยู่ร่วมกับสังคม ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมของบุคคลนั้นว่าเป็นอย่างไร (สมพงษ์ จูศิริ, 2546)

จากคำจำกัดความของภาวะสุขภาพ สรุปได้ว่า ลักษณะของภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

1. ภาวะสุขภาพ หมายถึง การปราศจากโรค นิยมใช้ทางการแพทย์ ด้วยการพิจารณาว่าไม่มีโรคหรือสุขภาพเชิงบวก สุขภาพดี (healthy) ประกอบด้วยความผาสุก (well-being) และการมีสมรรถภาพ (fitness) ส่วนสุขภาพเชิงลบ หรือการมีโรค (unhealthy) เป็นภาวะที่มีปัญหาทางสุขภาพ มีการเจ็บป่วย การได้รับภัยอันตรายต่างๆ หรือความพิการที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกันในช่วงระยะเวลาสั้นหรือยาว (Lamberton, 1978)

2. ภาวะสุขภาพในลักษณะของความต่อเนื่องระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นรูปแบบเชิงพลวัต (dynamic) คือสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แนวคิดนี้ สุขภาพดีและความเจ็บป่วยจนถึงตายอยู่บนเส้นตรงเดียวกัน และมีความต่อเนื่องกัน

3. ภาวะสุขภาพในลักษณะองค์รวม แนวคิดนี้เชื่อว่า สุขภาพเป็นการผสมผสานของ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Patterson, 1998) ซึ่งนำมาใช้มากในปัจจุบัน

จะเห็นได้ว่า ภาวะสุขภาพประกอบด้วยหลายมิติ ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของ ประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพของประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพใน ฐานะที่เป็นสิทธิที่มนุษย์พึงมีพึงได้ และมองสุขภาพในมิติองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต วิญญาณ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดใหม่ที่ช่วยมองเห็นเงื่อนไข และความเชื่อมโยงของมิติด้าน สุขภาพของคนและสังคมได้ชัดเจนขึ้น (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) โดยมองภาวะสุขภาพ เป็น กระบวนการหรือพฤติกรรมซึ่งมุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ภาวะสุขภาพจึงมิได้มีความหมายจำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น หากยังครอบคลุม ถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวของทุกคนที่พิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณเป็นสำคัญ (ประภา ลัมประสูติ และคณะ, 2543)

การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

1. การหายใจ ความสามารถในการหายใจของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากการทำงานของ เซลล์ขนกวัด ในทางเดินหายใจลดลง ประสิทธิภาพการไอจึงลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดจะลดลง ทำให้ความยอมตามของปอดลดลงปอดขยายตัว และหดไม่เต็มที่

2. การรับประทานอาหาร อาหาร ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการรับประทานอาหาร น้อยลง เนื่องจากฟันไม่แข็งแรง โยกลดลง หัก หลุด และผุง่าย ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก และจากการที่ประสาทรับรสเสียไปทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร

3. การขับถ่าย ผู้สูงอายุจะมีการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับ กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก นอกจากนี้ต่อม ลูกหมากในเพศชายอาจโตได้ และในเพศหญิงกล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานจะหย่อนตัว ทำให้ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้

4. การเคลื่อนไหวและการดำรงไว้ซึ่งรูปร่างตามที่ควรจะเป็น ในผู้สูงอายุประสิทธิภาพใน การทำงานของระบบประสาทลดลง ประกอบกับขนาดและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำ ให้การทำงานของกล้ามเนื้อไม่มีประสิทธิภาพ เคลื่อนไหวได้ช้า ทำให้ความสามารถของผู้สูงอายุใน การเคลื่อนไหวและการดำรงไว้ซึ่งรูปร่างตามที่ควรจะเป็นลดลง

5. การนอนหลับ ในผู้สูงอายุการนอนหลับจะเปลี่ยนแปลงไป เวลานอนน้อยลง

6. การดำรงไว้ซึ่งอุณหภูมิปกติของร่างกาย ในผู้สูงอายุผิวหนังจะบาง และทนต่อความหนาว

เย็นได้น้อย ทำให้ผู้สูงอายุมักจะนอนไม่ค่อยหลับ ต้องใช้เวลาประมาณ 30 นาทีจะนอนหลับ

7. การรักษาความสะอาดของร่างกายและการแต่งกาย ในผู้สูงอายุความสามารถในการทำงานของระบบประสาทไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้การรักษาความสะอาดของร่างกายน้อยลง

8. การหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อมและการได้รับบาดเจ็บจากผู้อื่น มีประสิทธิภาพการทำงานระบบประสาทสัมผัสตาลดลง

9. การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นในผู้สูงอายุความสามารถในการได้ยินลดลงหูตึงมากขึ้น สาเหตุเนื่องมาจากการมีอวัยวะทำงานเสื่อม การส่งคลื่นเสียงทำงานไม่ปกติ ทำให้ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นลดลง

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม นับได้ว่าเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ และถือว่าเป็นสิ่งเร้า หรือสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงต้องการการปรับตัวที่เหมาะสมเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

อย่างไรก็ตามสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุพอจะประมวลได้ 3 ประการ คือ สิ่งเร้าตรง ได้แก่ ความเสื่อมของร่างกาย สิ่งเร้าร่วม ได้แก่ สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และสิ่งเร้าแฝง ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม เป็นต้น

เมื่อสิ่งเร้าทั้งหลายมากระทบผู้สูงอายุที่มีโครงสร้างเป็นแบบกาย-จิต-สังคม ดังที่ Roy ได้กล่าวไว้ ก็จะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง และเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุต้องใช้กลไกการปรับตัว เพื่อรักษาความสมดุล

สุขภาพภาวะสุขภาพกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องเดียวกันมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือสุขภาพเป็นภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ดี หรือปราศจากโรคภัยที่สามารถดำรงหรือพัฒนาโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ส่วนการปรับตัวเป็นกระบวนการสร้างเสริมความมั่นคง หรือความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งความมั่นคงนี้จะเป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพ หรือถ้ามีปัญหาในการปรับตัวจะทำให้รบกวนต่อการหายจากโรค หรือการมีสุขภาพดีได้

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ก็เหมือนกับผู้สูงอายุทั่วไป เมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองจะลดน้อยลง ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ ความจำ สติปัญญา มีการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง หรือมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ผู้สูงอายุบางรายแม้อายุมากขึ้นความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือดูแลบุคคลอื่น หรือช่วยเหลือกิจกรรมในครอบครัวก็ยังมีมากอยู่ในปัจจุบัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2545)

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ภาวะสุขภาพ (health) ตามแนวคิดของ Roy ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ตนสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแสดงออกมาในลักษณะของความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม โดยจะประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน

### 3.4 องค์ประกอบของภาวะสุขภาพ

ได้มีผู้เสนอองค์ประกอบของภาวะสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

Donetelle and Davis (1998) ได้กล่าวเสนอ องค์ประกอบของภาวะสุขภาพ ในแต่ละมิติไว้ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพทางกาย (physical health) ประกอบด้วย ลักษณะขนาดและรูปร่างของร่างกายประสาทสัมผัสทางกาย ความไวต่อการเจ็บป่วยและความผิดปกติ การทำหน้าที่ของร่างกาย และความสามารถฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย
2. ภาวะสุขภาพทางจิต (mental health) กล่าวถึง ความสามารถในการเรียนรู้การเจริญเติบโตจากประสบการณ์ ความสามารถในการตัดสินใจ
3. ภาวะสุขภาพทางสังคม (social health) ประกอบด้วย การมีความพึงพอใจ ในการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสามารถในการปรับตัวกับสังคม และพฤติกรรมประจำวัน
4. ภาวะสุขภาพทางอารมณ์ (emotional health) กล่าวถึง องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึก คือ การควบคุมอารมณ์อย่างเหมาะสม ความรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง ความไว้วางใจ ความรัก
5. ภาวะสุขภาพทางสิ่งแวดล้อม (environment health) กล่าวถึง การชื่นชมต่อสิ่งแวดล้อม และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม
6. ภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณ (spiritual health) รวมถึง ความเชื่อที่มีลักษณะพิเศษเกี่ยวกับทางศาสนา ภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ความรู้สึกเป็นหน่วยเดียวกับสิ่งแวดล้อม เป็นหน่วยเดียวกับธรรมชาติ มีคุณค่าในชีวิต รวมถึงความเข้าใจและการมีเป้าหมายในชีวิต ตลอดจนการมีส่วนร่วมประสบการณ์ชีวิตที่ประกอบด้วย ความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความพอใจ

Hahn and Payne (1999) ได้กล่าวว่า ภาวะสุขภาพมีทั้งหมด 6 มิติ คือ

1. มิติทางกาย เป็นลักษณะโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายให้สามารถบรรลุผลสำเร็จตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ระดับน้ำหนักของร่างกาย และการพักผ่อนภายหลังการเจ็บปวด
2. มิติทางอารมณ์ เป็นสิ่งบอกถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย ความสามารถในการเผชิญหน้ากับความเครียด ความยืดหยุ่นและความสามารถในการประนีประนอมต่อการแก้ไขความคับข้องใจ เช่น ความรู้สึกที่มีต่อครอบครัว การเจริญเติบโตและพัฒนาการจะช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินต่อไปด้วยความพึงพอใจ สนุกสนาน
3. มิติทางสังคม เป็นความสามารถทางสังคมทำให้บุคคลอยู่ในสังคมได้อย่างสง่างามเข้มแข็ง และทำให้บุคคลมีความชื่นชมยินดี ความสามารถทางสังคมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ และการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
4. มิติทางสติปัญญา เป็นกระบวนการความสามารถในการทำกิจกรรม การมีคุณค่าและความเชื่อที่ชัดเจน การตัดสินใจ ทักษะการเผชิญปัญหา การใช้ความยืดหยุ่น
5. มิติทางจิตวิญญาณ เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและการปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาที่ความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตของสิ่งต่าง ๆ บทบาทของจิตวิญญาณที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อชีวิต ความรู้สึกเต็มใจในการทำกิจกรรมและความหมายของชีวิต
6. มิติทางอาชีพ เป็นมิติที่สะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจในอาชีพ ความรู้สึกดีต่อการประกอบอาชีพ เป็นแนวคิดเชิงบวกในการดำเนินชีวิต การได้รับประโยชน์จากการทำงาน เช่น เงินเดือน การสร้างงานจากความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

Butler (2001) ได้กล่าวถึง ภาวะสุขภาพไว้ว่าเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง มีองค์ประกอบ 5 มิติ ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพทางกาย หมายถึง การปราศจากโรคและความพิการ การผสมผสานกันในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทั้งทางด้านศักยภาพ สรีรวิทยา และชีวเคมี รวมทั้งลักษณะของร่างกาย รูปร่าง การรับความรู้สึก ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความผิดปกติ และความสามารถในการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์
2. ภาวะสุขภาพทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม การรับความรัก ความรู้สึกประสบความสำเร็จในเป้าหมายของชีวิต และมีความเข้มแข็งด้านจิตใจ การที่บุคคลจะมีสุขภาพทางอารมณ์ได้ควรจะเข้าใจอารมณ์ของตนเอง

3. ภาวะสุขภาพทางสังคม เป็นความสามารถในการทำบทบาทตามความหวังของชีวิต ในฐานะสมาชิกของกลุ่มหรือสถาบัน รวมถึงการทำหน้าที่บทบาทของบุตร โดยปราศจากความเสียหายต่อบุคคลอื่น เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และสามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัว การทำหน้าที่ตามความรับผิดชอบ มีผลต่อผู้อื่น มีความสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลในการอยู่ร่วมกัน

4. ภาวะสุขภาพทางจิตวิญญาณ เป็นศูนย์รวมของทุกมิติ ซึ่งประกอบด้วย การมีความหวังและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่กระตุ้นให้บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิตไม่เห็นแก่ตัว และความเชื่อในอำนาจและเหตุผลที่เหนือธรรมชาติ

5. ภาวะสุขภาพทางจิตใจ เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ความมีเหตุผลการวิเคราะห์ การประเมินผลความอยาก رؤ้อยากเห็น มีความคิดสร้างสรรค์ และมีทัศนคติที่เป็นประชาธิปไตย ใฝ่หาใจในความรู้สึกในอารมณ์ของตนเอง

องค์ประกอบของภาวะสุขภาพหรือสุขภาพ เพื่อให้เป็นแนวคิดในบริบทของคนไทย ประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ (ประเวศ วะสี, 2543)

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขรื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ด้วยกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น มีชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อการได้กระทำ ความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงส่ง เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การได้เข้าถึงพระรัตนตรัย เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความสุข

จากองค์ประกอบของภาวะสุขภาพที่ได้กล่าวมา สรุปได้ว่าภาวะสุขภาพประกอบด้วย มิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางจิตวิญญาณ โดยมิติทางกาย หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมปกติที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การเดิน การวิ่ง การปฏิบัติตามบทบาท ได้แก่ การปฏิบัติ

กิจกรรมงานบ้าน กิจกรรมยามว่าง ส่วนมิติทางจิตใจ ในทางลบ เป็นปรากฏการณ์ความผิดปกติทางจิตใจ เกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกในทางบวก ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกต่อตนเอง และความมีพลังในตนเอง และมิติทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการทำหน้าที่ของตนเอง และการมีกิจกรรมที่มีส่วนร่วมในสังคม มิติทางจิตวิญญาณ เป็นศูนย์รวมของทุกมิติ ซึ่งประกอบด้วย การมีความหวังและเป้าหมายในชีวิต ความเชื่อ และการปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาที่ความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Roy ที่กล่าวว่า ภาวะสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว ซึ่งประกอบไปด้วย ทางด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งมี 4 ด้านคือ ด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน

### 3.5 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กล่าวคือ เป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ตัดสินระดับสุขภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุก่อนพิจารณาเลือกแนวทาง หรือกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และเป็นขั้นตอนแรกของการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากวัยผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะ คือมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมในทางเสื่อมลง ดังนั้น การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการประเมิน (Miller, 1999)

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถประเมินได้ 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินทางปรนัย (objective measures) สามารถประเมินจากภาวะสุขภาพทางกายภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกาย ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ น้ำหนักตัว และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ข้อจำกัดของการประเมินทางปรนัย ส่วนใหญ่เป็นการตรวจร่างกาย อาจทำให้ละเลยข้อมูลการรับรู้ทางด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุรู้ว่าภาวะสุขภาพดี ก็จะมีความสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง (Downie and Tannahil, 1996)

2. การประเมินทางอัตนัย (subjective measures) สามารถประเมินการรับรู้ของบุคคล โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุจะประเมินภาวะสุขภาพตามความรู้สึกของตนเอง จึงเรียกว่า “ การรับรู้ภาวะสุขภาพ “ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่ง Gulick (1986) ได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นการสังเกตตนเองตามการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งตัดสินความรุนแรงของ

อาการเหล่านั้น ว่าส่งผลกระทบต่อและก่อให้เกิดความกดดันต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ซึ่งความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพนั้นแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรม สภาวะทางเศรษฐกิจ อาชีพ สถิติปัญญา อายุ เพศ และการเรียนรู้ของอารมณ์ของแต่ละบุคคล (Smith et al.,1991)

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกของแต่ละบุคคลตามสิ่งเร้า ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่ง Roy เน้นว่าบุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. **ภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยา** เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกาย (physiologic) โดยแสดงพฤติกรรมผ่านการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกายมนุษย์ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ ออกซิเจน ภาวะโภชนาการ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การปกป้องร่างกาย การรับรู้ความรู้สึก สมดุลสารน้ำอิเล็กโทรลัยต์และกรดต่าง การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ออกซิเจน สามารถประเมินได้จากการหายใจ พฤติกรรมที่ล้มเหลว เช่น การหายใจหอบ

1.2 ภาวะโภชนาการ สามารถประเมินได้จากการรับประทานอาหาร น้ำหนัก ส่วนสูง แบบแผนการรับประทานอาหาร พฤติกรรมที่ล้มเหลว เช่น การเป็นโรคขาดอาหาร มีอาการคลื่นไส้อาเจียนบ่อย ๆ

1.3 การออกกำลังกายและการพักผ่อน สามารถประเมินได้จากชนิดและความถี่ของการออกกำลังกาย แบบแผนการนอนหลับ และการนอนหลับที่ผิดปกติ พฤติกรรมที่ล้มเหลวในการปรับตัว ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ การอ่อนล้า การนอนไม่หลับ ต้องใช้ยานอนหลับเป็นประจำ เป็นต้น

1.3 การขับถ่าย สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ พฤติกรรมที่ล้มเหลว เช่น ท้องผูก ท้องเดิน การถ่ายปัสสาวะกะปริดกะปรอย

1.4 น้ำและเกลือแร่ สามารถประเมินได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์อาการที่ผิดปกติ พฤติกรรมที่ล้มเหลว เช่น การขาดน้ำ อาการบวม การเป็นตะคริวบ่อย ๆ

1.5 การรับรู้ความรู้สึก สามารถประเมินได้จากการสังเกตและสัมภาษณ์อาการที่ผิดปกติ

1.6 ระบบไหลเวียนโลหิต พฤติกรรมที่ล้มเหลว เช่น การมีไข้สูง อาการชา การเจ็บป่วยอย่างรุนแรง การเสียชีวิตของต่อมไร้ท่อ เป็นต้น



1.7 การทำหน้าที่ของระบบประสาท สามารถประเมินได้จากระดับความรู้สึกและการรับรู้ข้อมูล

**2. ภาวะสุขภาพด้านอัตมโนทัศน์** การปรับตัวด้านนี้เป็นการปรับตัวเพื่อคงสมดุลหรือสร้างความมั่นคงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณซึ่งเป็นความต้องการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นเอกภาพ มีความหมาย และเป้าหมายในการคงอยู่ในจักรวาล ความรู้สึกมั่นคงนี้จะเป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพ หรือถ้ามีปัญหาในการปรับตัวจะทำให้รบกวนต่อการหายจากโรคหรือการมีสุขภาพที่ดีได้ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อร่างกายตนเอง และภาพลักษณ์ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อรูปร่างหน้าตา ความสวยงาม การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งสมรรถภาพทางเพศ และภาวะสุขภาพ พฤติกรรมบกพร่อง ได้แก่ การรู้สึกว่าคุณเองน่าเกลียด วิตกกังวลเกี่ยวกับความเสื่อมสภาพ และไม่ยอมรับความชรา

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ตามความเชื่อ ค่านิยม การคาดหวัง ปณิธาน ที่บุคคลยึดถือ ซึ่งจะประกอบกันเป็นบุคลิกภาพของบุคคล แบ่งเป็นดังนี้

2.2.1 คุณธรรมจรรยา และจิตวิญญาณแห่งตน หมายถึง ความเชื่อ และการประเมินตนเองในการมีความสัมพันธ์กับจักรวาล ผู้สูงอายุจะมีค่านิยมทางศีลธรรมจรรยาและยึดหลักศาสนาเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติ หากสิ่งต่าง ๆ ขัดกับความเชื่อของตนเองจะทำให้รู้สึกผิด

2.2.2 ความสม่ำเสมอแห่งตน หมายถึง การจัดระบบความคิดของตน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดการกับตนเองและหลีกเลี่ยงความไม่สมดุล ด้านความมั่นคง อันเกิดจากความเสมอต้นเสมอปลาย ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีผู้มาเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ จะทำให้มีความมั่นคงด้านจิตใจ แต่ในทางตรงกันข้ามก็จะทำให้ความเชื่อมั่นและความมั่นคงทางจิตใจลดน้อยลงเกิดความวิตกกังวลในที่สุด

2.2.3 ปณิธานแห่งตน หมายถึง สิ่งที่คุณคนมุ่งหวังที่จะทำหรือที่จะเป็น และความคาดหวังที่ตนมี เป็นความคาดหวังที่ผู้สูงอายุมีต่อเป้าหมายในชีวิต เช่น ต้องการให้บุตรหลานสำเร็จการศึกษาสูง ๆ ถ้าความคาดหวังดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนอง ก็จะทำให้เกิดความท้อแท้หมดกำลังใจ

2.2.4 ด้านคุณค่าและความสำคัญ เป็นความรู้สึกว่าคุณคนมีคุณค่า ได้รับการยกย่องจากคนอื่น สถานการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่า เช่น ความสามารถในการพึ่งตนเองลดลง อันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายจึงต้องมีการส่งเสริมการปรับตัว โดยให้เกิดการ

ยอมรับหรือให้ได้ทำประโยชน์ตามความสามารถ หากมโนทัศน์ด้านนี้ไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้าและเบื่อหน่ายต่อชีวิตในที่สุด

**3. ภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่** มุ่งเน้นในเรื่องบทบาทของบุคคลและการทำหน้าที่เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางสังคม เป็นความต้องการของบุคคลที่จะเรียนรู้ว่าตนควรมีสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่นอย่างไร บทบาทหน้าที่จะซับซ้อนตามสถานะของแต่ละบุคคล บทบาทแบ่งออกเป็น 3 ประเภท บทบาทปฐมภูมิ (primary role) เป็นบทบาทที่ติดมากับบุคคล เช่น เพศ วัย บทบาททุติยภูมิ (secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในสังคมหรือการประกอบอาชีพ เช่น พ่อ แม่ ครู พยาบาล เป็นต้น บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวคงอยู่ชั่วคราวระยะเวลาหนึ่ง เช่น บทบาทผู้ป่วย นักศึกษาหลักสูตรเฉพาะทาง เป็นต้น Roy อธิบายเพิ่มเติมว่า การทำบทบาทในแต่ละบทบาทของบุคคลจะประกอบไปด้วยพฤติกรรมกรรมการแสดงออกตามการคาดหวังของสังคม (instrumental behavior) และการแสดงออกถึงอารมณ์ และความรู้สึก หรือเจตคติต่อบทบาท (expressive behavior) มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความเป็นจริง (role distance) พฤติกรรมที่ล้มเหลว ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณแล้วแต่ไม่สามารถทิ้งบทบาทเดิมได้ยังคงไปปฏิบัติงานเช่นเดิม เป็นต้น

3.2 ความขัดแย้งในการแสดงบทบาท (role conflict) ตัวอย่างความขัดแย้งในบทบาท ได้แก่ ผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครอบครัวแต่รายได้ลดลงกว่าเดิมเป็นเหตุให้เกิดความวิตกกังวล

3.3 ความล้มเหลวในการแสดงบทบาท (role failure) ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่เกิดความเสื่อมสภาพของร่างกายอย่างรุนแรงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยในคุณค่าของตนเอง และเกิดปัญหาทางจิตใจได้

**4. ภาวะสุขภาพด้านการพึ่งพาระหว่างบุคคล** หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ความต้องการความพึงพอใจความรัก การเจริญเติบโต และพัฒนาการรวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่จะบรรลุความสัมพันธ์ที่มั่นคงของบุคคล ปกติผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านจิตใจและสังคม ความสัมพันธ์แบบการพึ่งพาระหว่างกัน จึงประกอบด้วย ความเต็มใจ และความสามารถในการให้และการรับ ความรัก การยอมรับ การให้คุณค่า การยอมรับเลี้ยงดู ความรู้ ทักษะ คำสัญญา วัตถุประสงค์ของ เวลา และความสามารถ พฤติกรรมด้านนี้มี 2 ลักษณะ คือ

4.1 การพึ่งพาผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม ปกติผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพากลุกลอนในด้านความคุ้มครอง ดูแลด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากความสามารถของร่างกายลดลง การพึ่งพาทางนี้เรียกว่า Partial dependence หรือการพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน (สวณีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2522 อ้างถึงใน

ดวงฤดี ลาสุขะ, 2528) การพึ่งพาที่ผิดปกติ เช่น มีความสามารถที่ดูแลตนเองได้ แต่ให้ผู้อื่นกระทำในสิ่งที่ตนเองทำได้ หรือเรียกร้องความช่วยเหลือมากเกินไป

4.2 การพึ่งพาตนเองอย่างไม่เหมาะสม เป็นการพึ่งพาตนเองมากเกินไปเกินความสามารถ เช่น ผู้สูงอายุที่เดินไม่คล่อง ตามองไม่ชัด แต่ยังไปซื้อของด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้

โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินการปรับตัวหลังการเกษียณอายุของ สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) เพื่อประเมินการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งสร้างขึ้นเองและดัดแปลง มาจากแบบสอบถามการปรับตัวของของ ทศนิยม เกริกกุลธร (2536) ซึ่งสร้างจากแนวคิดการปรับตัวของ Roy (The Roy Adaptation Model, 1991) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว เป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามภาวะสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงลักษณะคำตอบ เป็นคำตอบแบบอธิบายรายละเอียดคำตอบของคำถามแต่ละข้อไว้ 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน เป็น 4, 3, 2, 1 การแปลผลคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ

#### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีของ Roy มาเป็นแนวทางในการคัดสรรตัวแปรในงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสิ่งเร้าตรง ได้แก่ ภาวะสูงอายุ สิ่งเร้าร่วม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และสิ่งเร้าแฝง ได้แก่ บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ เจตคติต่อการสูงอายุ

##### 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นสิ่งเร้าร่วมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมืองภาคใต้ตอนบน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และได้เพิ่มเติม ตัวแปรสถานภาพสมรส จากการทบทวนวรรณกรรม

House (2001) ได้กล่าวถึงปัจจัยส่วนบุคคลว่า มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยปัจจัยส่วนบุคคลบางประการมีระดับความสัมพันธ์สูงกับภาวะสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางประการมีระดับความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างน้อย

**เพศ** เป็นสิ่งเร้าอย่างหนึ่งของระบบการปรับตัวของบุคคล Roy (1976) ซึ่งเพศเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม โดยเฉพาะสังคมไทย พฤติกรรมบางอย่างจะเป็นผลมาจากข้อกำหนดจากความแตกต่างทางเพศ เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ การทำกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีรูปแบบ

การดำเนินชีวิตที่แตกต่าง นอกจากนี้ Andreason and Noris (1972) กล่าวว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาการปรับตัว การระบายความทุกข์ เจตคติต่อการเจ็บป่วย ในความเป็นจริง เพศชายและเพศหญิงนอกจากจะแตกต่างกันในด้านโครงสร้างของร่างกายแล้ว ยังมีความแตกต่างกันในด้านจิตใจ รวมถึงงานที่ปฏิบัติด้วย (ศิริวรรณ วชิรวงศ์, 2536) และสดีไส สีสะอาด (2540) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยเพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของ ขวัญใจ ต้นติววัฒนเสถียร (2534) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเพศชายมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศหญิง และสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดหนองคายพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุหญิง สำหรับการปรับตัวด้านจิตสังคมพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาสุขภาพทางใจมากกว่าผู้สูงอายุชาย (นภาพรชโยวรรณ และคณะ, 2532) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิพันธ์ พิภสุวรรณ (2536) และ เปรมฤดี ศรีราม (2539) ที่พบว่า เพศชายมีการปรับตัวดีกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศชายมีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นผลจากการปรับตัว ดังนั้น เพศชายมีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

**ระดับการศึกษา** เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ เพราะการศึกษาทำให้บุคคลมีความรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะบุคคลที่มีการศึกษาสูงมักมีแนวทางที่จะเลือกดำเนินชีวิตได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (ศศิมา ทวีสิน, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญภรณ์ มุลศิลป์ และคณะ (2536) และ สุทธิพันธ์ พิภสุวรรณ (2537) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงว่าระดับการศึกษาน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะเข้าใจถึงปรากฏการณ์รอบตัว เข้าใจสังคม พัฒนาความคิด ทักษะคิด เรียนรู้และเข้าใจข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่า และสามารถปฏิบัติการส่งเสริมภาวะสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่การศึกษาน้อยกว่า และจากการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับวิถีชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการเข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้น ระดับการศึกษาน่ามีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

**สถานภาพสมรส** จากการทบทวนวรรณกรรม สถานภาพสมรสเป็นลักษณะทางประชากรที่มีความสำคัญ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการสนับสนุนทางสังคม (Orem, 1985) การสนับสนุนทางสังคมจากคู่ชีวิตจะเป็นเครื่องกันความเครียด หรือดูดซับความเครียด ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ผู้ที่ยังอยู่กับคู่

สมรสอาจมีส่วนด้านกำลังที่จะช่วยการปรับตัวได้ดีขึ้น และสำหรับผู้สูงอายุหญิงที่โสดมักปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่หย่าร้าง ม่าย หรือผู้สูงอายุชายโสด (เขมิกา ยามะรัต, 2527) สถานภาพสมรส สามารถบ่งบอกถึงประสบการณ์ในการดำรงชีวิตครอบครัว อีกทั้งกำหนดบทบาท และสถานภาพทางสังคมของบุคคล ซึ่งการศึกษาของ พิญชาภรณ์ มุลศิลป์และคณะ (2536) พบว่าสถานภาพสมรสมีผลต่อการปรับตัว สภาพจิต สภาพสังคม ความเป็นหม้ายจะมีผลต่อความเครียด สูญเสียความนับถือตนเอง และการถอนตัวออกจากสังคม ส่วนผู้ที่ยังอยู่กับคู่สมรสมีส่วนให้กำลังใจต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับ เบญจมา เลหาพูนรังษี (2534) ทศนีย์ เกริกกุลธร (2536) และเปรมฤดี ศรีราม (2539) ที่ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยวซึ่งการปรับตัวได้ดีกว่าย่อมส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2534) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ดังนั้น สถานภาพสมรสน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

**รายได้** เป็นตัวบ่งชี้ถึง สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคล ผู้มีรายได้สูงทำให้มีโอกาสติดต่อสื่อสารกับกลุ่มต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนหาสิ่งของ อุปกรณ์ อาหาร ยารักษาโรค ค่าบริการทางสุขภาพ และเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่น ผู้ที่มีรายได้น้อยมีปัญหาด้านการเงิน ทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (ประยงค์ ลิ้มตระกูล และคณะ, 2546) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535) สุรกุล เจนอบรม (2534) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะสามารถเลือกบริการทางสุขภาพที่ดีให้กับตนเอง และมีโอกาสเลือกกิจกรรมที่ตนเองพอใจได้ เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างต้องเสียค่าใช้จ่าย การมีงานอดิเรกหรือการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุต้องใช้จ่ายเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจึงมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า ซึ่งแสดงว่ารายได้น่ามีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต ในการตอบสนองขั้นพื้นฐานของบุคคล เช่น ที่พัก การบริโภคอาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาล และส่งเสริมการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการได้ เช่น ทำบุญ ทัศนศึกษา เป็นต้น สามารถช่วยเหลือครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต มีความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ดี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2540) ซึ่งส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี

**ลักษณะครอบครัว** ครอบครัวเป็นสถาบันแรกและสำคัญที่สุด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ เพราะเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งบทบาทและความสัมพันธ์ในครอบครัวนี้ จัดว่าเป็นสิ่ง

เราที่มีผลต่อการปรับตัวในภาวะวิกฤตตามแนวคิดการปรับตัวของ Roy (1976) จากการศึกษาของ พิษณุภรณ์ มูลศิลป์ และคณะ (2536) และ สุทธิพันธ์ พักสุวรรณ (2537) ที่พบว่า ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน มีการปรับตัวต่างกัน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวขยายการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว มีการช่วยเหลือ การได้รับความรักความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความสุข พึงพอใจในชีวิต และใส่ใจพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี

จะเห็นได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

## 4.2 บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ

### 4.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ

Blos (Blos, 1941 อ้างถึงใน นิภา นิธยาน, 2530) กล่าวว่า บุคลิกภาพ คือ ภาวะของเจตคติ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเป็นนิสัยประจำตัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นลักษณะของการปรับตัวของบุคคลนั้นต่อสิ่งแวดล้อม

Woodworth and Marquis (Woodworth and Marquis, 1947 อ้างถึงใน นิภา นิธยาน, 2530) กล่าวว่า บุคลิกภาพของแต่ละบุคคลจะเห็นได้ชัดเจนจากลักษณะนิสัยในการคิด และในการแสดงออกรวมทั้งเจตคติและความสนใจต่าง ๆ และกริยาท่าทางที่แสดงออกของบุคคลนั้นตลอดจนปรัชญาชีวิตที่บุคคลนั้นยึดถือ

Allport (1967) บุคลิกภาพเป็นหน่วยรวมที่ทรงพลังของระบบทางกายและจิตภายใต้ตัวบุคคลกำหนดลักษณะการปรับตัวเป็นแบบเฉพาะของบุคคลนั้นต่อสิ่งแวดล้อมของเขา

Eysenck (1970) ให้ความหมายของบุคลิกภาพว่า หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมทั้งหมดของบุคคลที่ได้รับมาจากพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม และเป็นผลของปฏิกริยารวมระหว่างส่วนสำคัญ 4 ส่วน คือ ความคิด ลักษณะนิสัย อารมณ์ ความรู้สึก และองค์ประกอบด้านร่างกาย โดยพิจารณาได้ 2 มิติ คือ มิติแรกเป็นมิติบุคคลสัมพันธ์ เป็นการแสดงตน-เก็บตัว ซึ่งประกอบด้วยส่วนย่อย ได้แก่ การมีส่วนร่วมมือ-ไม่ร่วมมือ เข้าสังคม-แยกตัว เข้าใกล้-ถอยหนี กระตือรือร้น-เฉื่อยชา มิติที่สองเป็นมิติความไวของอารมณ์ ได้แก่ ความเข้มแข็ง-อ่อนแอ มั่นคง-ไม่มั่นคง ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล

McConnell (1974) ให้ความหมายของบุคลิกภาพ หมายถึง บุคลิกภาพเป็นลักษณะนิสัยที่คนคิด และแสดงออกมาเป็นแบบแผน เพื่อใช้ในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ลักษณะนิสัยที่กล่าวถึงนี้ หมายถึง ค่านิยม แรงจูงใจ เจตคติ อารมณ์ ความสามารถด้านต่าง ๆ มโนภาพแห่งตน รวมทั้งสติปัญญา

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้ความหมายของบุคลิกภาพว่า หมายถึง สภาพนิสัยจำเพาะคน

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ (2543) ให้ความหมายของบุคลิกภาพว่า หมายถึง ลักษณะหรือพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นลักษณะท่าทาง การแสดงออก ความรู้สึกนึกคิด รวมไปถึงรูปร่างหน้าตา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้น เป็นแบบแผนที่ใช้ในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

พัชรภาพร แจ่มแจ้ง (2546) ให้ความหมายของบุคลิกภาพว่า หมายถึง ลักษณะและพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นลักษณะท่าทาง การแสดงออก ความรู้สึกนึกคิด รวมไปถึงรูปร่างหน้าตาซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้น เป็นแบบแผนที่ใช้ในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่

จากคำจำกัดความดังกล่าว สรุปในการวิจัยครั้งนี้ บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะส่วนรวมอันเป็นลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่แสดงออกมาในรูป ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้น เป็นแบบแผนที่ใช้ในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ ทั้งที่มองเห็นได้โดยตรงและจากการสังเกตที่สนองตอบต่อสิ่งแวดล้อม จากตัวเองและทางสังคม ซึ่งแต่ละคนแตกต่างกันไปตามอิทธิพลของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

**ทฤษฎีบุคลิกภาพ** (personality theory) ประกอบด้วยหลายทฤษฎี แต่ละทฤษฎีมีหลักการ เหตุผล ความเชื่อ และแนวคิดที่แตกต่างกัน โดยสรุปดังนี้

1. ทฤษฎีโครงสร้างมนุษย์ (Constitutional theory) ของ Kretschmer (Kretschmer, 1936 อ้างถึงใน ประพิศ จันทรพิทกษา, 2527) และ Sheldon (Sheldon, 1942 อ้างถึงใน ประพิศ จันทรพิทกษา, 2537) ได้อธิบายบุคลิกภาพของบุคคลตามรูปร่างลักษณะต่างกัน โดยมองข้ามความแตกต่างด้านความรู้สึก อารมณ์ และด้านอื่น ๆ จึงทำให้ทฤษฎีนี้ไม่เป็นที่นิยมศึกษากันในปัจจุบัน

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) Sigmund Freud (Sigmund Freud, 1937 อ้างถึงใน ประพิศ จันทรพิทกษา, 2537) อธิบายว่าบุคลิกภาพของบุคคลแบ่งได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่

จิตไร้สำนึก (id) จิตสำนึก (ego) และมโนธรรม (Superego) ซึ่งแต่ละส่วนจะมีลักษณะที่เป็นตัวของตัวเอง บุคคลแต่ละคนจำเป็นต้องมีสัดส่วนของทั้งสามส่วนให้พอเหมาะ และ Freud ยังเชื่อว่าประสบการณ์ต่าง ๆ ในช่วงวัยเด็กมีความสำคัญต่อการพัฒนาทางบุคลิกภาพ

3. ทฤษฎีจิตวิทยาวิเคราะห์ (Analytical psychology theory) Jung (Jung, 1939 อ้างถึงใน ประพิศ จันทรพิศ, 2537) อธิบายว่า บุคลิกภาพของบุคคลประกอบด้วยสัดส่วนที่สมดุลกันใน 3 ส่วน คือ (1) ความสมดุลของพลังในจิตสำนึก (conscious) กับจิตไร้สำนึก (unconscious) (2) ความสมดุลของคุณลักษณะด้านความเป็นชายกับความเป็นหญิง และ (3) ความสมดุลระหว่างบุคลิกภาพเก็บตัว (introvert) กับบุคลิกภาพแสดงตัว (extrovert)

4. ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral theory) Skinner (Skinner, 1953 อ้างถึงใน ประพิศ จันทรพิศ, 2537) อธิบายบุคลิกภาพของบุคคลว่าเกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งมาจากการสร้างเงื่อนไข

5. ทฤษฎีลักษณะนิสัย (Trait theory) อธิบายบุคลิกภาพตามลักษณะนิสัย (traits) ย่อย ๆ หลายลักษณะรวมกัน เช่น Cattell (Cattell, 1970 อ้างถึงใน ประพิศ จันทรพิศ, 2537) ได้ อธิบายบุคลิกภาพของบุคคลว่าประกอบด้วย 2 ลักษณะนิสัย คือ (1) ลักษณะนิสัยเปลือกนอก (surface traits) ซึ่งเป็นลักษณะนิสัยที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมให้เราสังเกตเห็นได้ และ (2) ลักษณะนิสัยต้นตอ (source traits) ซึ่งเป็นลักษณะนิสัยที่ซ่อนเร้นอยู่ภายในและมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของลักษณะนิสัยเปลือกนอก สอดคล้องกับการศึกษาของ Eysenck (Eysenck, 1964 อ้างถึงใน ประพิศ จันทรพิศ, 2537) ซึ่งศึกษาด้วยวิธีการเดียวกับ Cattell แล้วพบว่า บุคลิกภาพพื้นฐานที่สำคัญในการปรับตัวทางสังคมของบุคคล มีอยู่ 2 มิติ มิติหนึ่ง คือ มิติบุคคลสัมพันธ์ ได้แก่ การเก็บตัว (introversion) คู่ค้ำกับการแสดงตัว (extroversion) และมิติที่สองมิติความไวของอารมณ์ คือ การหวั่นไหวในสภาวะอารมณ์ (neuroticism) คู่ค้ำกับการมั่นคงในสภาวะอารมณ์ (emotional stability) (ประพิศ จันทรพิศ, 2537)

ในการวิจัยนี้เลือกใช้ลักษณะบุคลิกภาพเก็บตัว-แสดงตัว เนื่องจากทฤษฎีลักษณะนิสัยเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมกันมากในปัจจุบัน เนื่องจากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่า บุคลิกภาพสามารถวัดได้และสามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมเป็นผลมาจากบุคลิกภาพตามลักษณะนิสัยด้วยหลักตรรกศาสตร์ (logic) และข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีลักษณะนิสัยตามแนวคิดของ Eysenck ซึ่งจะกล่าวเฉพาะมิติบุคคลสัมพันธ์ ได้แก่ ลักษณะบุคลิกภาพแบบเก็บตัวและแสดงตัว และจากการศึกษาจิตวิทยาบุคลิกภาพ พบว่า บุคลิกภาพพื้นฐานซึ่งจะส่งเสริมหรือยับยั้งความสามารถทางสังคมของบุคคล คือบุคลิกภาพเก็บตัวและแสดงตัวนั่นเอง (นวลละออ สุภาพผล, 2534)



#### 4.2.2 องค์ประกอบของบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ

Eysenck (Eysenck, 1960 อ้างใน ประจิตต์ ประจักษ์จิตต์, 2525) ได้อธิบายองค์ประกอบของบุคลิกภาพว่าประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ระดับ คือ

- 1) รูปแบบของบุคลิกภาพ (type)
- 2) ลักษณะของบุคลิกภาพ (rait)
- 3) การตอบสนองที่เป็นนิสัย (abitual responses)
- 4) การตอบสนองเชิงพฤติกรรม (specific responses)

Eysenck (Wilson 1977; Eysenck, 1970 อ้างใน นवलละออ สุภาพล, 2534) ให้ความหมายของลักษณะเก็บตัว-แสดงตัวเป็นนิยามศัพท์ที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษานี้ไว้ดังนี้

**ลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัว** (extrovert personality) หมายถึงบุคคลที่มีความสามารถในการเข้าสังคม ชอบงานสังสรรค์รื่นเริง มีเพื่อนมาก ช่างพูดช่างคุย ไม่ชอบการเรียนหรือการทำงานกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดเวลา ไม่ชอบอยู่นิ่ง ชอบความเป็นอิสระและชอบการเปลี่ยนแปลง ชอบทำคอนข้างมองโลกในแง่ดี ก้าวร้าวและอารมณ์เสียได้ง่าย หรือกล่าวโดยสรุปลักษณะแสดงตัว คือ บุคคลที่มีความสามารถทางสังคมและมีแรงกระตุ้นในตนเอง

**ลักษณะบุคลิกภาพเก็บตัว** (introvert personality) หมายถึง บุคคลที่มีลักษณะเงียบขรึมชอบคิดพิจารณาตนเองไม่ชอบการพบปะพูดคุยกับบุคคลยกเว้นคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท ชอบอ่านหนังสือมากกว่าเข้าสังคม ชอบวางแผนต่าง ๆ ไว้ล่วงหน้า รับการกระตุ้นจากภายนอกได้น้อยไม่ชอบความตื่นเต้น ใช้ชีวิตอย่างเคร่งเครียดมีระเบียบแบบแผน ควบคุมอารมณ์และความรู้สึกได้ดีโดยปกติไม่มีความประพฤตินทางก้าวร้าวคอนข้างมองโลกในแง่ร้าย มีค่านิยมที่ยึดมาตรฐานทางศีลธรรม หรือกล่าวโดยสรุปลักษณะเก็บตัว คือ บุคคลที่มีการควบคุมตนเอง และมีพฤติกรรมรับผิดชอบ

จากคำจำกัดความดังกล่าว สรุปในการวิจัยครั้งนี้ บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ หมายถึง ลักษณะส่วนรวมอันเป็นลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่แสดงออกมาในรูปแบบความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้น เป็นแบบแผนที่ใช้ในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ ทั้งที่มองเห็นได้โดยตรงและจากการสังเกต ที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม จากตัวเองและทางสังคมซึ่งแต่ละคนแตกต่างกันไป ตามอิทธิพลของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (Eysenck, 1970) ได้แก่ ลักษณะความสามารถในการเข้าสังคม ชอบงานรื่นเริงต่าง ๆ มีเพื่อนมาก ไม่ชอบการเรียนหรือการทำงานตามลำพัง ชอบความตื่นเต้น รับการกระตุ้นจาก

ภายนอกได้มาก ชอบการเปลี่ยนแปลง ชอบทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดเวลา ชอบความเป็นอิสระและ ความสนุกสนาน ร่าเริง ค่อนข้างมองโลกในแง่ดี เป็นคนแสดงอารมณ์และความรู้สึกเปิดเผย ไม่ ควบคุมอารมณ์ มีแนวโน้มที่จะก้าวร้าว ภู่วาม อารมณ์เสียได้ง่าย

#### 4.2.3 การประเมินบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ

การประเมินบุคลิกภาพเป็นเรื่องที่ซับซ้อน นักจิตวิทยาได้พยายามสร้างแบบประเมิน บุคลิกภาพ ที่สามารถใช้ประเมินบุคลิกภาพตามลักษณะที่ต้องการ มีหลายวิธี (มนตรา เกศแก้วกมล, 2540) ดังนี้

1. วิธีการสังเกต การสังเกตที่จะทำให้ได้รายละเอียดนั้นทำได้ยาก ต้องเลือกสังเกต ปฏิกริยาอย่างใดอย่างหนึ่งก่อน การสังเกตมี 2 แบบ ได้แก่

1.1 การสังเกตแบบควบคุม เป็นการสังเกตพฤติกรรมบุคคลในสถานการณ์ใดสถานการณ์ หนึ่งที่จัดไว้โดยเฉพาะ

1.2 การสังเกตทั่วไปในชีวิตประจำวันที่บุคคลแสดงออก การสังเกตทั้ง 2 แบบนี้จะต้องมี การบันทึกผลตรงตามที่ได้เห็น โดยไม่นำความรู้สึกส่วนตัวเข้าไปเกี่ยวข้อง การวัดบุคลิกภาพแบบนี้ ผู้สังเกตจะต้องได้รับการฝึกฝนมาเป็นพิเศษ การวัดจึงจะได้ผล

2. วิธีการทดสอบ มีหลายวิธี เช่น

2.1 การทดสอบโดยการให้เขียนคำตอบลงในแบบทดสอบ ซึ่งอาจเป็นแบบทดสอบที่ สร้างขึ้นเอง หรือเป็นแบบทดสอบที่มีนักจิตวิทยาสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการศึกษาเรื่องบุคลิกภาพ การ ทดสอบที่นิยมมาก ประกอบด้วยข้อคำถาม หรือสถานการณ์จำลองที่ผู้ทดสอบสร้างขึ้น ซึ่ง เกี่ยวข้องกับผู้ถูกทดสอบ สิ่งแวดล้อม หรือพฤติกรรมที่ทำอยู่เสมอเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ การวัดวิธีนี้ผู้ถูกทดสอบต้องให้ความร่วมมือในการตอบคำถามต่าง ๆ เพื่อให้การสอบถามได้ผล ตามวัตถุประสงค์

2.2 การทดสอบโดยใช้แบบทดสอบชนิด Projective techniques ซึ่งเป็นการทดสอบ บุคลิกภาพ โดยให้ดูภาพจากแบบทดสอบที่นักจิตวิทยาสร้างไว้ การทดสอบในเรื่องบุคลิกภาพ เพื่อ ศึกษาถึงลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล อย่างไรก็ตามความน่าเชื่อถือในการแปลความหมายต้องอาศัย ประสบการณ์ของผู้ทดสอบ และควรใช้การทดสอบหลาย ๆ วิธี เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้มากขึ้น

3. วิธีการรายงานตนเอง วิธีนี้แบ่งการวัดได้เป็น 2 แบบ ได้แก่

3.1 การสัมภาษณ์ เป็นการสนทนาระหว่าง ผู้ทดสอบกับผู้ถูกทดสอบอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้เตรียมคำถามมา และจัดบันทึกแบบประมาณค่า ผู้ถูกสัมภาษณ์จะรับรู้ตัวว่า

ถูกทดสอบบุคลิกภาพ การสัมภาษณ์ มีลักษณะคล้ายกับการวิเคราะห์ตนเองต่างกันตรงผู้สัมภาษณ์มาตั้งคำถามให้เราคิดเอง เพื่อวิเคราะห์ตนเอง

3.2 การวิเคราะห์ตนเอง คือการประเมินค่าตนเอง ลักษณะคำถามจะเป็นแบบกปรนัย การวัดลักษณะนี้มีประโยชน์สำหรับการเลือกอาชีพให้เหมาะสมกับบุคลิกภาพของตนเอง

4. การศึกษาจากความเห็นของคนอื่น เป็นวิธีที่ผู้ทดสอบสร้างแบบสอบถามเพื่อสอบถามคนอื่นถึงความรู้สึกที่เกี่ยวกับบุคคลที่ถูกทดสอบ เช่น การถามจากเพื่อนสนิท พ่อแม่ ครู

5. การใช้แบบสำรวจ ที่ได้พัฒนาโดยวิธีที่ได้จากทฤษฎีบุคลิกภาพ ได้แก่ Myers Briggs Type Indicator (MBTI), Personal Preference Schedule (EPPS), International Personality Item Pool Scale (IPIP Scale)

วิธีการประเมินที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกใช้การประเมินโดยใช้แบบทดสอบนำมาสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประเมินลักษณะบุคลิกภาพเก็บตัว-แสดงตัว ด้วยเครื่องมือวัดบุคลิกภาพชนิดปรนัย (objective psychological test) ตามแนวคิดของ Eysenck (Eysenck, 1970 อ้างถึงใน นวลละออ สุภาพล, 2534 และประพิศ จันทร์พุกษา, 2537) ซึ่ง Eysenck ได้อธิบายว่าบุคลิกภาพประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ระดับ ซึ่งจัดระบบตามขั้นจากระดับต่ำสุดถึงระดับสูงสุด โดยเริ่มจากระดับการตอบสนองเฉพาะอย่างหลาย ๆ พฤติกรรมที่คล้ายกันจะรวมกลุ่มขึ้น เป็นระดับสุดท้ายสูงสุดคือ ลักษณะนิสัยที่รวมกลุ่มจนเป็นบุคลิกภาพแบบต่าง ๆ

#### 4.2.4 บุคลิกภาพแสดงตัวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

บุคลิกภาพของผู้สูงอายุน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังที่ Kobasa (1979) กล่าวว่า การที่บุคคลต้องเผชิญกับความเครียดในระดับสูงนั้น ผู้ที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งในระดับสูงจะสามารถดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้ ส่วนผู้ที่มีความเข้มแข็งในระดับต่ำจะเกิดความเจ็บป่วยตามมา Kobasa (1979) ยังเป็นนักจิตวิทยาคนแรกที่ศึกษาแนวคิดบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง โดยใช้แนวคิดอัตถิภาวนิยม (existentialism) ซึ่งประกอบด้วย ประการแรก วิธีการดำรงชีวิตของมนุษย์ในโลกนี้ไม่ได้เกิดจากการได้รับการถ่ายทอดมาจากลักษณะภายใน หากแต่เกิดจากการพัฒนาการอย่างต่อเนื่องของบุคลิกภาพที่แสดงออก ประการที่สอง ชีวิตต้องมีการเปลี่ยนแปลง มนุษย์จำเป็นต้องเผชิญกับความเครียดที่มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงเสมอ ดังนั้น มนุษย์ควรจะใช้ความเครียดให้เป็นประโยชน์ และหาทางเอาชนะความเครียดให้สำเร็จ ประการที่สาม ความเครียดและเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต ถือเป็นสิ่งที่ทำร้ายและหน้าตื่นเต้น ทำให้มนุษย์รู้จักคิดและตัดสินใจ ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาตนเองและมีความเป็นตัวของตัวเองสูงขึ้น

Erickson (1968) ได้อธิบายพัฒนาการทางจิตสังคมในวัยผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกับความมั่นคงสมบูรณ์ในชีวิต (sense of integrity) หรือมีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ขมขื่นใจ (sense of despair) ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตของช่วงวัยที่ผ่านมาของบุคคลนั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับบุคลิกภาพ และแก้ไขภาวะวิกฤตในแต่ละระยะพัฒนาการได้ จะทำให้เขารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีชีวิตที่เป็นสุข

พัชรี ตันศิริ (2536) ได้อธิบายไว้ว่า บุคลิกภาพของบุคคลมีพื้นฐานมาตั้งแต่วัยเริ่มต้นของชีวิต โดยมีพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ บุคลิกภาพที่ดีจะต้องมีพื้นฐานที่ดีจากพัฒนาการต่าง ๆ ดังกล่าว (Erickson, Busse and Blazer, 1980 อ้างถึงใน พัทรี ตันศิริ, 2536) ได้กล่าวถึงงานในช่วง 3 ระยะของชีวิต คือ การสร้างสัมพันธภาพใกล้ชิดกับคนอื่น หรือการแยกตัวเองออกมาอยู่โดดเดี่ยวในวัยเริ่มต้นเป็นผู้ใหญ่ การสร้างเสริมให้เกิดมีขึ้นหรือการหยุดเฉยในวัยกลางคน และระยะที่รู้สึกชีวิตมีคุณค่าหรือสิ้นหวังในวัยสูงอายุ เมื่อพ้นวัยกลางคนก็จะเริ่มก้าวเข้าสู่วัยสุดท้ายของชีวิต คือวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยเสื่อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นวัยแห่งความสูญเสีย สูญเสียความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน สูญเสียความเคารพนับถือ สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียความมั่นคงทางฐานะเศรษฐกิจ สูญเสียลูกหลานที่ต่างก็แยกย้ายจากไป ตลอดจนการสูญเสียเพื่อนภาวะจากผู้นำมาเป็นผู้ตาม ทำให้บุคคลในวัยนี้ประสบวิกฤตการณ์ทางอารมณ์ที่รุนแรง ถ้าสามารถเผชิญกับภาวะนี้ได้ด้วยความรู้สึกที่มั่นคงหนักแน่นไม่หวาดหวั่น แสดงว่าบุคคลนั้นมี Integrity คือ สามารถดำรงความสมดุลระหว่างความต้องการของตนกับความเป็นจริงของโลกภายนอกได้ และยังสามารถมองย้อนกลับไปสู่อดีตที่ผ่านมาด้วยความปิติชื่นชมและเป็นสุข แต่ในทางตรงกันข้ามในภาวะ despair คือ ความรู้สึกสิ้นหวัง บุคคลผู้ตกอยู่ในภาวะนี้จะรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า อนาคตไร้ความหมาย ชีวิตกายภาพหน้าสิ้นเกินไปที่จะตั้งต้นใหม่ มองโลกที่ผ่านมาอย่างหดหู่ ภาวะสิ้นหวังนี้อาจแสดงออกให้เห็นได้หลายอย่าง เช่น แสดงออกทางอาการโกรธ แสดงอาการชิงชังในสิ่งต่าง ๆ หรือเหตุการณ์ที่ผ่านมา และแสดงออกทางความรู้สึกกลัวตาย

สาเหตุทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเกิดมาจากการเปลี่ยนแปลงในแกนกลางของรูปแบบบุคลิกภาพ คือ อัตมโนทัศน์ (self-concept) (Hurlock, 1980 อ้างถึงใน พัทรี ตันศิริ, 2536) อัตมโนทัศน์นี้ไปมากเท่าใดและไปในทิศทางใด ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านคุณภาพและปริมาณของรูปแบบบุคลิกภาพมากขึ้นเท่านั้น การเปลี่ยนอัตมโนทัศน์อาจเกิดเนื่องจากการรับรู้ต่าง ๆ ในเรื่องของความมีอายุมากขึ้น การยอมรับจากสังคม การมองเห็นว่าสังคมมองผู้สูงอายุ

อย่างไรและการมองว่าในฐานะผู้สูงอายุเขาจะได้รับอะไรจากสังคมบ้าง นอกจากนี้สิ่งที่เขาได้รับจากสังคมในประชากรสูงอายุ ยังมีผลทำให้ทัศนคติของบุคคลนั้นเปลี่ยนไปหากสิ่งที่เขาได้รับไม่เป็นที่พอใจ บุคลิกภาพของเขาก็จะเปลี่ยนไปในทางที่ไม่พอใจเช่นกัน

ผู้สูงอายุในสังคมเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เขาเหล่านั้นเปรียบเสมือนชนกลุ่มน้อยของสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมักมีพัฒนาการทางคุณลักษณะของบุคลิกภาพตามแบบอย่างของสมาชิกกลุ่มน้อย เช่น อ่อนไหวง่าย ใจน้อย รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัยและไม่แน่นอน ช่างพูด ช่างบ่น โกรธง่าย มีพฤติกรรมถอยกลับ คิดถึงแต่ตนเองวิตกกังวล ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากเกินไปจนเกินเหตุ และมีการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง (Hurlock, 1980 อ้างถึงใน พัทธ ตันศิริ, 2536)

การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพในผู้สูงอายุมีมากน้อยต่างกันไปในแต่ละบุคคลในรายที่เปลี่ยนแปลงไปมาก หรือคิดไปจากรูปเดิมอาจเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนทัศนคติในนิสัยดั้งเดิมของตนจนเกิดการล้มเหลวในโครงสร้างบุคลิกภาพ ยิ่งอายุมากขึ้นและมีแรงกดดันเพิ่มมากขึ้น ยิ่งทำให้บุคลิกภาพเสียไปจนอยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่ได้ ในรายที่มีโรคทางจิตจะพบมากในอายุหลัง 65 ปี ขึ้นไป กลุ่มนี้มีอาการผิดปกติทางอารมณ์รุนแรงมากจนอาจนำไปสู่การคิดฆ่าคนอื่น หรือฆ่าตนเองได้ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่ได้เกิดจากความเสื่อมของสมอง แต่มักเกิดจากความรู้สึกว่าเขาไม่ได้รับความมั่นคงปลอดภัยจากสังคมเพิ่มมากขึ้นทุกที โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติว่ามีการปรับตัวไม่ดีมาก่อน ผู้สูงอายุหลายรายที่มีการปรับตัวไม่ดีมีพฤติกรรมที่ตกอยู่ภายใต้ความเครียดเมื่ออายุยังน้อย เมื่ออายุมากขึ้นมีปัญหาคัดดันเพิ่มมากขึ้น เช่น การตายจากไปของคู่สมรส หรือการออกจากงาน ก็มักจะเกิดความล้มเหลวในบุคลิกภาพจากที่เคยอ่อนแอมาแล้วในอดีต

บุคลิกภาพในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเหตุการณ์สิ่งแวดล้อม และภาวะวิกฤต ซึ่งแต่ละบุคคลได้เผชิญแตกต่างกันออกไป แม้ว่าจะมีพื้นฐานดั้งเดิมมาจากวัยเริ่มต้นชีวิตแล้วก็ตาม หากปรับตัวได้ก็จะทำให้ตนเอง และผู้ใกล้ชิดมีความสุข แต่หากปรับตัวไม่ได้ก็มักจะก่อให้เกิดความทุกข์ทั้งแก่ตนเองและผู้อื่นเช่นกัน การเรียนรู้ถึงสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในวัยสูงอายุจะช่วยให้เกิดการปรับตัวเข้าหากัน เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขขึ้น

### 4.3 เจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ

#### 4.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติของผู้สูงอายุ

คำว่า เจตคติ (attitude) มาจากรากศัพท์ภาษาละตินว่า "Aptus" แปลว่า ความโน้มเอียงความเหมาะสม และนำมาใช้ในความหมายของคำว่า attitude (Allport, 1970) เจตคติเป็นสภาวะความพร้อมของประสาท และจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วยความรู้สึกที่จะชอบหรือไม่ชอบ และความเชื่อ ที่อธิบายถึงลักษณะ ตลอดจนความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งที่มีต่อสิ่งอื่น ๆ ในลักษณะที่พร้อมจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ในทิศทางที่ประเมินไว้ (Allport, 1970)

Newcomb (1954) กล่าวว่า เจตคติเป็นความเอนเอียงของจิตใจที่มีอยู่ในเฉพาะบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะสิ่งแวดล้อมที่เขาได้รับ โดยอาจแสดงออกมาได้ทางพฤติกรรมใน 2 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะพึงพอใจหรือความชอบพอ (positive attitude) ลักษณะนี้เป็นผลให้ผู้ผู้นั้นเกิดความพอใจรักใคร่ อยากรักที่จะใกล้ชิดสิ่งนั้น
2. ลักษณะไม่พึงพอใจหรือไม่ชอบพอ (negative attitude) ลักษณะนี้เป็นผลให้ผู้ผู้นั้นเกิดความชิงชัง เบื่อหน่าย ไม่อยากเข้าใกล้สิ่งนั้น

Thurstone (1967) กล่าวว่า เจตคติเป็นการแสดงออกทางด้านผลรวมของความโน้มเอียง และความรู้สึก ความมีอคติ ความคิด ต่อบางสิ่งบางอย่าง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจมาก่อน และการลงความเห็นของมนุษย์เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ดังนั้นถ้าเราอยากจะทำเจตคติเราสามารถทำได้โดยความคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ

Kendler (1974) กล่าวว่า เจตคติ คือภาวะพร้อมของแต่ละบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมในทางที่จะสนับสนุน หรือต่อต้านประสบการณ์ บุคคล สถาบัน หรือแนวความคิดบางอย่าง การแสดงออกของเจตคติโดยอาศัยพฤติกรรม แบ่งออกเป็นสองลักษณะใหญ่ ๆ คือ แสดงออกในลักษณะพึงพอใจ เรียกว่า เจตคติเชิงบวก และแสดงออกในลักษณะไม่พึงพอใจ เรียกว่าเจตคติเชิงลบ โดยเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

Triandis (1991) กล่าวว่า เจตคติ คือภาวะของบุคคลที่จะนำไปสู่การตอบสนองต่อภาววิสัยบุคคล หรือมโนคติ (Idea) ในเชิงชอบหรือไม่ชอบ

Eagley and Chaiken (1992) กล่าวว่า เจตคติ เป็นแนวโน้มทางจิตใจที่จะแสดงออกของการประเมินภาววิสัย ในเชิงชอบหรือไม่ชอบ

Thurstone (1996) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกในทางสนับสนุน หรือต่อต้านทางจิต และย้ำว่า เจตคติ หมายถึง ความเข้มของอารมณ์ ความรู้สึกทางบวก หรือทางลบ ในทางสนับสนุน หรือต่อต้านทางจิต

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2539) ให้ความหมายของเจตคติว่า เป็นท่าที หรือความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ (2535) กล่าวได้ว่า เจตคติ เป็นกริยาท่าทีรวม ๆ ของบุคคลที่เกิดจากความพร้อมหรือความโน้มเอียงของจิตใจ ซึ่งแสดงออกมาในทางสนับสนุน ซึ่งมีความรู้สึกเห็นดีเห็นชอบ ต่อสิ่งเรานั้น หรือในทางต่อต้านซึ่งมีความรู้สึกในทางที่ไม่ดีไม่เห็นชอบต่อสิ่งเรานั้น

นพมาศ อีระเวคิน (2539) กล่าวว่า เจตคติ คือความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับบางสิ่งบางอย่างในสิ่งแวดล้อม และเราได้เจตคติมาโดยการเรียนรู้ เมื่อเรียนรู้แล้วเจตคติจะอยู่ค่อนข้างคงทน และสุดท้ายแม้ว่าเจตคติจะถูกอิทธิพลของประสบการณ์ แต่มันก็มีอำนาจบงการพฤติกรรมได้

ธีระพร อุวรรณโณ (2541) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึงความพร้อม หรือแนวโน้มที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด

ยิ่งลักษณ์ ปฏิปทานนท์ (2544) กล่าวว่า เจตคติ หมายถึงความคิด ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีปฏิกิริยาในการชอบ หรือไม่ชอบ หรือเฉย ๆ โดยเกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ และมีผลทำให้บุคคลแสดงออกด้วยท่าที พฤติกรรมที่จะตอบสนองต่อสิ่งนั้นตามความรู้สึกดังกล่าว

Oskamp (1977) กล่าวว่า เจตคติช่วยในการปรับตัว การที่คนเราจะมีเจตคติต่อสิ่งใด ทางใดนั้น ก็เพราะว่าสิ่งนั้นนำเราไปสู่จุดมุ่งหมายบางอย่างได้ ถ้าเราบรรลุถึงจุดมุ่งหมายนั้นได้ เราก็จะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่ถ้าเป็นสิ่งที่กีดขวางต่อจุดมุ่งหมายของเรา เราก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น เจตคติทำให้เราปรับตัวเข้ากับสังคมได้ โดยตัวเองจะปรับตัวกับสิ่งที่ตนเองคาดว่าจะได้รับประโยชน์หรือความพึงพอใจ ในขณะที่จะพยายามปรับตัวออกห่าง หรือหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา

พรพนี ชูทัย (2538) กล่าวว่า เจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ได้รับการปลูกฝัง และสามารถเปลี่ยนแปลงได้มาตั้งแต่วัยทารกจนกระทั่งผู้ใหญ่ และบางอย่างก็พัฒนา เพื่อมาสู่ความมั่นคงในภายหลัง ดังนั้นสรุปได้ว่า เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ และเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมีรากฐานมาจากผลรวมกับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้น ทั้งที่เป็นประสบการณ์ตรงและ

ประสบการณ์อันดี ซึ่งได้รับการถ่ายทอดจากผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ หรือบุคคลสำคัญ เจตคติเป็นสิ่งค่อนข้างถาวร เป็นผลของประสบการณ์ต่าง ๆ ที่สะสมเรื่อยมา ประสบการณ์ใหม่อาจทำให้เจตคติเปลี่ยนแปลงได้ แต่กระบวนการเรียนรู้ของบุคคลจะช่วยให้รักษาเจตคติให้คงเดิมต่อไป ดังนั้นเจตคติที่สะสมมากขึ้น และต่อเนื่องยาวนาน จะไม่ถูกลบล้าง โดยง่ายจากประสบการณ์ใหม่อันเล็กน้อย

ภาวะการสูงอายุนั้น ย่อมมีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุทั้งในทางบวกและทางลบ เนื่องจากการเปลี่ยนระบบการเป็นอยู่ หรือย้ายแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งมีการเกี่ยวข้องกับบทบาทที่เปลี่ยนไป ค่านิยม และความสนใจที่เปลี่ยนไปด้วย จากการเปลี่ยนแปลงระบบความเป็นอยู่นี้เองทำให้การสูงอายุกลายเป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ และจิตใจของผู้สูงอายุ อีกทั้งอาชีพที่ทำนั้นมาซึ่งเป็นรายได้ของครอบครัว การมีงานทำ ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม แต่แต่ละบุคคลจะมีความรู้สึกต่อการทำงานแตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อทัศนคติของบุคคลนั้นที่มีต่อภาวะของการสูงอายุ Long (Long, 1984 อ้างถึงใน พิชญภรณ์ มูลศิลป์ และคณะ, 2536)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการมีอายุเพิ่มมากขึ้น เป็นการแสดงออกทางด้านผลรวมของความโน้มเอียง และความรู้สึก ความมีอคติ ความคิด ต่อบางสิ่งบางอย่าง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอยู่ในจิตใจมาก่อน และการลงความเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับ ความชอบหรือไม่ชอบ หรือเฉย ๆ ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าตรงที่ประสบอยู่ว่ามีความคิดเห็นไปในทิศทางใด โดยสร้างเครื่องมือวัดเจตคติแบบของ Likert (Likert type)

#### 4.3.2 องค์ประกอบของเจตคติ

การที่บุคคลจะมีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นจะต้องมีองค์ประกอบ 3 ประการ ดังนี้ (จุฑาทพร อินทสิทธิ์, 2544; จรรยา จันทรผ่อง, 2537)

1. องค์ประกอบด้านพุทธิปัญญา หรือความคิด (cognitive component) เป็นองค์ประกอบด้านความคิดความเข้าใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ ซึ่งอาจจะเป็นแง่ดีหรือร้าย ถูกหรือผิด ซึ่งองค์ประกอบนี้ขึ้นอยู่กับค่านิยมเกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ ที่บุคคลกำหนดไว้ในใจ จะเกี่ยวข้องกับการจัดประสบการณ์การทางการเรียนรู้ การเข้าใจที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ ความคิดความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ



2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก หรืออารมณ์ (affective component) เป็นลักษณะทางอารมณ์ของบุคคลที่คล้อยตามความคิด ถ้าบุคคลมีความคิดในทางที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น เจตคติจะออกมาในรูปแบบของความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ ซึ่งแสดงออกมาโดยสีหน้า ท่าทาง เมื่อเขาคิดหรือพูดสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavioral action component) เป็นองค์ประกอบด้านความพร้อม หรือความโน้มเอียงที่บุคคลจะกระทำ หรือตอบสนองต่อสิ่งนั้น ๆ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่จะแสดงออกมาในรูปการยอมรับหรือการปฏิเสธ การพร้อมที่จะสนับสนุน ส่งเสริม ช่วยเหลือ การเข้าหาหรือการถอยหนี

แต่ในปัจจุบันนักจิตวิทยาได้ให้แนวคิดถึงองค์ประกอบของเจตคติที่แตกต่างกันไป เช่น แนวคิดของ Fishbein and Ajzen (1975) มีแนวคิดที่ว่า เจตคติมีองค์ประกอบเดียว คือ อารมณ์ความรู้สึกในทางที่ชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลนั้นมีต่อเจตคติ และนิยามยังใช้องค์ประกอบด้านความรู้สึกเป็นคำนิยามของเจตคติด้วย และแนวคิดของ ธีระพร อุวรรณิณ (2530) มีแนวคิดที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในปัจจุบัน คือเห็นว่าเจตคติมีองค์ประกอบด้านความรู้สึก เพียงองค์ประกอบเดียว เพราะว่าการองค์ประกอบด้านปัญญา และพฤติกรรม เป็นตัวแปรหรือมโนทัศน์ที่แยกออกจากเจตคติได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การที่บุคคลจะมีเจตคติต่อสิ่งใดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ หรือความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสิ่งนั้นเป็นพื้นฐาน และมีการแสดงออกทางความรู้สึก หรือการปฏิบัติต่อสิ่งนั้นในทางบวกหรือลบ ซึ่งจะแสดงให้เห็นเจตคติของบุคคลนั้นที่มีต่อสิ่งนั้นอย่างไร

#### 4.3.3 การประเมินเจตคติของผู้สูงอายุ

เจตคติเป็นนามธรรม เป็นการแสดงออกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน ซึ่งเป็นการยากที่จะวัดเจตคติได้โดยตรง แต่จะสามารถวัดทางอ้อมได้ โดยวัดความคิดเห็นของบุคคลเหล่านั้นแทน และใช้ความคิดเห็นเป็นเครื่องชี้วัด หรือเป็นตัวกลางในการวัดเจตคติ การสังเกตเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการศึกษาเจตคติโดยการเฝ้ามองพฤติกรรมและเจตคติที่พฤติกรรมอย่างมีแบบแผน แล้วนำข้อมูลที่สังเกตได้ไปอนุมานว่าบุคคลนั้นมีเจตคติต่อสิ่งนั้นอย่างไร การรายงานตนเองก็เป็นวิธีการศึกษาเจตคติอีกวิธีหนึ่ง คือให้บุคคลเหล่านั้นเล่าความรู้สึกที่มีต่อสิ่งนั้นว่ารู้สึกชอบหรือไม่ชอบ ดีหรือไม่ดี เป็นความรู้สึกนึกคิดที่ออกมาจากประสบการณ์และความสามารถ ลงในแบบวัดเจตคติที่สร้างขึ้น ถวิล ธาราโกชน (2534) กล่าวถึงเหตุผลที่ต้องศึกษาเจตคติ เพราะว่าเจตคติมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อผู้ที่แสดงออกทางพฤติกรรมของความรู้สึกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน ยากที่จะวัดได้โดยตรง

แต่ก็มีการวัดเจตคติทางอ้อม ได้แก่ การวัดจากความคิดเห็น การสังเกตพฤติกรรม และการรายงานตนเองของบุคคลนั้น

เทคนิคที่นิยมใช้วัดเจตคติ มี 3 วิธี ได้แก่

1. Thurstone technique ลักษณะมาตรวัดวิธีนี้ L.L Thurstone and Chave (1929) ได้ร่วมมือกันสร้างโดยยึดหลักที่ว่า คุณลักษณะใด ๆ ในความรู้สึกของคนเรานั้น จะมีตั้งแต่คนที่เห็นด้วยมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด ซึ่งช่วงความรู้สึกนี้จะแบ่งเป็น 11 ช่วงระยะห่างเท่า ๆ กัน
2. Likert technique ลักษณะมาตรวัดวิธีนี้ Renis Likert (1932) ได้สร้างมาตรวัดเจตคติแบบมาตราประมาณค่า โดยการรวมคะแนนทุกข้อ ประกอบด้วยข้อความความคิดเห็นหลาย ๆ ข้อ มีลักษณะทั้งเชิงบวกและเชิงลบ แต่ละข้อมีคุณค่าทางเจตคติ ตามมาตรวัดระดับความต่อเนื่อง เป็น 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนเป็น 1, 2, 3, 4, 5
3. Semantic differential technique เป็นวิธีสังเกตและวัดความหมายมโนคติในด้านจิตวิทยา โดยใช้เทคนิค 3 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบในด้านการประเมินค่า แสดงออกในด้านคุณค่า ได้แก่ ดี-เลว สุข-ทุกข์ สำเร็จ-ล้มเหลว มีค่า-ไร้ค่า เป็นต้น 2) องค์ประกอบในด้านพลังอำนาจ ได้แก่ แข็งแรง-อ่อนแอ หนัก-เบา ใหญ่-เล็ก เป็นต้น 3) องค์ประกอบในด้านกิจกรรม แสดงออกถึงกิริยาอาการ ได้แก่ เร็ว-ช้า ร้อน-เย็น คล่องแคล่ว-เฉื่อยชา เป็นต้น

วิธีการประเมินที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกใช้การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการเกษียณอายุราชการของผู้เกษียณอายุราชการของ สุทธิพันธ์ น้าเพชร (2542) มาใช้โดยมิได้ปรับปรุงใหม่ ซึ่งแบบประเมินนี้ปรับปรุงมาจากแบบประเมินของ ศศิมา ทวีสิน (2538) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของของ Eysenck (1970) เป็นข้อความซึ่งถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดในเรื่องการสูงอายุที่มีผลต่อตัวผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ

#### 4.3.4 เจตคติต่อการสูงอายุและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะสูงอายุ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อผู้สูงอายุ ย่อมมีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่ง Schwartz (จรรยา ทองถาวร, 2530) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงระบบความเป็นอยู่ หรือย้ายแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งมีการเกี่ยวข้องกับบทบาทที่เปลี่ยนไป ค่านิยม และความสนใจที่เปลี่ยนไปด้วย จากการเปลี่ยนแปลงระบบความเป็นอยู่นี้เอง ทำให้การ

สูงอายุมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ และจิตใจของผู้สูงอายุ อีกทั้งอาชีพที่ทำนั้นนำมาซึ่งรายได้ของครอบครัว การมีงานทำ ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ดังนั้นเจตคติเกี่ยวกับการสูงอายุมีความสำคัญมาก อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในงานที่ทำก่อนสูงอายุ และการดำเนินชีวิตก่อนสูงอายุ จะมีการดำรงชีวิตปรับตัวหลังเข้าสู่วัยสูงอายุดี เพราะยอมรับการเข้าสู่วัยสูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) ที่พบว่า ผู้เกษียณอายุราชการที่มีเจตคติต่อการเกษียณอายุราชการดียอมส่งผลให้การปรับตัวภายหลังเกษียณดีกว่าผู้เกษียณอายุราชการที่มีเจตคติต่อการเกษียณอายุราชการไม่ดี และพบว่า เจตคติต่อการเกษียณอายุราชการของผู้เกษียณอายุราชการจังหวัดเพชรบุรีมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปรับตัวภายหลังการเกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

#### 4.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

##### 4.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลในการรับรู้ถึงแหล่งการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในเรื่องต่าง ๆ ของชีวิต เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีความพึงพอใจตามความต้องการของตนเอง จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เขาเชื่อว่ายังมีคนรักและสนใจยกย่องและมองเห็นคุณค่า ตลอดจนมีความรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Cobb (1979) ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลที่จะทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนเชื่อว่า ตนเองได้รับการดูแล เอาใจใส่ ได้รับความรัก ความอบอุ่น มีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมนั้นผู้สูงอายุจะปรารถนาจากบุคคลใกล้ชิดและครอบครัว ในการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุแต่ละคน

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสาร แรงงาน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Jacobson (1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นแหล่งประโยชน์ หรือสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการของบุคคล

Thoits (1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งการสนับสนุนที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเครียดได้ ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Pender (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกของการได้รับการยอมรับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยการได้รับจากกลุ่มคนในสังคม

เหมือนฝัน มณีฉาย (2542) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่คุณคนได้รับการช่วยเหลือระดับประคองจากบุคคลในสังคมด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย การได้รับผูกพันใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า การได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร บริการ และการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

พัชราพร แจ่มแจ้ง (2546) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน จากเครือข่ายทางสังคมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุคคลนั้นเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง และเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

อาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับการช่วยเหลือในด้านความรักใคร่ผูกพัน การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่าในตนเอง การมีโอกาสได้ดูแลและช่วยเหลือผู้อื่น การได้เป็นส่วนหนึ่งในสังคม รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือ หรือ คำแนะนำในด้านต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับจากแหล่งสนับสนุน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้แก้ปัญหา

#### 4.4.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ศึกษาและแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (emotional support) ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าได้รับความรัก การดูแลและเอาใจใส่
2. การได้รับการยอมรับและการมีผู้เห็นคุณค่า (esteem support)

3. การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) ทำให้มีความผูกพัน และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

Schaefer et al. (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจบุคคล
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหา และเป็นข้อมูลป้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (tangible aid) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนด้านสิ่งของ และรวมถึงการช่วยเหลือ หรือการให้บริการ

Thoits (1982) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ
2. การสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์ (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาท หรือหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ
3. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (socioemotional support) เป็นการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลรู้สึก ว่าได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ ยกย่องเห็นคุณค่าและมีความผูกพัน
2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) เป็นการเห็นพ้องการรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน หรือสังคมเดียวกัน
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการให้ข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (instrumental support) เป็นพฤติกรรมทำให้การช่วยเหลือโดยตรงกับบุคคล

Jacobson (1986) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลเคารพยกย่องนับถือ และให้ความรัก รวมทั้งพฤติกรรมอื่น ๆ ที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่และให้ความมั่นคงปลอดภัย
2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา (cognitive support) เป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (materials support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่าง ๆ ที่จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถแก้ปัญหาได้

สรุปได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ หมายถึง ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่าง ๆ ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่น ๆ โดยความช่วยเหลือที่ได้รับนั้น อาจจะมีลักษณะเป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เงิน เสื้อผ้า และการบริการ ในลักษณะนามธรรม เช่น การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การยกย่องเห็นคุณค่า รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่จำเป็นต่าง ๆ รวมถึงการมีโอกาสได้ดูแลและช่วยเหลือผู้อื่น โดยแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมเป็น

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบทั้งหมดของชีวิต โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทและสมอง ซึ่งระบบนี้จะค่อย ๆ เสื่อมทำให้เกิดวิกฤตทางจิตใจและอารมณ์ เช่น มีสภาพจิตใจที่สับสน มีความวิตกกังวลสูง กลัวตาย กลัวภัย กลัวการไม่เท่าเทียมกันกับผู้อื่น รู้สึกสังคมไม่ต้องการตน ซึมเศร้า อารมณ์อ่อนไหวง่าย ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านอารมณ์ มีความต้องการได้รับการตอบสนองด้านความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย (security needs)
2. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของหรือบริการต่างๆ (instrumental support) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคมได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุในรูปแบบ วัตถุประสงค์ของ เวลา เงิน หรือแรงงานเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล และเงินเพื่อการยังชีพ
3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำวิธีการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยและการดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงข่าวสารที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถ

ปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ วัตถุประสงค์ของการเกื้อหนุนทางสังคมด้านข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ คือส่งเสริมให้เกิดความคงอยู่ของการติดต่อทางสังคม เป็นความต้องการที่จะให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและคงปฏิสัมพันธ์กับสังคมไว้เช่นเดิม

4. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) หมายถึง ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การปฏิสัมพันธ์กับสังคม และรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

5. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (esteem support) หมายถึง ได้รับการเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการยอมรับให้แสดงความคิดเห็น

#### 4.4.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อและการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Schaefer et al., 1981) ซึ่งมีการแบ่งแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษาที่ต้องการเน้นขนาดของกลุ่มบุคคล ความใกล้ชิด ลักษณะของความสัมพันธ์ และระยะของความสัมพันธ์

การสนับสนุนทางสังคมจะประกอบด้วยแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม และประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ส่วนในผู้สูงอายุการสนับสนุนทางสังคมแต่ละประเภทจะมีความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงกับเครือข่ายทางสังคมเป็นอย่างมาก

Kaplan (1974) กล่าวว่า แหล่งการสนับสนุนทางสังคมว่า คือ กลุ่มคนที่ให้ข้อมูลป้อนกลับไปยังแต่ละคน เพื่อทำให้ความคาดหวังของแต่ละบุคคลเป็นจริง และให้การช่วยเหลือ ให้การติดต่อสื่อสารของคนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (natural support system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท ได้แก่

1.1 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูกหลาน

1.2 ครอบครัวใกล้ชิด (Kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คนคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (organized support) กลุ่มบุคคลที่มารวมกันเป็นหน่วยเป็นชมรม สมาคม องค์กร ซึ่งไม่ได้จัดตั้งโดยกลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ ได้แก่ สมาคมผู้สูงอายุ สโมสรไลออนส์ องค์กรทางศาสนา สมาคมแพทย์แผนโบราณ สมาคมแม่ข่าย เป็นต้น

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

Pender (1987) แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (natural support system) ได้แก่ ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ ครอบครัวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมสมาชิกในครอบครัวต้องรับรู้ถึงความต้องการของกันและกัน มีการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ นับถือหรือยอมรับความต้องการของส่วนรวม และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2. กลุ่มผู้มีความรู้และประสบการณ์ (peer support system) คนกลุ่มส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ในส่วนที่คล้ายคลึงกับเหตุการณ์ที่เคยประสบมา

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (organized religious support system) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะแลกเปลี่ยน ค่านิยม ความเชื่อ คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา เป็นต้น

4. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (health professional support system) เป็นแหล่งสนับสนุนแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือบุคคล ซึ่งจะมีความสำคัญต่อเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (organized support system not dissected by health professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลาง ที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2541) แบ่งเครือข่ายของผู้สูงอายุ เป็น 5 ประเภท ได้แก่

1. เครือข่ายประเภทครอบครัว ประกอบด้วย บิดามารดาของผู้สูงอายุ พ่อตาแม่ยาย คู่สมรส บุตรสาวบุตรชาย บุตรเขยบุตรสะใภ้ พี่สาวน้องสาว พี่ชายน้องชาย พี่เขยน้องเขย น้องชายหลานชาย หลาน หลานเขย หลานสะใภ้ และเหลน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุ

2. เครือข่ายประเภทเครือญาติ ประกอบด้วย ลุง ป้า อา ลูกพี่ลูกน้อง พี่/น้องของคู่สมรส เขย/สะใภ้ของญาติ หลานของคู่สมรส เครือญาติบางคนอยู่บ้านใกล้กับผู้สูงอายุจึงเป็นเครือข่ายในประเภทเพื่อนบ้านด้วย

3. เครือข่ายประเภทเพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คบหาสมาคมกับคนในวัยเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ



4. เครือข่ายประเภทผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สารวัตร กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการหมู่บ้าน พระ และข้าราชการบำนาญ เป็นต้น

5. เครือข่ายประเภทนักวิชาชีพ ประกอบด้วย ครูอาจารย์ เจ้าหน้าที่ / บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข สัตว์แพทย์ ปศุสัตว์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เกษตรอำเภอ เจ้าพนักงานที่ดิน

#### 4.4.4 ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อสุขภาพโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ (Cohen and Willis, 1985; Thoits, 1987; Wortman, 1984) ช่วยให้บุคคลสามารถปรับแก้ไขความเครียดได้ดีขึ้น ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต (Cohen and Willis, 1985)

นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาของบุคคล เพราะการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นตัวช่วยลดความเครียดต่อสิ่งที่เข้ามาคุกคามชีวิตของบุคคล อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลประเมินสิ่งที่เข้ามาคุกคามนั้นว่ามีความรุนแรงน้อยลง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีการเตรียมการ ในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น (Mc. Nett, 1987)

#### 4.4.5 การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมิน หรือวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดของผู้สร้างเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือที่มีการนำไปใช้บ่อย ๆ ได้แก่

1. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn เรียกว่า Norbeck Social Questionnaire Part Two (NSSQ 2) ซึ่งสร้างโดย Norbeck, Linsey and Carrieri (1981) ใช้วัดการสนับสนุนทางด้านความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ด้านความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล และการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ และแบบประเมินเครือข่ายทางสังคม 20 ข้อ ลักษณะคำถามแบ่งตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .85 - .92

2. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss (1974) เรียกว่า THE Personal Resource Questionnaire Part Two (PRQ 2) ซึ่งสร้างโดย Brandt and Weinert (1981) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น และการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม เครื่องมือนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ และ PRQ 85 : Part 2 ของ Brandt and

Weinert แปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2535) แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .85 - .93

3. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Brown (1986) ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบเครื่องมือ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ แปลเป็นภาษาไทยโดย กาญจนา บุญทับ (2534) แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .89 - .91

4. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (Support Questionnaire: SSQ Part 2) ตามแนวคิดของ Schaefer and Coyne and Lazarus แบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลคำแนะนำ ด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถามรวม 7 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2534) แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .76 - .97

วิธีการประเมินที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกใช้การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ ฌีววรรณ แก้วพรหม (2530) ซึ่งสร้างจากแนวคิดของ Cobb (1976) และ Jacobson (1986) เพื่อวัดเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน เนื้อหาประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการตอบสนองความต้องการการยอมรับยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า

#### 4.4.6 การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาวิจัยพื้นฐานที่คาดว่าน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ภาวะสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีของ Roy (Andrew and Roy, 1999) ผู้วิจัยคาดว่า การสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพไม่มากนักน้อย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดและสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี

Wortman (1984) อธิบายถึงประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะส่งเสริมให้บุคคลเผชิญปัญหา โดยการกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญปัญหาของตนเอง
3. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาของตนเองได้ดีขึ้นจากการได้รับข้อมูลต่าง ๆ จะช่วยทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น
4. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ จะทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาในรูปแบบใหม่ ๆ ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้จักมาก่อน ทำให้บุคคลเผชิญภาวะเครียดได้ดี
5. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ส่งเสริมให้เผชิญภาวะเครียดทางอ้อม โดยกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีพฤติกรรมการปรับตัวที่ดี

Cohen and Wills (1985) ได้ศึกษาผลการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ และความเครียด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และการปรับตัวต่อความเครียด โดยเสนอกลไกการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 2 ลักษณะ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงทำให้บุคคลเกิดอารมณ์มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้เป็นที่ไปในทางที่ดีและถูกต้อง จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการกำหนดหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน และระบบฮอร์โมนในร่างกายของบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีภาวะสุขภาพและความผาสุกดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนน้อยกว่า

2. การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด โดยป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากความเครียดทำให้เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า หดท้อใจปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียด โดย

- 2.1 ช่วยให้ผู้ประสบเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อยลง เพราะการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่า จะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้น มีผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลง

- 2.2 ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดต่อร่างกายโดยตรง ช่วยให้ผู้ประสบเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา มีผลต่อการ

ทำงานของระบบฮอร์โมน ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะเครียดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ การได้ข้อมูลทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการประเมินเหตุการณ์นั้นซ้ำ ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว สนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาด้านการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะในผู้ที่เจ็บป่วยรุนแรง

จากการศึกษาของ Pender (1996: 259) ได้สรุปหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมด้านการส่งเสริมสุขภาพและด้านการป้องกันโรค 3 ประการใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ช่วยการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองและเพิ่มระดับความเป็นอยู่ให้ดี (wellness) โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาการและเจริญเติบโตที่ดี เกิดข้อมูลป้อนกลับ

2. ช่วยดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยส่งเสริมภาวะสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ด้วยการลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต และช่วยจัดเตรียมการตอบสนองในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่คาดการณ์ได้ล่วงหน้า

3. ช่วยป้องกันความเจ็บป่วย โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีวิจารณญาณในการเลือกใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ช่วยให้คนปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายระดับของความเครียด หรืออันตรายที่ประสบอยู่ได้

สรุปการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกว่าจะได้รับความรัก ความสนใจ เอาใจใส่ จากสมาชิกเครือข่ายทางสังคม การเป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพในด้านดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง มีการสูญเสียบทบาททางสังคมและเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐาน คลายความวิตกกังวล มีกำลังใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (ภราดร บุราณสาร, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) ที่พบว่า การได้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ของรัฐและเอกชน ในการส่งเสริมสุขภาพที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าสอดคล้องกับที่ Pender (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และช่วยป้องกันการเจ็บป่วย

## 5. บทบาทของพยาบาลด้านการส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

การส่งเสริมภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการควบคุม ดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อบรรลุสุขภาพะทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการสื่อความหมายของคำว่าสร้างกับเสริม “การสร้าง” คือ การทำขึ้นมาใหม่ และ “การเสริม” คือ การทำเพิ่มขึ้น ที่ทุกฝ่ายทำได้และช่วยกันทำได้ ในขณะที่บางส่วนบางเรื่องต้องรอการ ส่งเสริม จากคนอื่น (อำพล จินดาวัฒน์, 2546) การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นการสร้างเสริมปัจจัยทั้งปวงที่ทำให้มีสุขภาพดี ทั้งทางปัจเจกบุคคล ทางสังคม เศรษฐกิจ ทางสิ่งแวดล้อม และทางนโยบาย ซึ่งเป็นวิถีทางที่ยั่งยืนในการลงทุนด้านสุขภาพ และมีความคุ้มค่าสูง (ประเวศ วะสี, 2540) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ สามารถดำเนินกิจกรรมและหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามศักยภาพมากที่สุด และเมื่อจะตายก็ต้องตายอย่างบุคคลที่มีคุณค่าสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้พื้นฐานด้านความต้องการของมนุษย์ การเจริญเติบโตการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ ความหลากหลายของวัฒนธรรม ศีลธรรมของผู้สูงอายุที่พยาบาลต้องคำนึงถึง รวมทั้งนโยบายของประเทศ และสถานะเศรษฐกิจที่จะเป็นตัวบ่งบอกถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (Meiner, 2000) เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นของพยาบาล ก่อนนให้การดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้พยาบาลต้องมีเจตคติที่ดีในการพยาบาลผู้สูงอายุ เจตคติที่ดีจะนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2542) เจตคติทางลบกับผู้สูงอายุทำให้เกิดการดูแลที่ไม่ครอบคลุม ไม่มีศักยภาพ พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญและสร้างเจตคติใหม่ให้เห็นถึงความแตกต่างของบุคคลวัยสูงอายุ ให้ความสำคัญในการแสวงหาความรู้ และความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องเป็นผู้แสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่องในการให้การพยาบาล เพื่อให้เกิดความรู้ความชำนาญ สามารถพัฒนาให้เกิดองค์ความรู้หลักในการพยาบาลผู้สูงอายุเกิดขึ้น การพยาบาลผู้สูงอายุมุ่งให้เกิดภาวะสุขภาพดี ค้นหา ป้องกันโรค และความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (Ebersole and Hess, 1998) หลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ การช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจ สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นน้อยลง สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2543) และ Lueckenotte (2000) ได้ระบุบทบาทของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. **ด้านการปฏิบัติพยาบาล (nursing practice)** พยาบาลสามารถนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพมาปรับใช้ ช่วยในการประเมิน วิเคราะห์ และนำมาปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้จัดการ ทั้งการให้ความรู้ ทำการประเมินสภาวะร่างกายทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลในส่วนที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพจะเปลี่ยนจากเน้นในโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน ซึ่งประชากรที่อาศัยในชุมชนควรเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก เน้นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันเกี่ยวกับสุขภาพ มุ่งสู่การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค และป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ในการดำเนินการด้านนี้จะประกอบด้วย

1.1 การประเมินร่างกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม ครอบครัว แนวคิด ความเชื่อต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจนำแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ADL, IADL, MMSE แบบประเมินสภาพจิตจุฬา เป็นต้น เข้าร่วมในการประเมิน พยาบาลผู้ประเมินต้องมีทักษะและศิลปะในการสนทนา การสังเกต เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากผู้สูงอายุ ปัจจุบันผู้สูงอายุมีความรู้ ความสามารถในการหาข้อมูล พิจารณาเลือกในสิ่งที่ดี ตัดสินใจ การดูแลสุขภาพ และมุ่งให้เกิดความผาสุก นอกจากนั้น วิไลวรรณ ทองเจริญ (2543) ได้กล่าวถึง กลวิธีในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ (health care education) ผู้สูงอายุนั้น จะต้องเริ่มจากการประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพความรู้ในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเป้าหมายชีวิตซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วม และคำนึงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ ต้องการการจูงใจ การใช้กลุ่มสนับสนุน

1.2 การตั้งวัตถุประสงค์ การลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้อาจมีการจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการ (access to service) เป็นการจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุเป็นโครงการหนึ่งของโรงพยาบาลผู้สูงอายุสามารถใช้บริการได้สะดวกมากขึ้นนอกจากนั้นการจัดบริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้เกิดครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดหรือมีปัญหาเฉพาะ เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัวที่สุดและในชุมชนนั้นพยายามสามารถทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุและชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม และกำหนดเป้าหมายการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่พยายามจะต้องปรับให้เหมาะสมกับความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรมนั้น ๆ หนึ่งในการให้ความรู้ และคำปรึกษาในการส่งเสริมดูแลสุขภาพ ควรเริ่มก่อนมีการเกษียณอายุ และดำเนินไปจนถึงผู้สูงอายุจากไปในช่วงสุดท้ายของชีวิต

1.3 ทำการส่งต่อเมื่อต้องการรักษาที่ต่อเนื่องหรือต้องการรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น พร้อมติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อความพร้อมในการปรับแผนในการดูแลผู้สูงอายุ ในการให้การพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้การดูแลต้องตระหนักถึงความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ

1.4 ประเมินผลการดำเนินงานทั้งบุคคลและชุมชน รวมทั้งองค์ประกอบอื่น ๆ ทั้งปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไปในอนาคต

2. **ด้านการศึกษาพยาบาล** (nursing education) ต้องจัดการเตรียมพยาบาลให้เพียงพอ กับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเช่น เพิ่มจำนวนผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลระดับปริญญาบัณฑิต มหาบัณฑิตและดุซฎิบัณฑิตรวมทั้งการอบรมโปรแกรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุต่าง ๆ และพัฒนา หลักสูตรการเรียนการสอนทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุการฝึกทักษะปฏิบัติการด้านการพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลต้องเป็นผู้เฝ้าหาความรู้พัฒนา บทบาทผู้ปฏิบัติ ดัดแปลง รวบรวมแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ บุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้าร่วมกัน โดยพยาบาลต้องตระหนักถึงการขยายกว้างขึ้นของบทบาทพยาบาลของตนเอง พยายามพัฒนา ทักษะในการดำเนินบทบาทผู้อำนวยความสะดวก ให้ความรู้ด้านสุขภาพให้ดีที่สุด นอกจากนั้น ต้องมีการพัฒนาเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ การเขียนเอกสารจากบุคลากรทั้งในระดับปริญญาโท และเอกเพิ่มขึ้น เพื่อการพัฒนา เผยแพร่ ถ่ายทอด พัฒนาองค์ความรู้ไปอย่างต่อเนื่อง

3. **บทบาทการวิจัยทางการพยาบาล** (nursing research) Lueckenotte (2000) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการศึกษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พบว่ายังขาดองค์ประกอบอีกหลาย อย่าง เช่น ด้านทฤษฎี กรอบแนวคิดที่เป็นของผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการ ให้การดูแลผู้สูงอายุ และในด้านการวิจัยอื่น ๆ อีก ประเด็นการศึกษาวิจัยที่คาดว่าจะยังต้องได้รับการ ศึกษาเพิ่มเติมอีก เช่น ผลของการดูแลผู้ป่วย และสถานพยาบาลต่าง ๆ การสนับสนุนการส่งเสริม สุขภาพ การคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค การเกิดความพิการ การเจ็บป่วยต่าง ๆ แนวทาง การดูแลสุขภาพทางอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรินทร์ สมบัติ (2540) ที่เสนอแนะว่าควรมี การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พฤติกรรมการ ใช้ยา และการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ความรู้ใหม่ที่ได้จะสามารถใช้เป็นพื้นฐานความรู้ใน การศึกษาพยาบาลการดูแลปฏิบัติผู้สูงอายุการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงขึ้น งานวิจัยทางด้านต่าง ๆ เหล่านี้สามารถนำไปสู่ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ สามารถ นำความรู้และผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาเป็นมาตรฐานในการพยาบาล ผู้สูงอายุในแต่ละประเด็นปัญหา และใช้เป็นหลักในการปฏิบัติการพยาบาล (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2543)

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เป็นอย่างมากเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมในทุก ๆ ด้านของสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนแนวคิด ให้ความสำคัญในการดูแลและสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งใน

ครอบครัว ชุมชน และสังคม พร้อมทั้งค้นคว้า ศึกษาความรู้ต่าง ๆ เพิ่มเติม เพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขวัญใจ ต้นดีวัฒนเสถียร (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ อายุ และภาวะเศรษฐกิจกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 200 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 ชุด ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจ และเพศ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจโดยบังเอิญด้านสุขภาพ และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และอายุโดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 57.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

นิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2534) ทำการวิจัยเรื่อง “ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ” โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานด้านเพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน และรายได้กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาความสามารถในการทำนายของตัวแปรเหล่านี้ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของ Orem เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 คน วัดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยแบบวัดของเอเวอร์ และคณะ และวัดภาวะสุขภาพโดยแบบวัดของ Danis ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



มณฑนา เจริญผล (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและปัจจัยบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของ ครอบครัวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน พบว่า ผู้สูงอายุ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างดี และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียดและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

สุพรรณิ นันทชัย (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 100 คน พบว่า ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ การศึกษาและภาวะสุขภาพสามารถทำนายระดับความวิตกกังวลได้ ร้อยละ 46.35 และความวิตกกังวลสามารถทำนายระดับภาวะสุขภาพได้ ร้อยละ 41.91

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลการรับรู้ ภาวะสุขภาพ และการควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน โดยการสุ่มแบบกลุ่ม 4 ขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.1 มีวิถีชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.2 อยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตนเองและความเชื่ออำนาจผู้อื่น เขตที่อยู่อาศัย รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และเพศ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจโดยความบังเอิญ และอายุ ตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ รองลงมาคือ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจโดยความบังเอิญ ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันอธิบายวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ ร้อยละ 38.20

พรวิทย์ อินทรโกเศศ (2536) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยต่าง ๆ โดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อดำรงรักษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย 3 เขต ได้แก่ เขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และชนบทในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 450 คน พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายมีการหย่อนสมรรถภาพของผู้สูงอายุ ทั้ง 3 เขต ไม่แตกต่างกัน โรคประจำตัวของผู้สูงอายุอันดับแรก ทั้ง 3 เขต คือ ปวดข้อ ปวดเมื่อย อันดับ 2 เขตเทศบาล คือ โรคความดันโลหิตสูง ของนอกเขตเทศบาลและในชนบท คือ โรคกระเพาะ ผู้สูงอายุที่อยู่ใน

ชนบทที่มีความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตและนอกเขตเทศบาล การตรวจสุขภาพประจำปีในเขตเทศบาลมีการตรวจ ร้อยละ 31.5 นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 15.1 ในชนบท ร้อยละ 12.2

เพชรรา อินทรพานิช (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมืองจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 170 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไปตรวจร่างกายประจำปีในขณะที่ร่างกายปกติ ด้านการรับประทานอาหารพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ อย่างน้อย 4 มื้อต่อวัน ด้านการจัดการกับความเครียด ส่วนใหญ่ใช้วิธีการสวดมนต์ไหว้พระก่อนนอนทุกคืน

สุดา วิไลเลิศ (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 270 คน พบว่า 1) ผู้สูงอายุพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี 2) พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการนอนหลับ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 26.17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ

วชิราภรณ์ สมุนวงศ์ (2536) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 คน ผลการศึกษพบว่า ความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและค่อนข้างสูง และพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทางลบกับภาวะสุขภาพ และปัญหาที่พบบ่อยในสถานสงเคราะห์คนชรา ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการอยู่ร่วมกัน ความเหงารำเหว่

อรพรรณ อิศราภรณ์ (2536) ทำการวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดพิษณุโลก” โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพิษณุโลก จำนวน 402 คน รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง รวมทั้งการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเป็ยงเบนทางสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 60-69 ปี มี

การศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส โรคที่พบมากคือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ พุติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับดี การดูแลตนเองทั่วไป ในเรื่องการหายใจ การขับถ่ายของเสีย การพักผ่อน การป้องกันอันตรายแก่ชีวิต และการรักษาความเป็นปกติของการดำเนินชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปเรื่องการรับประทานอาหารและน้ำ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การอยู่ตามลำพัง การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ได้ศึกษาระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ และภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีเล็กน้อย การรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง พฤติกรรมการส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยสูงมาก รองลงไปได้แก่การจัดการกับความเครียด ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนค่อนข้างต่ำ ได้แก่ การรับผิดชอบต่อสุขภาพและการออกกำลังกาย ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยเพศชายออกกำลังกายมากกว่าหญิง จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ และการเรียนรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 3 ปัจจัย สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้ร้อยละ 33.5

ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2539) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก และคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อายุ รายได้ สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ ร้อยละ 38.17

ศุภวารินทร์ หันกิตติกุล (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง โดยนำ PRECEDE Framework มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพพร้อมกับดัดแปลงแบบวัดการประเมินวิถีชีวิต และลักษณะนิสัยทางสุขภาพของPender มาใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ เพศ อายุ และสถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบันและสถานภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเอื้อ พบว่า อาชีพ รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว การมีชมรมผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกและการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การไปใช้บริการของโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพ การไปแหล่งพบปะสังสรรค์ประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเสริมคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน และจากบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อการวิเคราะห์การจำแนกพบ พบว่าตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทั้งสามกลุ่มสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รองลงมาได้แก่ อาชีพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากสมาชิกในครอบครัว ญาติ พี่น้องและเพื่อนบ้าน ตามลำดับ

อัปสร รั้งลีปราการ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โดยได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่ม จำนวน 143 คน ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของบุคคล

สุพรรณณี เตรียมวิศิษฐ์ และนาฎยา เอื้องไพโรจน์ (2540) ศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ ในเขตเมืองและเขตชนบทในภาคเหนือตอนบน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.5 พบโรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 26.5 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.5 เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่ากลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้ที่ไม่มีรายได้ ผู้ที่อยู่คนเดียวและผู้ที่อยู่กับญาติ และเมื่อเปรียบเทียบความว่าเหวตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้ที่มีความว่าเหวมากกว่ากลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา และผู้ที่อยู่กับญาติ

สไตล ศรีสอาด (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีชมรมผู้สูงอายุและประสบการณ์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยการรับรู้-ความรู้ พบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่ชักนำไปปฏิบัติ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการวิเคราะห์การจำแนกพบ พบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ประสบการณ์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมีชมรมผู้สูงอายุและดัชนีมวลกาย สามารถทำนายพฤติกรรมโดยรวมทุกพฤติกรรมได้ ร้อยละ 43.1 โดยตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และเมื่อวิเคราะห์รายพฤติกรรม พบว่า ตัวแปรที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราก็ได้ดีที่สุด คือ เพศ โดยตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียดได้ดีที่สุด คือ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการร่วมกิจกรรมทางสังคม และการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพได้ดีที่สุด คือ ประสบการณ์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผานิต อินทร์เจริญศักดิ์ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรและวิถีชีวิตกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 410 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีวิถีชีวิตที่ไม่ดี โดยมีวิถีชีวิตด้านการระวังภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ การบริโภคอาหาร การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนวิถีชีวิตด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ไม่ดี สำหรับสภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีภาวะสุขภาพกายอยู่ในระดับดี ด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และสุขภาพจิตอยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยด้านอายุ รายได้ สถานภาพในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการจัดการกับความเครียด การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เขตที่อยู่อาศัย สถานภาพในครัวเรือน และความเพียงพอของรายได้ สามารถร่วมทำนายสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 26.2

จันทร์พลอย สิ้นสุขเศรษฐ์ (2541) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 220 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 15.9 และร้อยละ 84.1 มีโรคเรื้อรัง โดยโรคที่เป็นมากที่สุดคือ ปวดข้อเข่า ข้อเข่าอักเสบ ร้อยละ 31.4 สำหรับการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าสามารถทำได้เองทุกอย่าง ไม่ต้องมีคนดูแล ร้อยละ 64.1 และพบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เพศ อายุ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และเพศ อายุ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน

วรรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ (2542) ได้ทำการวิจัยเพื่อประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 800 คน เป็นผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร 400 คน และจังหวัดชัยนาท 400 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นเจ้าหน้าที่ของภาครัฐและเอกชน จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุโดยวิธีการสัมภาษณ์ และจากเจ้าหน้าที่โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพต่ำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดการรับมือกับโรคสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพในครอบครัว ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว การเข้าถึงและการใช้สถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสังคมและครอบครัว เจ้าหน้าที่ของรัฐและเอกชน รวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการดำเนินการของเจ้าหน้าที่พบว่า ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณน้อย เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ และเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

ทศพร คำผลศิริ และคณะ (2542) ได้ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหาข้อเสื่อม 11 ราย มีไขมันในเส้นเลือดสูง 29 ราย มีความดันโลหิตสูง 20 ราย แต่ละกลุ่มจะได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นไปตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นตามปัญหาของกลุ่มโรค เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ควรเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการ สำหรับผู้ที่มีปัญหาโรคเฉพาะ การจัดกลุ่มไม่เกิน 30 คน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ผู้นำกลุ่มควรเป็นบุคคลากรในทีมสุขภาพ ระยะเวลาในการ

จัดควรทำอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 5 ครั้งหรือ 4 สัปดาห์ เทคนิคในการจัดอบรมควรใช้หลายรูปแบบ และให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการส่งเสริมแรงจูงใจซึ่งกันและกัน และพบว่า แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี และแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และรายด้านที่สูงขึ้น ได้แก่ ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน ด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ

เพียงใจ ระฆังทอง (2542) ศึกษาปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร โดยการใช้แบบสอบถาม ผู้สูงอายุจำนวน 384 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตในระดับต่ำ ร้อยละ 73.9 ด้านภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.3 ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.3 ส่วนด้านสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.5 ในเรื่องสถานะทางเศรษฐกิจ ด้านสภาพที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.3 และพบว่า ภาวะสุขภาพด้านสังคมมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ด้านการอยู่อาศัย ตามลำดับ

เพลินพิศ สุวานิวัฒนานนท์ (2542) ศึกษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และที่มีปัญหาสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีสุขภาพดีให้ความหมายของสุขภาพดี 2 อย่างคือ 1) เป็นภาวะความสมดุลของร่างกายและจิตใจสามารถพบได้ในทุก ๆ คนที่สุขภาพดีหรือเจ็บป่วย โดยมีอาการดังนี้ ไม่ได้เจ็บไข้ได้ป่วย สีหน้าท่าทางดี สบายใจ สบายกาย นอนหลับ อารมณ์ไม่ตี ไม่เครียด ไม่กังวล 2) เป็นความสามารถในการทำกิจวัตรและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้ให้ข้อมูลที่มีปัญหาสุขภาพให้ความหมายของสุขภาพดีคือ การไม่มีโรคประจำตัว และคิดว่าตนเองไม่สามารถจะไปถึงสุขภาพดีได้

พุกเมษา หมั่นคำแสน (2542) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ภาวะสุขภาพกายอยู่ในระดับต่ำ สุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

อยู่ในระดับค่อนข้างดี การใช้เวลาในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ยังมีการกิจกรรมทั้งที่ทำให้ออกแรง มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพัฒนาจิตใจ/เชาว์ปัญญา

สุทินันท์ น้ำเพชร (2542) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 220 คน พบว่า ผู้เกษียณอายุราชการส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.5 มีการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวภายหลังเกษียณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าร่วม ได้แก่ ระดับตำแหน่งก่อนเกษียณอายุราชการ รายได้ การเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการ และปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าแฝง ได้แก่ เจตคติต่อการเกษียณอายุราชการ บุคลิกภาพของผู้เกษียณอายุราชการ นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการปรับตัวภายหลังเกษียณ คือปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าแฝง (เจตคติต่อการเกษียณอายุราชการ) ปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าร่วม (การเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการ) ปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าแฝง (บุคลิกภาพของผู้เกษียณอายุราชการ) และปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าร่วม (การเตรียมตัวก่อนเกษียณด้านการมีส่วนร่วมในสังคม) โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนการปรับตัวภายหลังเกษียณ ได้ร้อยละ 47.40

กัญญา ชื่นอรมณ (2543) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 400 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้าน 1) การศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม 2) อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 3) อายุ การศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย 4) อายุ และการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 5) การศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความเจริญทางจิตวิญญาณ 6) การศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด 7) อายุ เพศ สถานภาพสมรส และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร

ประภา ล้อมประสูติ และคณะ (2543) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 762 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสูง โดยภาวะสุขภาพทางกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ทางจิต ทางสังคมและจิตวิญญาณส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการมี



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 42.1 และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม กับการผาสูกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้ตามลำดับคือ สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม โดยปัจจัย 3 ด้าน สามารถทำนายความผาสูกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ได้ ร้อยละ 58

ไพจิตรา ล้อสกุลทอง (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่ศูนย์ปฏิบัติครอบครัววรรณคร จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 140 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ภาวะสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดวงรัตน์ แซ่เตี่ยว (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภราดร บุราณสาร (2546) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 300 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเชื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และปัจจัยนำ ปัจจัยเชื้อ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ อายุ และการเข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 42.6

สุมิตรา สิริสิริมานะ (2546) ศึกษาประสบการณ์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยพบว่าผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจผ่านการรับรู้ของบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม แล้วจึงให้ความหมายของสุขภาพดีว่า ร่างกายจิตใจทำหน้าที่แตกต่างกัน แต่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการผสมผสานความสมดุลของด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ เป็นภาวะสุขภาพดีตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เกิดองค์รวมแห่งสุขภาพ เช่น สุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วย ไม่เมื่อย ไม่กังวลในเรื่องต่าง ๆ ครอบครัวมีความสุข ลูกหลานเป็นคนดี

ปาริชาติ ญาตินิยม (2547) ศึกษาลักษณะภาวะพุดมพลัง กรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียงโดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา พบว่า ลักษณะภาวะพุดมพลังกรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียงประกอบด้วย 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การไม่ยุ่งนึ่งทำกิจกรรมตลอดเวลา คือ การที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่เราชอบในยามว่าง 2) การมีสุขภาพที่ดี คือ การที่ผู้สูงอายุ สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ ได้อย่างเหมาะสมกับวัย 3) การมีความมั่นคงในชีวิต คือ การที่ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจ ปลอดภัย มีความรู้สึกแน่นอนถึงปัจจัยต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ซึ่งได้แก่ รายได้ ที่อยู่อาศัย และผู้ดูแล

Cohen and Wills (1985) ได้ศึกษาผลการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ และความเครียด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และการปรับตัวต่อความเครียด โดยเสนอกลไกการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 2 ลักษณะ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรง ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้เป็นที่ไปในทางที่ดีและถูกต้อง จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการกำหนดหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน และระบบฮอร์โมนในร่างกายของบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีภาวะสุขภาพและความผาสุกดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนน้อยกว่า

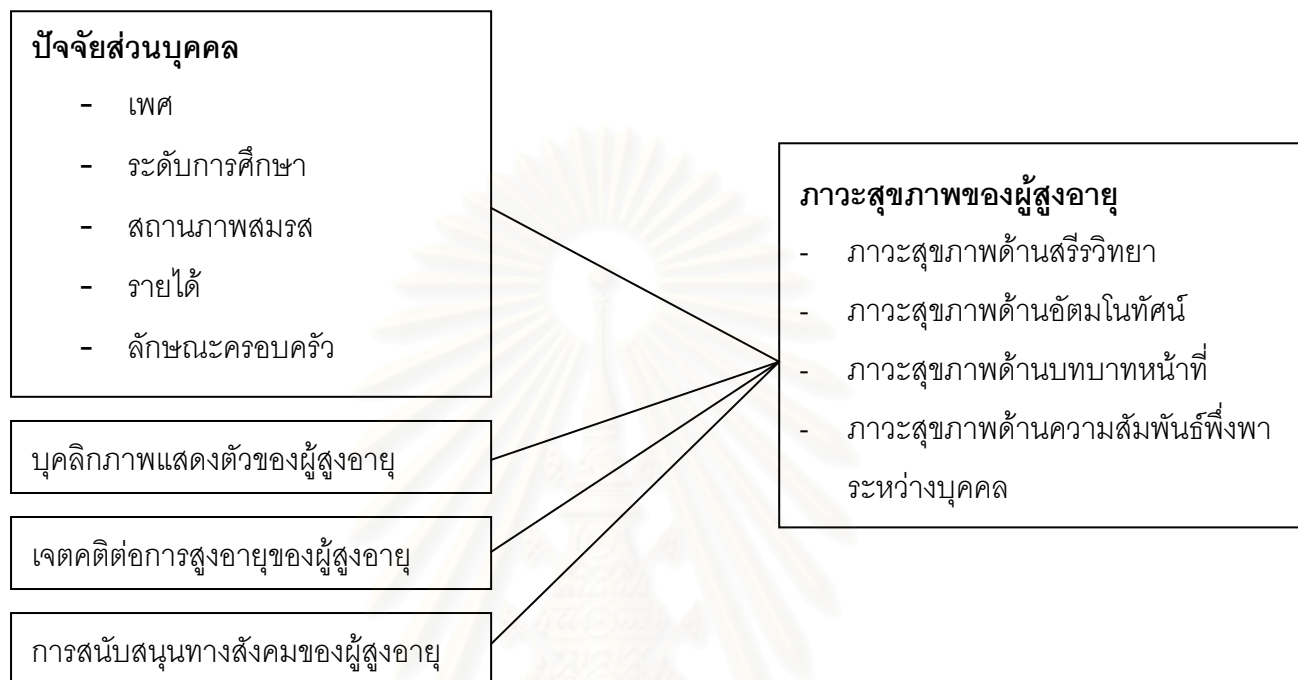
2. การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด โดยป้องกันไม่ให้เกิดบุคคลเกิดความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เนื่องจากความเครียดทำให้เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า หดท้อทางแก้ไขปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียด โดย

- 2.1 ช่วยให้ผู้ประสบเหตุการณที่เกิดขึ้นว่า ไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อยลง เพราะการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่าจะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้น มีผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือ หรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลง

2.2 ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดต่อร่างกายโดยตรง ช่วยให้บุคคลมีการแก้ปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา มีผลต่อการทำงานของระบบฮอร์โมน ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะเครียดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ การได้ข้อมูลทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการประเมินเหตุการณ์นั้นซ้ำ ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว สนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาด้านการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะในผู้ที่เจ็บป่วยรุนแรง

House (2001) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านสังคมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนำปัจจัยด้านเพศ รายได้ ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความเครียด จากการศึกษพบว่า ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลดีต่อสุขภาพทางจิตตามมา ส่วนในด้านความเครียดและการเผชิญความเครียด พบว่าการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง ที่อยู่ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน อย่างน้อย 1 ปีและปัจจุบันยังอาศัยอยู่ โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1. มีสภาพการรับรู้ เป็นปกติ จากการซักถามพูดคุย สามารถตอบได้รู้เรื่อง สามารถสื่อสารพูดหรือเขียน และเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี
2. มีความสมัครใจ และยินดีที่จะให้ความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูล
3. มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการให้ข้อมูล โดยให้ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเอง
4. อยู่ในพื้นที่มาอย่างน้อย 1 ปี

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N \geq 10K + 50$$

โดย N หมายถึง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

K หมายถึง จำนวนตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรที่นำมาศึกษา 9 ตัวแปร ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ควรมีอย่างน้อย 140 คน

2. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** สุ่มเลือกจังหวัดในภาคใต้ตอนบน โดยการสุ่มอย่างง่าย ได้ 3 จังหวัด จาก 7 จังหวัด ได้แก่ กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี โดยจับฉลากแบบไม่คืนที่ ซึ่งจังหวัดที่ได้ คือ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี

**ขั้นตอนที่ 2** สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ เลือกผู้สูงอายุในเขตเทศบาลจากรายชื่อของเทศบาลเมืองของแต่ละจังหวัด ตามสัดส่วนของขนาดประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 คน

**ตารางที่ 1** จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเทศบาลแต่ละจังหวัด

จังหวัด	จำนวนประชากร ผู้สูงอายุ	กลุ่มตัวอย่าง	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชุมพร	3,762	46	47.17
ระนอง	1,610	20	14.35
สุราษฎร์ธานี	5,849	74	52.12
รวม	11,221	140	100.00

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะครอบครัว

2. แบบสอบถามลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามบุคลิกภาพของผู้เกษียณอายุของผู้เกษียณอายุราชการของ สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) มาใช้โดยมิได้ปรับปรุงใหม่ ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้แปลและปรับปรุงมาจากแบบวัดบุคลิกภาพปรับตัว-แสดงตัวของ Eysenck (1970) มีระดับการวัดเป็นช่วง (interval scale) เป็นข้อความซึ่งถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ตรงกับความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่แสดงออกด้านบุคลิกภาพ ของผู้สูงอายุที่ทำเป็นประจำเกี่ยวกับการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ในแง่ของแรงกระตุ้นในตนเอง และความสามารถทางสังคม ซึ่งสุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) ได้ทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .51

ลักษณะแบบสอบถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก (positive) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15 คำถามเชิงลบ (negative) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 7, 8, 10, 16, 17 ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เลือกตอบเพียงคำถามเดียว มีเกณฑ์การตอบดังนี้

<b>เป็นจริงมากที่สุด</b>	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก นึกคิดหรือการแสดงออกของ ผู้สูงอายุมากที่สุด
<b>เป็นจริงมาก</b>	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก นึกคิดหรือการแสดงออกของ ผู้สูงอายุมาก
<b>เป็นจริงปานกลาง</b>	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก นึกคิดหรือการแสดงออกของ ผู้สูงอายุในระดับปานกลาง หรือไม่แน่ใจ
<b>เป็นจริงน้อย</b>	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก นึกคิดหรือการแสดงออกของ ผู้สูงอายุเล็กน้อย
<b>ไม่จริงเลย</b>	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก นึกคิดหรือการแสดงออกของ ผู้สูงอายุ

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

	คะแนน (เชิงบวก)	คะแนน (เชิงลบ)
<b>เป็นจริงมากที่สุด</b>	5 คะแนน	1 คะแนน
<b>เป็นจริงมาก</b>	4 คะแนน	2 คะแนน
<b>เป็นจริงปานกลาง</b>	3 คะแนน	3 คะแนน
<b>เป็นจริงน้อย</b>	2 คะแนน	4 คะแนน
<b>ไม่จริงเลย</b>	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน ในการตอบแบบสัมภาษณ์ 17 ข้อ ระดับคะแนน 1 – 5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 17 – 85 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูง จัดว่ามีบุคลิกภาพแบบแสดงตัวมาก

3. แบบสอบถามเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เจตคติต่อการเกษียณอายุราชการของผู้เกษียณอายุราชการของ สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) มาใช้โดยมิได้ปรับปรุงใหม่ ซึ่งแบบประเมินนี้ปรับปรุงมาจากแบบประเมินของ ศศิมา ทวีสิน (2538) ซึ่งสร้างขึ้นจาก

แนวคิดของของ Thurstone (1996) เป็นข้อความซึ่งถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดในเรื่องการสูงอายุที่มีผลต่อตัวผู้สูงอายุ ซึ่ง สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) ได้ทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .69

ลักษณะแบบสอบถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก (positive) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 6, 7, 9, 10 คำถามเชิงลบ (negative) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 8, 11 มีเกณฑ์การตอบดังนี้

<b>เห็นด้วยอย่างยิ่ง</b>	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด
<b>เห็นด้วยมาก</b>	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นส่วนมาก
<b>เห็นด้วยปานกลาง</b>	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเพียงครึ่งหนึ่ง
<b>เห็นด้วยเล็กน้อย</b>	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเล็กน้อย
<b>ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง</b>	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเลย

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

	คะแนน (เชิงบวก)	คะแนน (เชิงลบ)
<b>เห็นด้วยอย่างยิ่ง</b>	5 คะแนน	1 คะแนน
<b>เห็นด้วยมาก</b>	4 คะแนน	2 คะแนน
<b>เห็นด้วยปานกลาง</b>	3 คะแนน	3 คะแนน
<b>เห็นด้วยเล็กน้อย</b>	2 คะแนน	4 คะแนน
<b>ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง</b>	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน ตามระดับเจตคติต่อการสูงอายุ โดยประยุกต์ใช้แบบวัดการประเมินตามเกณฑ์ของ เสรี ลาสาโรจน์ (2535) ซึ่งแบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลผล
46 - 55 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	เจตคติต่อการสูงอายุอยู่ในระดับดี
37 - 45 (ร้อยละ 60 - 79)	เจตคติต่อการสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง
11 - 36 (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	เจตคติต่อการสูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด



การสนับสนุนทางสังคมของ ฌีวธรรม แก้วพรหม (2530) ที่สร้างจากแนวคิดของ Cobb (1976) และ Jacobson (1986) เพื่อวัดเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน ซึ่ง สุณี สุวรรณพสุ (2544) ได้ทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 เนื้อหาประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** ข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน 34 ข้อ ดังนี้ ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ 6 ข้อ ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 8 ข้อ ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 10 ข้อ ด้านการตอบสนองความต้องการการยกย่องมีผู้เห็นคุณค่า 8 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้นำปรับใหม่ ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ 8 ข้อ ลดลง 2 ข้อ
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของหรือบริการ 5 ข้อ ลดลง 1 ข้อ
3. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ เท่าเดิม
4. การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยกย่องเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4 ข้อ ลดลง 4 ข้อ
5. การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า 4 ข้อ ลดลง 4 ข้อ

ที่ต้องปรับข้อคำถามเนื่องจาก เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะสังคมในปัจจุบัน

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ในแต่ละข้อคำถามมีตัวเลือก 3 ระดับ โดยกำหนดเลือกคำตอบในแต่ละข้อได้เพียงคำตอบเดียว ตามระดับดังนี้

**มาก** หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ตามความต้องการได้มาก หรือทุกครั้ง  
**ปานกลาง** หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ตามความต้องการได้ปานกลางหรือส่วนใหญ่  
**น้อย** หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ตามความต้องการได้น้อย หรือเป็นบางครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

ถ้าเลือกตอบ	<b>มาก</b>	ได้	3	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	<b>ปานกลาง</b>	ได้	2	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	<b>น้อย</b>	ได้	1	คะแนน

การแปลผลคะแนน ตามระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์ใช้แบบวัดการประเมิน ตามเกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต (2538) ซึ่งแบ่งการประเมินเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลผล
2.50 – 3.00 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก
1.50 – 2.49 (ร้อยละ 60 - 79)	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
1.00 – 2.49 (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ เป็นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งบุคคล ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน เจ้าหน้าที่ โดยผู้สูงอายุ สามารถเลือกตอบแหล่งให้การสนับสนุนทางสังคมมากกว่า 1 แหล่ง มีจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ส่วนนี้จะแสดงผลเป็นร้อยละของแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ เป็นรายด้าน โดยไม่ได้นำข้อมูลส่วนนี้มาใช้ในการหาความสัมพันธ์

**5. แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ** โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมินการปรับตัวหลังการเกษียณอายุของ สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) เพื่อประเมินการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งสร้างขึ้นเองและดัดแปลง มาจากแบบสอบถามการปรับตัวของของ ทศนีย์ เกริกกุลธร (2536) ซึ่งสร้างจากแนวคิดการปรับตัวของ Roy (The Roy Adaptation Model, 1991) ในส่วนที่ 5.1 คือข้อคำถามเกี่ยวกับอาการหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และความรู้สึกของผู้เกษียณอายุราชการ ในด้านการปรับตัวตามความต้องการของร่างกาย และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานและควบคุมการทำงานของร่างกาย และส่วนที่ 5.2 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในด้านอัตมโนทัศน์ (ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง) ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน โดยเกณฑ์การประเมิน ใช้แบบวัดการประเมินวิถีชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพของ Pender (1987) ที่ตอบสนองด้านความรู้สึกและการปฏิบัติของผู้เกษียณอายุราชการ รวมแล้วประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 56 ข้อ โดยประกอบด้วย โครงสร้างเนื้อหาการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านความต้องการของร่างกาย ทั้งหมด 15 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์ 16 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ 14 ข้อ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน 11 ข้อ ซึ่ง สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) ได้ทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 โดยผู้วิจัยได้นำมาปรับเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และช่วงเวลาในการวิจัย ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบอธิบายคำตอบ และให้ผู้สูงอายุเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่งที่ตรงกับใจของผู้สูงอายุที่สุด แบบสอบถามที่

ปรับปรุงแล้ว เป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามภาวะสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยา ประกอบด้วยประโยคคำถามเกี่ยวกับอาการพฤติกรรม และความรู้สึกของผู้สูงอายุ ในด้านการปรับตัวตามความต้องการของร่างกายและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานและควบคุมการทำงานของร่างกาย ได้แก่ ออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การป้องกัน การรับความรู้สึก น้ำและเกลือแร่ การทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ โดยจะมีคำอธิบาย มีจำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงเป็นคำตอบแบบอธิบายรายละเอียดคำตอบของคำถามแต่ละข้อไว้ 4 ระดับ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจข้อคำถามได้มากยิ่งขึ้น เกณฑ์การให้คะแนน เป็น 4, 3, 2, 1 คะแนนเต็ม 52 คะแนน เนื่องจากการแบ่งเป็น 5 ระดับ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเลือกได้มักเลือกตอบข้อปานกลาง ซึ่งข้อมูลที่ได้รับอาจไม่ใช่ข้อมูลที่แท้จริง

การแปลผลคะแนนภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยา ดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลผล
39-52 (ร้อยละ 75 ขึ้นไป)	ภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยาอยู่ในระดับดี
29-38 (ร้อยละ 55-75)	ภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยาอยู่ในระดับปานกลาง
13-28 (ต่ำกว่าร้อยละ 55)	ภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยาอยู่ในระดับไม่ดี

ภาวะสุขภาพด้านด้านอัตมโนทัศน์ ประกอบด้วยประโยคคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และความรู้สึกของผู้สูงอายุในด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเองทางด้านร่างกายและความสามารถในการทำหน้าที่ รวมถึง ความเชื่อด้านศีลธรรมจรรยา ความคาดหวังที่ตนมีและความสำนึกในคุณค่าของตนเอง และการรับรู้ถึงความรู้สึกที่บุคคลอื่นมีต่อตนเอง มีจำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เป็น 4, 3, 2, 1 คะแนนเต็ม 52 คะแนน

การแปลผลคะแนนภาวะสุขภาพด้านอัตมโนทัศน์ ดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลผล
39 - 52 (ร้อยละ 75 ขึ้นไป)	ภาวะสุขภาพด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดี
29 - 38 (ร้อยละ 55 -75)	ภาวะสุขภาพด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับปานกลาง
13 - 8 (ต่ำกว่าร้อยละ 55)	ภาวะสุขภาพด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับไม่ดี

ภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วยประโยคคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ได้กระทำและรู้สึกถึงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง ไว้ในบทบาทของตน และบทบาทของตนที่มีต่อครอบครัวและสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานภาพและบทบาทภายหลังเข้าสู่วัยสูงอายุ มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เป็น 4, 3, 2, 1 คะแนนเต็ม 32 คะแนน

การแปลผลคะแนนภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่ ดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลผล
24 - 32 (ร้อยละ 75 ขึ้นไป)	ภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับดี
18 - 23 (ร้อยละ 55 – 75)	ภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง
8 – 17 (ต่ำกว่าร้อยละ 55)	ภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับไม่ดี

ภาวะสุขภาพด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ประกอบด้วยประโยคคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และความรู้สึกของผู้สูงอายุ ในด้านการมีสัมพันธภาพที่ดี การให้และรับความรัก ความห่วงใย การช่วยเหลือ เอาใจใส่ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น กับพึ่งพาผู้อื่นด้านสุขภาพและกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้ผู้อื่นได้พึ่งพาตนเองได้ รวมถึงให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และมีการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นกิจกรรมที่ตนไม่สามารถทำได้ มีจำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เป็น 4, 3, 2, 1 คะแนนเต็ม 16 คะแนน

การแปลผลคะแนนภาวะสุขภาพด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน ดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลผล
12 - 16 (ร้อยละ 75 ขึ้นไป)	ภาวะสุขภาพด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันอยู่ในระดับดี
9 - 11 (ร้อยละ 55 – 75)	ภาวะสุขภาพด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันอยู่ในระดับปานกลาง
4 – 8 (ต่ำกว่าร้อยละ 55)	ภาวะสุขภาพด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันอยู่ในระดับไม่ดี

การแปลผลคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน มีข้อคำถาม 38 ข้อ มีคะแนนรวม 152 คะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน	การแปลผล
114 -152 (ร้อยละ 75 ขึ้นไป)	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี
85 - 113 (ร้อยละ 55 – 75)	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง
38 - 84 (ต่ำกว่าร้อยละ 55)	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และหาค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ 3) แบบสอบถามลักษณะบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ 5) แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) และแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นจากแบบประเมินการปรับตัวหลังการเกษียณอายุของ สุทธิพันธ์ น้ำเพชร (2542) โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้ว พร้อมด้วยคำจำกัดความ ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- 1.1 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน
- 1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีการพยาบาล เรื่องทฤษฎีการปรับตัวของ Roy จำนวน 2 ท่าน
- 1.3 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุ และเคยทำวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณ จำนวน 1 ท่าน
- 1.4 พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน

โดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 คือ ยอมรับ 4 ใน 5 ท่านของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบแล้ว ได้รวบรวมข้อเสนอแนะปรับปรุงในเรื่องความ

ชัดเจนของภาษาของข้อคำถาม โดยผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยไม่ทำให้โครงสร้าง หรือเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการวัดในแต่ละเรื่องนั้นมีความ ขาดหายไป และเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความชัดเจน ถูกต้อง มีความเหมาะสมด้าน ภาษา ความครบถ้วนของข้อคำถามอีกครั้งก่อนนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยง ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อคำถาม 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะครอบครัว ไม่มีข้อปรับปรุง

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ ข้อคำถาม 11 ข้อ ไม่มีข้อที่ต้อง ปรับปรุง

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ ข้อคำถาม 17 ข้อ ไม่มีข้อที่ต้อง ปรับปรุง

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 37 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 10 ข้อ
ปรับรวมเป็นข้อเดียวกัน	จำนวน 8 ข้อ
เพิ่มข้อคำถามใหม่	จำนวน 2 ข้อ
ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก	จำนวน 2 ข้อ
รวมข้อคำถามปรับปรุงแล้ว	จำนวน 26 ข้อ

ข้อคำถามที่เพิ่มเติมใหม่ ได้แก่ ข้อ 7. ในวาระสำคัญทางศาสนา ท่านมีโอกาสได้ไปทำบุญ ทำทานในศาสนาที่ยึดถือศรัทธา ข้อ 8. ท่านมีบุตรหลาน พุดคุยเรื่องที่ท่านนับถือศรัทธา

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### ด้านสรีรวิทยา

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 15 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 8 ข้อ
ปรับรวมเป็นข้อเดียวกัน	จำนวน 2 ข้อ
ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก	จำนวน 1 ข้อ
รวมข้อคำถามปรับปรุงแล้ว	จำนวน 13 ข้อ

### ด้านอัตมโนทัศน์

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 16 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 4 ข้อ
ปรับรวมเป็นข้อเดียวกัน	จำนวน 4 ข้อ
เพิ่มข้อคำถามใหม่	จำนวน 4 ข้อ
ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก	จำนวน 5 ข้อ
รวมข้อคำถามปรับปรุงแล้ว	จำนวน 12 ข้อ

ข้อคำถามที่เพิ่มเติมใหม่ ได้แก่ ข้อ 20. ท่านคิดว่าการดำเนินชีวิตของท่านสอดคล้องกับหลักคำสอนของศาสนาที่ท่านนับถือมากน้อยเพียงใด ข้อ 21. ท่านสามารถกำหนดแนวทางการดำเนินชีวิตในอนาคตตามความต้องการของตนเองได้ ข้อ 23. ท่านรู้สึกว่าคุณค่า และมีประโยชน์เทียบเท่ากับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ข้อ 24. ท่านคิดว่า สมาชิกในครอบครัวรู้สึกอย่างไรกับสภาพการสูงอายุของท่าน

### ด้านบทบาทหน้าที่

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 14 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 4 ข้อ
ปรับรวมเป็นข้อเดียวกัน	จำนวน 2 ข้อ
เพิ่มข้อคำถามใหม่	จำนวน 3 ข้อ
ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก	จำนวน 8 ข้อ
รวมข้อคำถามปรับปรุงแล้ว	จำนวน 8 ข้อ

ข้อคำถามที่เพิ่มเติมใหม่ ได้แก่ ข้อ 28. ท่านมีการเพิ่มเติม เรียนรู้ที่จะปรับตนเองเข้ากับสิ่งใหม่ ๆ ในสังคม ข้อ 29. ท่านพร้อมที่จะใช้สิ่งอำนวยความสะดวกใหม่ ๆ เช่น โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ ข้อ 30. การตัดสินใจแก้ปัญหาของท่าน จะมีข้อเท็จจริงมาร่วมพิจารณาตัดสินใจเสมอ

### ด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน

ข้อคำถามเดิม	จำนวน 11 ข้อ
ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา	จำนวน 1 ข้อ
ปรับรวมเป็นข้อเดียวกัน	จำนวน 2 ข้อ
ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก	จำนวน 5 ข้อ
รวมข้อคำถามปรับปรุงแล้ว	จำนวน 5 ข้อ

## 2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ซึ่งผ่านการแก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้ (try out) ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอปะทิว จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 4 มีนาคม 2549 ถึงวันที่ 12 มีนาคม 2549 และนำข้อมูลที่ได้มาหาความเที่ยง ด้วยวิธีการคำนวณ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 11 (Statistical package for Social Science) ได้ค่าความเที่ยงดังตารางที่ 2 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ที่ยอมรับว่า เครื่องมือมีความเที่ยงที่ดีควรมีค่ามากกว่า .70 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544) และวิเคราะห์ข้อคำถามเป็นรายข้อ (item analysis) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (item-total correlation) โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาความสอดคล้องกับข้อคำถามอื่นที่จับคู่ควรอยู่ระหว่าง .2 - .8 จึงจะถือว่าข้อคำถามนั้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ ถ้าข้อคำถามใดมีค่าความสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม ต่ำกว่า .2 ควรปรับปรุงหรือตัดทิ้ง และถ้าข้อคำถามใดมีค่าความสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม มากกว่า .9 ควรพิจารณาความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามอื่น (ฉัตรศิริปิยะพิมลสิทธิ์, 2544) จากการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ มีค่าความสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม ต่ำกว่า .2 อยู่ 4 ข้อ แบบสอบถามเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ มีค่าความสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม ต่ำกว่า .2 อยู่ 3 ข้อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ มีค่าความสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม อยู่ระหว่าง .43 - .89 ดังเสนอไว้ในภาคผนวก จึงคงข้อคำถามเดิมไว้ แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม อยู่ระหว่าง .35 - .82 ดังเสนอไว้ในภาคผนวก จึงคงข้อคำถามเดิมไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำผลการวิเคราะห์ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และได้ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษาของข้อคำถามของแบบสอบถามบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 7, 8, 11 และแบบสอบถามเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 11 โดยที่ไม่ทำให้แนวคิดที่ใช้ในการวิจัยเปลี่ยนแปลง หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริง



ตารางที่ 2 แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง (N=30)	ค่าความเที่ยง (N=140)
แบบสอบถามบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ	.80	.80
แบบสอบถามเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ	.81	.86
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ	.96	.94
แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	.88	.90

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

**ระยะเตรียมการ** ประกอบด้วย การเตรียมแหล่งที่จะศึกษา ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลชุมพร เขตอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลระนอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นหลักในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง
2. หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาลแล้ว จึงได้ติดต่อและขอเข้าพบหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย และเพื่อขอการอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี ชุมพร ระนอง และประสานงานกับพยาบาลผู้รับผิดชอบกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ช่วยเหลือในการแนะนำพื้นที่ และพาไปเก็บรวบรวมข้อมูล ตามบ้านผู้สูงอายุที่สุ่มรายชื่อได้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตจังหวัดชุมพรในระหว่างวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 17.00 – 19.00 น. เก็บข้อมูลจังหวัดระนอง และสุราษฎร์ธานีในวันเสาร์และอาทิตย์ เวลา 9.00 – 17.00 น. ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2549 ถึง วันที่ 14 พฤษภาคม 2549 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 8 สัปดาห์

### ตารางที่ 3 รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล

วัน/เดือน/ปี	จังหวัด	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (N=140)
20 มีนาคม 2549-24 มีนาคม 2549	ชุมพร	9
25 มีนาคม 2549-26 มีนาคม 2549	ระนอง	11
27 มีนาคม 2549-29 มีนาคม 2549	ชุมพร	6
3 เมษายน 2549-7 เมษายน 2549	ชุมพร	12
8 เมษายน 2549-9 เมษายน 2549	สุราษฎร์ธานี	12
13 เมษายน 2549-16 เมษายน 2549	สุราษฎร์ธานี	21
7 เมษายน 2549-21 เมษายน 2549	ชุมพร	9
22 เมษายน 2549-23 เมษายน 2549	ระนอง	9
24 เมษายน 2549-28 เมษายน 2549	ชุมพร	10
29 เมษายน 2549-30 เมษายน 2549	สุราษฎร์ธานี	14
5 พฤษภาคม 2549-7 พฤษภาคม 2549	สุราษฎร์ธานี	15
12 พฤษภาคม 2549-14 พฤษภาคม 2549	สุราษฎร์ธานี	12

#### ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ และตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์โดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ และประโยชน์จากการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ให้ช่วยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ และผู้วิจัยอ่านข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อให้ผู้สูงอายุฟัง และให้เลือกตอบ พร้อมกับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้องและเป็นจริง ซึ่งใช้เวลาคนละประมาณ 30 – 45 นาที และทำการสัมภาษณ์จนกระทั่งครบจำนวน 140 คน

3. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ รวมทั้งหมด 140 ชุด และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่พึงพอใจหรือต้องการที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก็สามารถออกจากการศึกษาได้ โดยไม่ต้องรอให้มีการดำเนินการวิจัยสิ้นสุดลงและไม่ต้องบอกเหตุผล อธิบายว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริง การนำเสนอผลในการศึกษาวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดออกจากการเข้าร่วมการวิจัย และไม่เกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ และตรวจสอบความถูกต้องแล้ว มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 11 (Statistical package for Social Science for window version 11) แยกวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพ ลักษณะครอบครัว โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนอายุ รายได้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การศึกษาลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัว เจตคติต่อการสูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งระดับจากคะแนน หรือค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน
3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ Contingency coefficient
4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากการทดสอบ โดยใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov พบว่าการกระจายของรายได้กับภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุไม่เป็นโค้งปกติ การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับภาวะสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับแบบ Spearman (Spearman's rank - order correlation coefficient)

5. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแสดงตัว เจตคติต่อการสูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's product - moment correlation coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าระหว่าง $\pm .70 - \pm .90$	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าระหว่าง $\pm .30 - \pm .69$	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าระหว่าง $\pm .29$ และต่ำกว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายความว่า ตัวแปรทั้ง 2 มีลักษณะเพิ่ม หรือลดตามกัน แต่ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายความว่า ตัวแปรทั้ง 2 มีลักษณะเพิ่ม หรือลดตรงข้ามกัน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่อย่างน้อย 1 ปี และปัจจุบันยังอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระนอง และชุมพร จำนวน 140 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในตารางที่ 4 และตารางที่ 5

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในตารางที่ 6

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ข้อมูล บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ และเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในตารางที่ 7

**ตอนที่ 4** ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในตารางที่ 8

**ตอนที่ 5** ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในตารางที่ 9

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน จำแนกตามอายุ เพศ และระดับการศึกษา (N =140)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=140)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	80	57.10
ชาย	60	42.90
อายุ ( $\bar{X} = 70.09$ , S.D.= 7.30, Range = 60 - 93)		
60 - 69 ปี	75	53.57
70 - 79 ปี	50	35.71
80 ปี ขึ้นไป	15	10.72
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	16	11.43
ประถมศึกษา	74	52.86
มัธยมศึกษา/ปวช.	26	18.57
อนุปริญญา/ปวส.	9	6.43
ปริญญาตรี	12	8.57
ปริญญาโท	3	2.14

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ที่ศึกษา มีจำนวน 140 คน ส่วนใหญ่มากเป็นเพศหญิง 80 คน คิดเป็นร้อยละ 57.10 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.57 และอายุเฉลี่ย 70.09 ปี และการศึกษาจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 52.86

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน จำแนกตาม รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว (N=140)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=140)	ร้อยละ
รายได้ (Mode = 0, Median = 3,000, Range = 0 - 40,000 , S.D. = 7,988.82)		
ไม่มีรายได้	34	24.28
1 - 5,000 บาท	61	43.57
5,000 - 10,000 บาท	16	11.43
10,000 - 15,000 บาท	6	4.29
15,000 - 20,000 บาท	17	12.14
20,000 บาท ขึ้นไป	6	4.29
สถานภาพสมรส		
โสด	3	2.14
คู่	91	65.00
หม้าย/หย่า/แยก	46	32.86
ลักษณะครอบครัว		
อยู่คนเดียว	8	5.71
ครอบครัวเดี่ยว	60	42.86
ครอบครัวขยาย	72	51.43

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ที่ศึกษา มีผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 24.28 และมีผู้สูงอายุส่วนมากรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1 - 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.57 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.00 ส่วนมากอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 51.43

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

ตารางที่ 6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้านของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน (N =140)

ภาวะสุขภาพรายด้าน	จำนวนข้อคำถาม (ข้อ)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านสรีรวิทยา	13	42.30	5.60	ดี
ด้านอัตมโนทัศน์	13	43.43	4.81	ดี
ด้านบทบาทหน้าที่	8	24.96	4.43	ดี
ด้านการพึ่งพา อาศัยระหว่างกัน	5	13.74	1.49	ดี
โดยรวม	39	124.42	13.86	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่า ภาวะสุขภาพโดยรวม และหลายด้านของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบนโดยรวม อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 124.42$ ) ซึ่งจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าภาวะสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านสรีรวิทยา อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 42.30$ ) ด้านอัตมโนทัศน์ อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 43.43$ ) ด้านบทบาทหน้าที่ อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 24.96$ ) และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 13.74$ )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุและเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน จำแนกตามลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุและเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ (N =140)

ตัวแปร	จำนวน (N =140)	ร้อยละ
บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ	( $\bar{X}$ = 48.03, S.D. = 7.93)	
เจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ	( $\bar{X}$ = 37.35, S.D. = 5.76)	
ดี	25	17.86
ปานกลาง	85	60.71
ไม่ดี	30	21.43

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว ( $\bar{X}$  = 48.03, S.D. = 7.93) และพบว่า ส่วนมากมีเจตคติต่อการสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.71 รองลงมาคือ มีเจตคติต่อการสูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 21.43 และระดับดี คิดเป็นร้อยละ 17.86 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้  
ตอนบน

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ จำแนกตามรายด้านของการสนับสนุนทางสังคม และร้อยละของแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน (N =140)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับ	ร้อยละของแหล่งการสนับสนุนทางสังคม				
		บุตร	คู่สมรส	ญาติ	เพื่อน	เจ้าหน้าที่
ด้านอารมณ์ ( $\bar{X} = 3.27$ , S.D.= .50)	มาก	64.19	32.15	22.75	17.97	21.43
ด้านสิ่งของหรือบริการ ( $\bar{X} = 3.23$ , S.D.= .60)	มาก	69.28	34.71	17.86	10.23	3.90
ด้านการได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า ( $\bar{X} = 3.23$ , S.D.= .54)	มาก	57.13	29.64	38.29	30.71	5.53
ด้านข้อมูลข่าวสาร ( $\bar{X} = 3.06$ , S.D.= .59)	ปานกลาง	43.71	23.32	22.14	35.42	11.11
ด้านการได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ( $\bar{X} = 3.04$ , S.D.= .76)	ปานกลาง	47.81	26.25	25.00	39.99	6.79
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ( $\bar{X} = 3.30$ , S.D.= 4.93)	มาก					

จากตารางที่ 8 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.30$ ) และจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.27$ ) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางด้านสิ่งของหรือบริการ และด้านการได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับมากที่สุดเท่ากัน ( $\bar{X} = 3.23$ ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.06$  และ  $3.04$  ตามลำดับ)

และพบว่า แหล่งการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรมากที่สุด โดยได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ร้อยละ 32.15 ด้านสิ่งของหรือบริการ ร้อยละ 69.28 ด้านข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 43.71 ด้านการได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 47.81 และด้านการได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า ร้อยละ 57.13

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

ตารางที่ 10 สถิติแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ	ระดับความสัมพันธ์	p-value
ข้อมูลส่วนบุคคล		
เพศ	.51 <sup>(1)</sup>	.52
ระดับการศึกษา	.78 <sup>(1)</sup>	.07
สถานภาพสมรส	.10 <sup>(1)</sup>	.23
รายได้	.66 <sup>(2)</sup>	.26
ลักษณะครอบครัว	.66 <sup>(1)</sup>	.28
บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ	.20 <sup>(3)</sup>	.015*
เจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ	.30 <sup>(3)</sup>	.001*
การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ	.62 <sup>(3)</sup>	.001*

\*  $p < .05$

(1) Contingency coefficient

(2) Spearman correlation

(3) Pearson correlation

จากตารางที่ 10 พบว่า เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ส่วนลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .20$ ) เจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .30$ ) การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .62$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) แบบศึกษาความสัมพันธ์ (correlational study) มุ่งศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ในรายด้าน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะครอบครัว บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ เจตคติต่อการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน จำนวน 140 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง ภาคใต้ตอนบน โดยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1. มีสภาพการรับรู้ เป็นปกติ จากการซักถามพูดคุย สามารถตอบได้รู้เรื่อง สามารถสื่อสารพูดหรือเขียน และเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี
2. มีความสมัครใจ และยินดีที่จะให้ความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูล
3. มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการให้ข้อมูล โดยให้ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเอง
4. อยู่อาศัยในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ผู้สูงอายุในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มี 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ
- ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ จำนวน 11 ข้อ
- ส่วนที่ 3** แบบสอบถามลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ จำนวน 17 ข้อ
- ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ
- ส่วนที่ 5** แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 39 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจาก จำนวน 5 ท่าน และทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยไม่ทำให้โครงสร้าง หรือเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการวัดในแต่ละเรื่องนั้นมีความขาดหายไป และเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อความคำถามอีกครั้งก่อนนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยง หลังจากนั้นนำไปทดสอบใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอปะทิว จำนวน 30 คน และนำแบบสอบถามมาทดสอบหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach ด้วยการใส่โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 11 โดยได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ .80, .81, .96, .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตจังหวัดชุมพร ระนอง และสุราษฎร์ธานี ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2549 ถึง วันที่ 7 พฤษภาคม 2549 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 7 สัปดาห์ ซึ่งใช้เวลาคนละประมาณ 30 - 45 นาที จนกระทั่ง ครบจำนวน 140 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 11 กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งระดับจากคะแนน หรือค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ การแปลผลคะแนน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Contingency coefficient สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman และสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 140 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.10 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.57 และมีอายุเฉลี่ย 70.09 ปี

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.86 มีผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 24.28 และมีผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1 - 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.57 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 65 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 51.43 และครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 48.67 ซึ่งมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.71

2. ลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุและเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบแสดงตัว ( $\bar{X} = 48.03$ , S.D. = 7.93) และพบว่า ส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.72

3. การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ถ้าจำแนกเป็นรายด้าน

การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.27$ ) ซึ่งแหล่งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรมากที่สุด รองลงมาคือ คู่สมรส ญาติ เพื่อน และเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ

การสนับสนุนทางด้านสิ่งของหรือบริการ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.23$ ) ซึ่งแหล่งการสนับสนุนทางด้านสิ่งของหรือบริการ ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรมากที่สุด รองลงมาคือ คู่สมรส ญาติ เพื่อน และเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ

การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.06$ ) ซึ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากบุตรมากที่สุด รองลงมาคือ เพื่อน ญาติ คู่สมรส และเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ

การสนับสนุนทางการได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.04$ ) ซึ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรมากที่สุด รองลงมาคือ เพื่อน ญาติ คู่สมรส และเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ

การสนับสนุนทางการได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.23$ ) ซึ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรมากที่สุด รองลงมาคือ คู่สมรส ญาติ เพื่อน และเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ

4. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบนโดยรวมอยู่ในระดับดี และจำแนกเป็นรายด้านได้ดังนี้ ภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยาอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 42.30$ ) ภาวะสุขภาพด้านอึดมโนทัศน์อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 43.43$ ) ภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 24.96$ ) และภาวะสุขภาพด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 13.74$ )

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะครอบครัว ลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ เจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

5.2 ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

5.3 สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

5.4 รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

5.5 ลักษณะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

5.6 ลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .204$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6

5.7 เจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .299$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7

5.8 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .622$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8

### การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ว่า

#### 1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 124.42$ , S.D. = 13.86) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาพบว่า มีลักษณะเช่นเดียวกับผู้สูงอายุในสังคมเมืองของไทย คือผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60 – 69 ปี อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ถึงร้อยละ 53.57 ที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ (McConnell, 1988) ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้นี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลเอาใจ

ใส่สุขภาพตนเองได้ดี (นิรนาท วิทยโชคกิตติคุณ, 2534) ซึ่งทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 65.00 ซึ่งคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทยโชคกิตติคุณ (2534) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ เนื่องจากคู่สมรสทำให้มีความผูกพันใกล้ชิด เป็นเพื่อนพูดคุย ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อีกส่วนหนึ่งที่ยังประกอบอาชีพมักทำสวน หรือค้าขาย อยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 51.43 ที่ประกอบด้วย คู่สมรส บุตร หลาน ซึ่ง พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ (2523) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัว จะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว และมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ประกอบกับผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตร ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีบุตรเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุดในทุก ๆ ด้าน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่บุคลิกภาพแสดงตัว ซึ่งมีผลสำคัญต่อความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพอใจในชีวิตได้ และมีเจตคติต่อการสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.71 การมีระบบเกื้อหนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ จะส่งเสริมการเจริญเติบโต และการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย และการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นกันชน หรือเบาะรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิต การตอบรับทางอารมณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยลดการเจ็บป่วยและเป็นการป้องกันโรค (นัยนา อินธิโชติ, 2545) ซึ่งส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณณี เตรียมวิศิษฐ์ และนาฎยา เอื้องไพโรจน์ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบทในภาคเหนือตอนบน มีภาวะสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.8 และผานิต อินเจริญศักดิ์ (2541) ที่พบว่า สถานภาพสุขภาพผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง

ภาวะสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน พบว่า ด้านสรีรวิทยา ด้าน อัจฉริยะ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน อยู่ในระดับมาก

**ด้านสรีรวิทยา** พบว่าผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน มีภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยา อยู่ในระดับดี (ดูตารางที่ 6 หน้า 112) อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษานี้ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 60 – 69 ปี อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ถึงร้อยละ 53.57 ที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ (McConnell, 1988) ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้นี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองได้ดี (นิรนาท วิทยโชคกิตติคุณ, 2534) ซึ่งทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง นอกจากนี้ การศึกษาของ นิรนาท วิทยโชคกิตติคุณ (2534) ยังพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความ



สามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ สอดคล้องกับที่ สุন্নทา คุ่มเพชร (2545) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกายมีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.00 ซึ่งทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าสถานภาพสมรสเดี่ยว เนื่องจากคู่สมรสย่อมมีความใกล้ชิดสนิทสนม รักใคร่ ผูกพันเข้าใจกัน และพึ่งพากันเป็นพื้นฐาน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ดังที่ จันทร์พลอย สิ้นสุขเศรษฐี (2541) ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 51.43 ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวจำนวนมาก จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่ กำลังใจจากคนใกล้ชิด ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาสูง ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งจากการศึกษาด้านสรีรวิทยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 3 มื้อตรงตามเวลา รับประทานผักหรือผลไม้สดหรือผลไม้แห้งอย่างน้อย 2 มื้อทุกวัน รับประทานโปรตีนตามเกณฑ์อายุทุกวัน ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 - 8 แก้ว มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เช่น เดินเร็ว ฝึกจักรยาน รำมวยจีน ไทเก๊ก วាយน้ำ เต็นแอโรบิค โยคะ เป็นต้น อย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์ มีการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเป็นปกติ สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ในเวลากลางคืน ได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี มีการรับรู้ความรู้สึกเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การรับกลิ่นและรส ตามปกติของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงถึงว่าภาวะสุขภาพด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ผานิต อินทร์เจริญศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาวิถีชีวิตกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพทางกายในระดับดี ร้อยละ 89.3 และการศึกษาของประภา ลิ้มประสูติ และคณะ (2543) พบว่าภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลกส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และเพียงใจ ระฆังทอง (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร มีภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับสูง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (2542) ที่ศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ในระดับต่ำ

**ด้านอัตรามโนทัศน์** พบว่าผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน มีภาวะสุขภาพด้านอัตรามโนทัศน์อยู่ในระดับดี (ดูตารางที่ 6 หน้า 112) อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีบุคลิกภาพแสดงตัว คือเป็นบุคคลที่มีความสามารถทางสังคม มีความคล่องแคล่ว กระตือรือร้น เข้ากับคนอื่นได้ง่าย ยอมรับประสบการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ และมีความมั่นคงในอารมณ์ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่มีลักษณะบุคลิกภาพนี้จะยอมรับสถานภาพที่เปลี่ยนไป และจะมีความเครียดน้อย

รวมทั้งมีความพอใจในชีวิตสูงเมื่ออายุมากขึ้น (สุทินันท์ น้ำเพชร, 2542) ซึ่งส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการสูงอายุนี้อายุระดับปานกลาง ร้อยละ 65.72 เมื่อพิจารณาพบว่าผู้ที่มีเจตคติต่อการสูงอายุดีก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นไปได้ดี พร้อมต่อบทบาทใหม่ในการปรับตัว (สุทินันท์ น้ำเพชร, 2542) ซึ่งส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี ประกอบกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณค่าความรู้สึกรู้สึกภูมิใจในตนเองและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการยอมรับและความพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง เพราะถ้าหากบุคคลมีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในด้านดีจะทำให้มีความเชื่อมั่นและรู้สึกตนเองมีคุณค่า (Andrews and Roy, 1991) ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองอ่อนแอลงกว่าก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังที่ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 95.8 มีความเห็นว่าคุณภาพตัวเองแก่แล้ว แต่ยอมรับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เข้าใจถึงการเสื่อมของสังขาร ประกอบกับผู้สูงอายุที่ศึกษาเชื่อในเรื่องการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งมีอิทธิพลมาจากการนับถือศาสนาพุทธ ยังใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมทางศาสนา โดยการไปทำบุญที่วัด ถวายอาหารพระ ฟังเทศน์ อ่านหนังสือธรรมะ ช่วยงานบุญต่าง ๆ และวิถีการดำเนินชีวิตของคนไทย ทำให้เกิดการยอมรับและปรับตัวได้เหมาะสม ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ทองอยู่ แก้วไทรธะ (จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2539) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า กิจกรรมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่นอกจากเฝ้าบ้านแล้วคือ การทำบุญที่วัด ซึ่งพบว่า การได้ทำบุญเป็นความสุขอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพด้านอัตมโนทัศน์เหมาะสมจะเข้าวัด ฟังธรรม ทำบุญยึดมั่นในการปฏิบัติตนให้อยู่ในกรอบศีลธรรม มีความสงบ สอดคล้องกับ ปานจิต เครือ่งกำแหง (2541) ศึกษาในผู้สูงอายุ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกภูมิใจในตนเองและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแม้ว่าจะเกษียณไปแล้ว ซึ่งแสดงถึงการมีอัตมโนทัศน์เหมาะสม และการศึกษาของสุกัญญา โรจน์ประเสริฐ (2541) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี พบว่าภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุค่อนข้างดี และการศึกษาของ เพียงใจ ระฆังทอง (2542) ที่ศึกษาวิถีชีวิตผู้สูงอายุในเขตมินบุรี กรุงเทพมหานคร พบว่า ภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.3 แตกต่างกับการศึกษาของ ผานิต อินทร์เจริญศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาวิถีชีวิตกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับไม่ดี

**ด้านบทบาทหน้าที่** พบว่าผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน มีภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับดี (ดูตารางที่ 6 หน้า 112) อธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพด้านนี้เป็นการตอบสนองทางด้านสังคมของบุคคลซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม ทำให้เกิดความสมดุลและมั่นคงทางด้านจิตสังคมของบุคคลในสังคม ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี บทบาท

เกิดขึ้นจากการที่เราอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติ บทบาทเป็นความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมที่บุคคลต้องแสดงต่ออีกบุคคลหนึ่งเมื่อดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง เป็นพฤติกรรมที่มีการกระทำและความรู้สึกในบทบาทนั้น (Roy, 1999) ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถในการดำรงบทบาทเดิมในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม การที่บุคคลมีภาวะสุขภาพด้านบทบาทหน้าที่ที่ดีได้จากการที่บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมกับการคาดหวังที่มีต่อบทบาทที่ดำรงอยู่ (Roy, 1988) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.71 ซึ่งผู้ที่มีเจตคติต่อการสูงอายุดีก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นไปได้ดี พร้อมต่อบทบาทใหม่ในการปรับตัว (สุทธิพันธ์ น้ำเพชร, 2542) และอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 51.43 ซึ่งมีบุตรหลานอยู่ด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน มีความรู้สึกยินดี ที่มีโอกาสเสนอความคิดเห็นให้คำแนะนำแก่คนในครอบครัว รวมทั้งรู้สึกพอใจที่ตนเองสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองที่มีต่อครอบครัว ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว และการได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับครอบครัวและสังคม ซึ่งสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว เนื่องจากคนที่อยู่โดยรอบ หรือผู้ใกล้ชิด โดยเฉพาะครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจและปลอบใจ ทำให้ฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ (นัยนา อินธิโชติ, 2545) การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นดี การไม่ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว การได้พูดคุยกับผู้อื่นทั้งในบ้านและนอกบ้าน ทำให้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างเพื่อนบ้านด้วยกัน (ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่บุคลิกภาพแสดงตัว ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพอใจในชีวิตได้ มีการเรียนรู้เพิ่มเติมที่จะปรับตนเองเข้ากับสิ่งใหม่ ๆ ในสังคม พร้อมทั้งจะใช้เทคโนโลยีใหม่ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ ซึ่งแสดงถึงภาวะสุขภาพที่ดีทางด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ อิศราภรณ์ (2536) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าพฤติกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และภราดร นุราณสาร (2546) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน และผานิต อินทร์เจริญศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาพบว่าการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสภาวะสุขภาพ และไพจิตร ล้อสกุลทอง (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่ศูนย์ปฏิบัติครอบครัววนคร จังหวัดน่าน พบว่า ภาวะสุขภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

**ด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน** พบว่าผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน มีภาวะสุขภาพด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันอยู่ในระดับดี (ดูตารางที่ 6 หน้า 112) อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้ มีสุขภาพที่แข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้รู้สึกว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองไม่เป็นภาระของใคร เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ สามารถดูแลตนเองได้ มีการพึ่งพาตนเองที่เหมาะสม มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น เป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้ เนื่องจากการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าสามารถทำได้ทุกอย่าง ไม่ต้องมีคนดูแล ร้อยละ 64.1 ซึ่งภาวะสุขภาพด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันนี้ ผู้สูงอายุต้องมีการเกี่ยวข้อง และมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันอย่างเหมาะสม (Roy, 1988) และอาจเนื่องจากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับผู้อื่น และกล้าออกปากขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่รู้สึกว่าตนเองเอาเปรียบและถูกผู้อื่นเอาเปรียบ ไม่รู้สึกหงุดหงิด เป็นกันเอง และสามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น รู้สึกว่าได้รับการยกย่องไว้วางใจ และความจริงใจจากผู้อื่น และไม่รู้สึกแตกต่างจากผู้อื่น (ผานิต อินทร์เจริญศักดิ์, 2541) ประกอบกับการมีบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ และเจตคติต่อการสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.71 ผู้ที่มีเจตคติต่อการสูงอายุดีก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นไปได้ดีพร้อมต่อบทบาทใหม่ในการปรับตัว (สุทธินันท์ น้ำเพชร, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณ บุญไทย (2539) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ในเขตกรุงเทพมหานคร ประารถนาที่จะทำตนให้เป็นประโยชน์ตามศักยภาพที่มีอยู่โดยเฉพาะกับบุตรหลานของตน และการศึกษาของ จรินทร์ สมภู (2542) ที่ศึกษาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เกษียณราชการพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 ได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมในการทำประโยชน์เพื่อชุมชน และเป็นผู้ที่ให้การพึ่งพามากกว่า ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ ระฆังทอง (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3 และจันทรพลอย สิ้นสุขเศรษฐ์ (2541) ที่ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี และผานิต อินทร์เจริญศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพด้านสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมืองภาคใต้ตอนบน

ปัจจัยคัดสรรที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะครอบครัว บุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ เจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

**เพศ** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน อภิปรายว่า ในอดีตเพศชายเป็นผู้ถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ปกป้องคุ้มครองภรรยาและบุตร มีหน้าที่เลี้ยงดูครอบครัว เพศหญิงเป็นแม่บ้าน ทำหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยในบ้าน ปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป ถึงแม้เพศชายจะมีโอกาสทางการศึกษา การคบหาสมาคมกับผู้อื่นเมื่อประกอบอาชีพได้มากกว่า แต่ปัจจุบันผู้หญิงมีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมผู้ชาย ได้รับการยกย่องจากสังคมไม่แตกต่างกัน และเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีเครือข่ายทางสังคมที่ใหญ่กว่า และมีพฤติกรรมการแสดงตัวมากกว่า ซึ่งจะสามารถให้และรับการสนับสนุนทางสังคมได้ดีกว่าเพศชาย (ศรีนทรา น้อยสุข, 2545) จึงทำให้การดำเนินชีวิตของเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน จึงทำให้โอกาสของการมีภาวะสุขภาพเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์พลอย สิ้นสุขเศรษฐ์ (2540) สุพรรณิ เตரியวิเศษ และนาฎยา เอื้องไพโรจน์ (2540) ผานิต อินทร์เจริญศักดิ์ (2541) และ House et. al. (1994) ศึกษาในผู้สูงอายุพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ วรณี ชัชวาลทิพากร (2543) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ซึ่งทำให้ภาวะสุขภาพดีกว่าเพศชาย เนื่องจากการศึกษาของ ประภา ลิ้มประสูติ และคณะ (2543) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

**ระดับการศึกษา** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน โดยทั่วไปการศึกษาเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงพื้นฐานความรู้ของบุคคล ความรู้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของกระบวนการรู้คิดเพื่อประเมินสถานการณ์ โดยความรู้จะช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจถึงสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะที่ควรจะเป็น (Jalowiec and Power, 1984) การศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ มีผลต่อการรับรู้ การแปล การวิเคราะห์ปัญหา และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ผู้ที่มีการศึกษาจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล รู้จักซักถามปัญหาต่าง ๆ ตลอดจนรู้จักการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่า โดยเฉพาะผู้ที่มีการศึกษาสูง มักมีแนวทางที่จะเลือกดำเนินชีวิตได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (ศศิมา ทวีสิน, 2538) และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะเข้าใจถึงปรากฏการณ์รอบตัว เข้าใจสังคม พัฒนาความคิด ทักษะคิด เรียนรู้และเข้าใจข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่า และสามารถปฏิบัติการส่งเสริมภาวะสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่การศึกษาน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภาวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพในระดับสูงด้วย และการศึกษาของ สุพรรณิ นันทชัย (2534) ที่พบว่า การศึกษามีผลต่อภาวะสุขภาพ คือผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่าจะมีภาวะสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า

จากการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน ระดับการศึกษาสูงหรือต่ำไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.86 และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 11.43 เพราะการศึกษาที่กล่าวเป็นเพียงการรับรองคุณวุฒิ ซึ่งในผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตมากกว่า 60 ปี ได้ใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์ ความคิดพิจารณาถึงเหตุผลและนำมาพัฒนาความรู้ให้กับตนเองได้ และเนื่องการดำเนินชีวิตของประชากรสูงอายุในภาคใต้ตอนบน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.57 มีบุคลิกภาพแสดงตัว มีเจตคติต่อการสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.71 อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน เป็นลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 51.43 มีบุตรหลานเลี้ยงดู เอาใจใส่ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติกิจกรรมของตน ทำให้ไม่มีเด็กร้อนในการดำเนินชีวิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับรู้ว่า บุตรและคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากบุตรด้านอารมณ์ ร้อยละ 32.15 ด้านการได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า ร้อยละ 57.13 และด้านสิ่งของและบริการ ด้านสิ่งของหรือบริการ ร้อยละ 69.28 อยู่ในระดับสูงซึ่งมีส่วนสำคัญสนับสนุนให้มีภาวะสุขภาพดี และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในภาคใต้ใช้เวลาว่างในการพักผ่อน นั่งเล่น ใ้บ้าน ดูโทรทัศน์ คุยกับเพื่อนบ้าน อ่านหนังสือพิมพ์ หนังสือธรรมะ และช่วยในกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ของครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2544) สอดคล้องกับที่ วรรณภา กุมารจันทร์ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.86 ซึ่งทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยได้มากขึ้นจากการชมโทรทัศน์ อ่านหนังสือพิมพ์ทำให้ค้นหาข้อมูลได้ มีการแสวงหาบริการด้านสุขภาพอนามัยดี การได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่า ก็สามารถสนใจหาความรู้และเพิ่มพูนปัญญาของตนได้ และการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงในกลุ่มต่าง ๆ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และปัจจุบันมีเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยมากขึ้น ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขกระจายความรู้ และรัฐบาลมีนโยบายเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง และกระตุ้นออกมาในสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ วารสารหนังสือ และผู้นำชุมชน ซึ่งการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ หรือคำแนะนำจะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ (Caplan, 1984 cite in Jacobson, 1986) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่าก็สามารถมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ผานิต อินเจริญศักดิ์ (2541) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

**สถานภาพสมรส** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน สถานภาพสมรสเป็นลักษณะประชากรที่มีความสำคัญ สามารถบ่งบอกถึงประสบการณ์ในการดำรงชีวิตของครอบครัว อีกทั้งกำหนดบทบาทและสถานภาพทางสังคมของบุคคล สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากความผูกพันลึกซึ้งระหว่างผู้สูงอายุกับคู่สมรส จะคอยช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกันทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย คอยให้กำลังใจและช่วยสนับสนุนการทำกิจกรรม (ชุตติกาญจน์ ฉัตรรุ่ง และคณะ, 2546) แต่ในผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน อยู่ในครอบครัวที่มีบุตรซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมหลัก ของการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ทางด้านอารมณ์ ร้อยละ 32.15 ด้านสิ่งของหรือบริการ ร้อยละ 69.28 ด้านข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 43.71 ด้านการได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 47.81 และด้านการได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า ร้อยละ 57.13 ซึ่งผู้ที่อยู่ในครอบครัวแบบนี้จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาบุตรที่อาศัยอยู่ร่วมกันได้ทุก ๆ เรื่อง (ศศิพัฒน์ ยอดยอดเพชร และคณะ, 2544) และยังมีหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนคอยดูแลเอาใจใส่ ส่วนเพื่อนบ้านนั้นผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาได้ทุกเรื่อง เช่น การนำส่งโรงพยาบาลเมื่อป่วยหนัก การยกของหนัก ช่วยซ่อมแซมบ้าน การไปมาหาสู่และการให้กำลังใจ เป็นต้น (สถิตย์ นิยมญาติ, 2539) ทำให้ถึงแม้มีสถานภาพสมรสคู่ ใสดหมาย หย่า หรือแยก จึงไม่มีความเดือดร้อนในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับ จันทรพลอย สิ้นสุข เศรษฐ์ (2540) และผานิต อินทร์เจริญศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิติกุล (2539) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ใสดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่น และนิรนาท วิทย์ไชยศิริคุณ (2534) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกัญญา ชื่นอารมณ์ และคณะ (2543) ที่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและความรับผิดชอบต่อสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่น ซึ่ง ประภา ลิ้มประสูติ และคณะ (2543) และไพจิตรา ล้อสกุลทอง (2545) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

**รายได้** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน รายได้เป็นปัจจัยที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และความมั่นคงทางฐานะทางสังคม (Eliopoulos, 1993) เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล เช่น ที่พักอาศัย การบริโภคอาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาล

และส่งเสริมการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องการ เช่น การทำบุญ ทัศนศึกษา เป็นต้น สามารถช่วยเหลือครอบครัว และสังคม ทำให้เกิดความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต มีความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545) และรายได้สามารถเอื้อต่อการเลือกที่จะมีวิถีชีวิตที่พึงประสงค์ได้ด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ (ผานิต อินทร์เจริญศักดิ์, 2541) แต่เนื่องจากผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน มีการศึกษาค่อนข้างน้อย และไม่มีรายได้เป็นส่วนมาก แต่เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้อยู่ในครอบครัวที่มีคู่สมรส บุตรหลาน และญาติพี่น้องดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุไม่วิตกกังวลเรื่องรายได้ และมีเจตคติต่อการสูงอายุปานกลาง และผู้สูงอายุ ร้อยละ 70 ระบุว่าบุตรเป็นแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน เมื่อต้องการ ทำให้ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ไม่เดือดร้อน และจากระบบบริการสุขภาพภาครัฐในปัจจุบัน มีโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นกรให้ความช่วยเหลือประชากรทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ทั้งผู้สูงอายุที่มีรายได้เป็นของตนเองและไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ไม่ต้องวิตกเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (เพ็ญพยอม เชนสมบัติ, 2547) ดังนั้น รายได้ต่ำหรือรายได้สูงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Belloc and Breslow (1972) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา พบว่า รายได้ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพทางกาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เด็อนเต็ม ส่องหล้า (2544) พะยอม บุญยเนตร และอังศนา ยศปัญญา (2540) ที่พบว่ารายได้มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ (2523) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ฐานะดีจะปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่เศรษฐกิจฐานะต่ำ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) และศิริมา วงศ์แหลมทอง (2539) พบว่ารายได้สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับที่ ศุภวรินทร์ หันกิติกุล (2539) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ดีกว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า และกัญญา ชื่นอารมณ และคณะ (2543) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการบริโภคอาหาร ซึ่ง ประภา ลิ้มประสูติ และคณะ (2543) และไพจิตร ล้อสกุลทอง (2545) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535) และผานิต อินทร์เจริญศักดิ์ (2541) พบว่าความพอเพียงของรายได้สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้

**ลักษณะครอบครัว** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน อภิปรายว่า ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพที่แข็งแรง มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี ยังคงพึ่งพาตนเองได้ รวมทั้งยังมีการพบปะ



พูดคุยกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง สังคมยังเป็นแบบสังคมต่างจังหวัดที่บ้านใกล้เคียงยังคงมีการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความผูกพันกัน เป็นแบบแผนทางสัมพันธ์ภาพระหว่างญาติทั้งในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย (สนิท สมัครการ, 2535) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวจึงมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรพลอย สิ้นสุขเศรษฐ์ (2540) ศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการวิจัยของ พีระสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ (2523) พบว่า ผู้สูงอายุไทยเชื่อว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อครอบครัวมากกว่าสังคมโดยรวม เพราะมีชีวิตผูกพันกับครอบครัว แต่ในลักษณะครอบครัวขยาย ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถจะแสดงบทบาทต่าง ๆ ได้ เช่น การให้คำปรึกษาแก่บุตรหลาน การสร้างสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว และอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม กับการผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม โดยปัจจัย 3 ด้าน สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีสำคัญทางสถิติร้อยละ 58 สุพรรณิ นันทชัย (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหว่และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่าความว่าเหว่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ จากวิถีชีวิตส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองภาคใต้ตอนบน อยู่ในชุมชนรู้จักสนิทสนมกัน และมีความผูกพันฉันท์เครือญาติพี่น้อง และยังใช้เวลาว่างในการพบปะสังสรรค์ การร่วมกิจกรรมทางสังคม และทำกิจกรรมทางศาสนา โดยการไปทำบุญที่วัด ถวายอาหารพระ ฟังเทศน์ ช่วยงานบุญต่าง ๆ เช่น ขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานมงคลสมรส งานทอดกฐิน ทอดผ้าป่า เป็นต้น รวมถึงการใช้เวลาว่างในการร่วมกิจกรรม เช่น เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ และพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน

**ลักษณะบุคลิกภาพแบบแสดงตัวของผู้สูงอายุ** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .204$ ) อภิปรายได้ว่า Erikson (1968) นักจิตวิเคราะห์ได้อธิบายพัฒนาการทางจิตสังคมในผู้สูงอายุ ว่าผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกกับความมั่นคงสมบูรณ์ในชีวิต (sense of integrity) หรือมีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ขมขื่น (sense of despair) ได้ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตของช่วงวัยที่ผ่านมาของบุคคลนั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับบุคลิกภาพ และแก้ไขภาวะวิกฤตในแต่ละระยะพัฒนาการได้ จะทำให้เขารู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีคุณค่ามีความภาคภูมิใจในตนเองและมีชีวิตที่เป็นสุข ทั้งนี้เพราะบุคลิกภาพเป็นตัวก่อให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ (Eysenck, 1977 อ้างถึงใน ประพิศ จันทรพิทกษา, 2537) ดังนั้นบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์ จะสามารถเรียนรู้และรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตนและในสังคมได้

อย่างถ่องแท้ ทำให้สามารถปรับตัวได้ดี (Erikson, 1968) การปรับตัวเป็นกิจกรรมสำคัญของชีวิต ซึ่งการปรับตัวของแต่ละบุคคล จะมีลักษณะอย่างไรขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของบุคคลนั้น และสิ่งแวดล้อม หรือสถานการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ บุคลิกภาพมีส่วนสำคัญช่วยให้สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลและสถานการณ์ได้ดีขึ้น รวดเร็วขึ้น ง่ายขึ้น (กันยา สุวรรณแสง, 2533) จากการศึกษาทางจิตวิทยาบุคลิกภาพ พบว่า บุคลิกภาพพื้นฐานจะส่งเสริม หรือยับยั้งความสามารถทางสังคมของบุคคล คือ บุคลิกภาพเก็บตัว-แสดงตัว (นวลละออ สุภาพผล, 2534)

ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้ใช้ทฤษฎีบุคลิกภาพลักษณะนิสัยตามแนวคิดของ Eysenck (Eysenck, 1977 อ้างถึงใน นวลละออ สุภาพผล, 2534) ที่แบ่งลักษณะนิสัย บุคลิกภาพเก็บตัว-แสดงตัวได้จากการศึกษาทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม คือ บุคคลที่มีลักษณะเก็บตัวจะมีทัศนคติต่อสิ่งนั้นจากความรู้สึกนึกคิดภายในตัวของเขาเอง โดยไม่ใช้ข้อมูลโดยตรงจากสิ่งนั้น ส่วนบุคคลที่มีลักษณะแสดงตัวจะมีทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดจากข้อมูลโดยตรงจากสิ่งนั้น และข้อมูลนี้ยังเป็นสิ่งกำหนดการปรับตัวและการตัดสินใจของเขาโดยไม่ใช้ความรู้สึกนึกคิดของเขา ลักษณะนิสัยสำคัญของคนแสดงตัวประกอบด้วย ชอบสังคม มีชีวิตชีวา ชอบความตื่นเต้น ชอบทำกิจกรรม มีความหุนหันใจเร็ว โดยสรุปเป็นผู้ที่มีแรงกระตุ้นในตนเอง และเป็นบุคคลที่มีความสามารถทางสังคม โดยสรุปเป็นบุคคลที่มีการควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมรับผิดชอบ ในทฤษฎีบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ เชื่อว่า ลักษณะทางบุคลิกภาพเชิงบวกของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นลักษณะของกลุ่มตัวอย่างนี้ ได้แก่ มีความคล่องแคล่ว กระตือรือร้น เข้ากับคนอื่นได้ง่าย ยอมรับประสบการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ และมีความมั่นคงในอารมณ์ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่มีลักษณะบุคลิกภาพนี้จะยอมรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และจะมีความเครียดน้อย รวมทั้งมีความพอใจในชีวิตสูงเมื่ออายุมากขึ้น (Neugarten, 1977 อ้างถึงใน ประพิศ จันทร์พฤษฯ, 2537) ซึ่งความพอใจในชีวิต เป็นเรื่องบ่งชี้ที่แสดงถึง ความสามารถในการปรับตัว และความสำเร็จในวัยสูงอายุ (Campbell, 1976 อ้างถึงใน ประพิศ จันทร์พฤษฯ, 2537) จะเห็นได้ว่า ลักษณะบุคลิกภาพแสดงตัวของ Eysenck มีลักษณะเป็นบุคลิกภาพเชิงบวกมีส่วนสำคัญต่อความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพอใจในชีวิตได้ (สุทินันท์ น้ำเพชร, 2542) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพลักษณะแสดงตัวจะมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพเก็บตัว ซึ่งลักษณะชอบออกสังคม ทำกิจกรรมในสังคม ยอมรับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ภายหลังเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีกว่า ซึ่งส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี

**เจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .299$ ) อภิปรายได้ว่า การเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้สูงอายุ ย่อมมีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุ กล่าวได้ว่าการเปลี่ยนระบบการเป็นอยู่หรือย้ายแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งมีการเกี่ยวข้องกับบทบาทที่เปลี่ยนไป

ค่านิยม และมีความสนใจที่เปลี่ยนไปช่วยจากการเปลี่ยนแปลงระบบความเป็นอยู่ ทำให้การการเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้สูงอายุเป็นวิกฤตการณ์อย่างหนึ่งที่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และจิตใจของผู้สูงอายุ อีกทั้งอาชีพที่ทำนั้นนำมาซึ่งรายได้ของครอบครัว การมีงานทำ ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ดังนั้น เจตคติเกี่ยวกับการสูงอายุมีความสำคัญมาก อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในงานที่ทำก่อนสูงอายุ และการดำเนินชีวิตก่อนสูงอายุ จะมีการดำรงชีวิตปรับตัวหลังเข้าสู่วัยสูงอายุดี เพราะยอมรับการเข้าสู่วัยสูงอายุได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี

จากการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีเจตคติต่อการสูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการสูงอายุระดับปานกลาง ร้อยละ 65.72 อาจเนื่องจากการมีบุคลิกภาพเชิงบวก ซึ่งจะยอมรับสภาพที่เปลี่ยนไป และจะมีความเครียดน้อย รวมทั้งมีความพอใจในชีวิตสูงเมื่ออายุมากขึ้น (Neugarten, 1977 อ้างถึงใน ประพิศ จันทร์พุกษา, 2537) เมื่อพิจารณาพบว่าผู้ที่มีเจตคติต่อการสูงอายุดี ก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงบทบาทเป็นไปได้ดี พร้อมต่อบทบาทใหม่ในการปรับตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) ที่พบว่า ผู้เกษียณอายุราชการที่มีเจตคติต่อการเกษียณอายุราชการดี ย่อมส่งผลให้การปรับตัวภายหลังเกษียณดีกว่าผู้เกษียณอายุราชการที่มีเจตคติต่อการเกษียณอายุราชการไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ (2523) ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้เกษียณอายุราชการจะมองการปลดเกษียณในแง่ดียอมรับว่า เมื่ออายุครบ 60 ปี ต้องถูกปลดเกษียณ และมีโอกาสได้พักผ่อน และรำพรรณ ภัทรนิตย์ (2529) ที่พบว่า ร้อยละ 90.1 มีทัศนคติต่อการเกษียณอายุ เห็นว่าการเกษียณอายุราชการเป็นสิ่งที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณ มาคะพุดม (2534) ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับการอบรมการเตรียมตัวเพื่อเกษียณอายุ มีคะแนนความรู้สึกต่อการเกษียณอายุสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม เช่นเดียวการศึกษาของ รัชณี ฝนทองมงคล (2538) พบว่า ผู้สูงอายุภายหลังเกษียณอายุราชการ มีทัศนคติต่อชีวิตภายหลังเกษียณเป็นไปในทางบวก ซึ่งเกิดผลต่อการใช้ชีวิตในปัจจุบันว่าตนเองมีความสุข และสุทธินันท์ น้ำเพชร (2542) ที่พบว่า เจตคติต่อการเกษียณอายุราชการของผู้เกษียณอายุราชการจังหวัดเพชรบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปรับตัวภายหลังการเกษียณอายุ

**การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .622$ ) อภิปรายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในลักษณะการเสื่อมถอย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ประกอบกับความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง การสนับสนุนทางสังคม จึงมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมได้

อย่างครอบคลุม (อัปสร รังสิปการ, 2539) จากการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ช่วยให้บุคคลเผชิญความเครียดและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี (Lindsey, 1992) ดังนั้น การได้รับความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด โดยการประคับประคองทางอารมณ์ การได้ข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือด้านทรัพยากร และชี้แนะในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ช่วยบรรเทาความเครียด และส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสม (Cohen and Wills, 1985) ซึ่งในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากลักษณะครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นแบบครอบครัวขยาย ร้อยละ 51.43 ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกมาก สมาชิกมีความใกล้ชิด รักใคร่ ออบอ้อมผูกพันกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์รัตน์ สุทธิพงศ์ และพรสุวรรณ จารุพันธ์ (2544) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่าได้รับแรงสนับสนุนจากบุตรมากที่สุดในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ร้อยละ 64.19 ด้านสิ่งของหรือบริการ ร้อยละ 69.28 ด้านการได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า ร้อยละ 57.13 ด้านข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 43.71 และด้านการได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ร้อยละ 47.81 และผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า (น้ำทิพย์มะลิ, 2545) ครอบครัวจึงกลายเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทมากที่สุด ในวัยสูงอายุ (Roth, 1989) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mc Nett (1987) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจะทำให้มีอาการที่มั่นคง สามารถควบคุมตนเองได้ และเข้าใจปัญหาได้อย่างตรงจุด ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับความเคารพนับถือ ยกย่องให้เกียรติ ให้ความรักความอบอุ่น ความเข้าใจอย่างสม่ำเสมอ ทำให้รู้สึกปลอดภัย และรับฟังการแสดงความรู้สึก ร่วมเห็นอกเห็นใจ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cobb (1976) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการเอาใจใส่ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติกิจกรรมของตน สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเชื่อว่า มีคนรัก คนสนใจ ยกย่อง มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ทิพย์รัตน์ สุทธิพงศ์ และพรสุวรรณ จารุพันธ์, 2544) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองทางด้านวัตถุ จิตใจ และอารมณ์ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษาของ Lindgren (1990) ในการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ในผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะไม่สามารถปรับตัวในทางที่ดีได้ และการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) และสร้อยรัตน์ พลอินทร์ และคณะ (2547) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุในตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะ

วิกฤตของชีวิต ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ส่งเสริมการปรับตัวให้ดียิ่งขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Cohen and Wills, 1985) โดย Orem (1985) เน้นว่า การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะก่อให้เกิดความใกล้ชิดผูกพัน การรับรู้ตัวตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น คำแนะนำ วัตถุประสงค์ของ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วรณี ชัยवालทิพากร และคณะ (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพในระดับที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าสอดคล้องกับ Pender (1978) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมสภาวะสุขภาพ และช่วยป้องกันความเจ็บป่วย (Orem, 1985) และส่งเสริมการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

### ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- นำข้อมูลพื้นฐานที่ได้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน มาใช้ประกอบในการวางแผนการพยาบาล ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ด้านบุคลากรในทีมสุขภาพควรให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม โดยให้ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมให้มากที่สุด
- ควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมให้เห็นความสำคัญถึงศักยภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ โดยส่งเสริมให้ตั้งกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้เข้าชมรมผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการพบปะพูดคุย มีกิจกรรมที่ทำร่วมกัน มีการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และพัฒนาศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ให้ดียิ่งขึ้น
- ควรจัดให้มีโครงการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งตัวผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ด้านร่างกาย เช่น เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งในภาวะสุขภาพดี และเมื่อมีปัญหาสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี โภชนาการ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ด้านการวางแผนด้านการใช้จ่าย ด้านการศึกษา เป็นต้น
- จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญมากที่สุดของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะคู่สมรสและบุตร ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรม โครงการต่าง ๆ กระตุ้น ส่งเสริมให้ครอบครัว มี

ความรู้ความเข้าใจ ให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และในทุกกิจกรรมของผู้สูงอายุควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วยเสมอ

5. บริการด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพควร จัดกิจกรรม เยี่ยมบ้าน และเข้าถึงผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุผู้สูงอายุรับรู้ว่าจะยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในรายด้านทุกด้านจากเจ้าหน้าที่ต่ำกว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

6. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาบทบาท และความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลและส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม โดยการจัดอบรม หรือสัมมนาทางวิชาการให้แก่บุคลากร เพื่อให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

7. ด้านการศึกษา ควรจัดให้มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้มีการศึกษาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ

#### **ด้านการศึกษาวิจัย**

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้ตรงกับกลุ่มตัวอย่าง สามารถสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน

2. สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบ แนวทางในการช่วยเหลือ กลวิธีส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเผชิญกับภาวะสูงอายุได้อย่างเหมาะสม

#### **ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาระยะสุขภาพของผู้สูงอายุในหลาย ๆ แ่งมุม โดยเฉพาะการปรับตัวของผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการอ้างอิงประชากรได้อย่างกว้างขวางในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

2. ควรมีการศึกษาระยะสุขภาพ เกี่ยวกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในระยะยาว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความจริงมากที่สุด ในการค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุ เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคฉับพลัน หรือมีการอ่อนแรงเนื่องจากการสูงอายุ เพื่อให้ทราบปัจจัยที่ช่วยทำให้ ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว และเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแล และช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ

4. ควรมีการศึกษาด้านผลการให้การพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การจัดกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การให้การบริการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กนกพร สุคำวัง. 2540. **แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. 2527. **ปัจจัยที่มีผลต่อการเกษียณอายุราชการในเขตอำเภอ**

**เมืองและอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา

พยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2524. **ผู้เกษียณอายุ. วารสารผู้สูงอายุ.** เล่มที่ 1 มกราคม: 159.

กัญญา ชื่นอารมณ และคณะ. 2543. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง.**

**วารสารวิชาการสาธารณสุข 9(4): 544-550.**

กันยา สุวรรณแสง. 2533. **การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว.** กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.

กัลยา วานิชย์บัญชา. 2546. **การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล.**

กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528. **การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ.**

กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.

ชนิษฐา นาคะ. 2536. **วิธีการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริม**

**สุขภาพ ตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** วิทยานิพนธ์

ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

เขมิกา ยามะรัต. 2527. **ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ**

**กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมวิทยาและ

มานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จรรยา สุวรรณทัต. 2539. **มุมมองใหม่ของครอบครัวไทย. สารสภากาพยาบาล 11(2): 13 -16.**

จันทนา รัตนวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. 2545. **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ.**

กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

จรินทร์ สมภู. 2542. **การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการ. วารสาร**

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี 11(1): 9 -18.**

- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. 2536. **แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543. **สถานะสุขภาพคนไทย.** กรุงเทพมหานคร: อุษากาการพิมพ์.
- จันทร์พลอย สิ้นสุขเศรษฐ์. 2540. **ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจังหวัด เชียงใหม่.** การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินดาวรรณ อุดมพัฒนาการ. 2537. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับ การปรับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดตันเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2529. **ทฤษฎีทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ กวีวิรัชชัย. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ ได้รับยาเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. 2530. **ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการ สนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. 2544. **การใช้ SPSS เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล.** [Online] แหล่งที่มา: <http://watpon.com/spss/>.
- ชื่น เตชามหาชัย. 2539. **การปฏิบัติตนของสตรีวัยหมดประจำเดือนเพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัย สูงอายุอย่างมีคุณภาพ.** วารสารอนามัยครอบครัว 24 (2): 11-16.
- ชุดิภาณูจน์ ฉัตรรุ่ง และคณะ. 2546. **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุขเขต 2. รายงานวิจัย ศูนย์ศึกษาผู้สูงอายุ วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคกลาง 2.**
- ชุดิกร บุญประเสริฐ. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพการ พยาบาล ความเข้มแข็งในการมองโลก สภาพแวดล้อมของสถาบันและการ ปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชูชื่น ชีวพูนผล. 2540. **อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก  
ของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล  
ผู้เป็นมะเร็งระยะลุกลาม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฐิติมาน แก้วขาว. 2528. **การปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุขและสัตวศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดวงพร รัตนอมรชัย. 2535. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ  
และการควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง.** วิทยานิพนธ์  
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงฤดี ลาสุชะ. 2528. **ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบจัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ  
ในจังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงรัตน์ แซ่เตียว. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด  
การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล  
ในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาล  
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เต็มศรี ชำนิจารกิจ. 2544. **สถิติประยุกต์ทางการแพทย์.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทศพร คำผลศิริ, ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาสุชะ และสุธาทิพย์ อูปลาบตี. 2542. **การพัฒนา  
โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วย  
ผู้สูงอายุ “ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ”. หน้า 54-73. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนา บุญทอง. 2525. **ทฤษฎีของรอย. ทฤษฎีการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: สมาคมการ  
พยาบาลแห่งประเทศไทย.

ทัศนีย์ เกริกกุลธรร. 2536. **การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขต  
เทศบาลเมืองสระบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทัศนีย์ ระย้า. 2537. **การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน**  
**ต.ริมเหนือ อ.แมริม จ.เชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชา  
 สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ทองมาก. 2540. **ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอเกษตรวิสัย**  
**จังหวัดร้อยเอ็ด.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกจิตวิทยาการศึกษา  
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทิพย์รัตน์ สุทธิพงศ์ และพรสุวรรณ จารุพันธ์. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทาง**  
**สังคมและปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท.** รายงาน  
 การวิจัย สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- นงลักษณ์ บุญไทย. 2539. **ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับ**  
**ปัจจัยอื่น ๆ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิต  
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลละออ สุภาพล. 2527. **ทฤษฎีบุคลิกภาพ.** กรุงเทพมหานคร: ประมวลศิลป์.
- นวลละออ สุภาพล. 2534. **การปรับตัวและบุคลิกภาพจิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต.**  
 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- นัยนา อินธิโชติ. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพภายใน**  
**ครอบครัวการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็ง และการปรับตัวของ**  
**เยาวชนผู้เสพยาบ้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา บุญมาเลิศ. 2542. **การให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และ**  
**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรม**  
**ผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะ  
 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นรินาท วิทยโชคกิตติคุณ. 2534. **ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของ**  
**ผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิต  
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิกา นิธยาน. 2530. **การปรับตัวและบุคลิกภาพ จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต.**  
 กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

- นภาพร ชัยวรวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียน. 2532. **สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- น้ำทิพย์ มะลิ. 2545. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. 2531. **พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- บรรลุ ศิริพานิช. 2531. **การเกษียณอายุ: ผลกระทบต่อสุขภาพและแนวทางแก้ไข ใน รายงานการสัมมนาเรื่องรูปแบบการเกษียณอายุที่เหมาะสมของผู้ปฏิบัติงานในภาคเอกชน**. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญ.
- บรรลุ ศิริพานิช. 2536. **คู่มือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุงาน**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พี. ที. เอ. เบสท์ ซัพพลาย .
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราภูร. 2544. **ระเบียบวิธีวิจัย**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2542. **เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- เบญจมา เลหาพูนรังษี. 2537. **ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุราชการกับการปรับตัวหลังเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือนจังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจมาศ ตีฐานะ. 2541. **ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กวรรณสูต. 2538. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง อินทรสมบัติ. 2542. **การพยาบาลผู้สูงอายุ. การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ**. 235-236. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประคอง อินทรสมบัติ. 2543. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ในสมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ). **การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล**. หน้า 223-250. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- ประจิดต์ ประจักษ์จิตต์. 2531. **ความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพกับการเกิดอากาศยานอุบัติเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประพิศ จันทรพิภพ. 2537. **ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพและการมีส่วนร่วมในสังคมกับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประภา ลิ้มประสูติ, แอนน์ สารจินดาพงศ์, วงเดือน สุวรรณศรี และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2543. **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก**. รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537. **การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ประภาศรี มานิตย์. 2542. **การปรับตัวหลังเกษียณของบุคลากรสายอาจารย์สถาบันอุดมศึกษาจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประยงค์ ลิ้มตระกูล และคณะ. 2546. **การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ชุมชนศรีวิชัย อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่**. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศูนย์ฝึกอบรมงานด้านผู้สูงอายุแห่งเอเชีย.
- ปวีณรัตน์ พิมพ์. 2547. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของข้าราชการบำนาญ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ**. การค้นคว้าอิสระปริญญาามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปานจิต เครื่องกำแหง. 2541. **ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช**. รายงานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช.
- ปาริชาติ ญาตินิยม. 2547. **ลักษณะภาวะพดพหลัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เปรมฤดี ศรีราม. 2539. **การศึกษาความว่าเหวและการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัด**  
**อ่างทอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย  
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผานิต อินเจริญศักดิ์. 2541. **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรและวิถีชีวิตกับสภาวะ**  
**สุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
 การพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. 2530. **สุขภาพจิตเบื้องต้น.** กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตการพิมพ์.
- ผ่องพรรณ พิทยพันธุ์. 2542. **กระบวนการประเมินสถานการณ์ความเครียด การเผชิญความ**  
**เครียดและผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระหว่างการเข้ารับรังสี**  
**รักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรวิชัย อินทรโกเศศ. 2536. **ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยต่าง ๆ ทางครอบครัว.** รายงาน  
 การวิจัย โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พุกเมษา หมั่นคำแสน. 2542. **ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ**  
**ชาวกะเหรี่ยง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิต  
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ และคณะ. 2536. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลัง**  
**เกษียณ.** รายงานการวิจัย โครงการสนับสนุนการบำบัดทุกข์บำรุงสุขผู้สูงอายุ สมาคม  
 พยาบาลแห่งประเทศไทย.
- พัชรี ดันศิริ. 2536. การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในผู้สูงอายุ ใน จรัศวรรณ เทียนประภาส, พิชญาภรณ์  
 มูลศิลป์ และคณะ. 2536. **รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ**  
**ภายหลังเกษียณ.** สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย เอกสารอัดสำเนา.
- เพชร อินทรพานิช . 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม**  
**กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง จังหวัด**  
**อุดรธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพียงใจ ระฆังทอง. 2542. **ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในเขตมีนบุรี**  
**กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข  
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพลินพิศ สุานีวิฒนานนท์. 2542. **การศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ**  
**ของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและที่มีปัญหาสุขภาพ. วารสารสภาการพยาบาล 14**  
**(เมษายน-มิถุนายน): 30-43.**

- เพ็ญศรี ระเบียบ. 2535. **ทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญพโยม เชนสมบัติ. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรินทร์ สมบัติ. 2540. **การสำรวจงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพจิตร ล้อสกุลทอง. 2545. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พะยอม บุญเนตร และอังษณา ยศปัญญา. สุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดเลย. **วารสารการแพทย์กลุ่มเครือข่าย 6/2 5(1): 93-100.**
- ภราดร บุราณสาร. 2546. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มธุรส จันท์แสงศรี, 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแขวงรวงเมืองเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. 2529. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพิน อังสุโรจน์, จันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ Berit Ingersoll-Dayton. 2001. การศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย. **วารสารพยาบาล (2): 132-142.**
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2530. **พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2525**. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.

- ราตรี เทียงจิต. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวในหญิงตั้งครรภ์มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิพย์ แปงใจ. 2542. **การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนี ฝนทองมงคล. 2538. **การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังหลังเกษียณอายุราชการ: ศึกษาจากข้าราชการบำนาญสังกัดกรุงเทพมหานคร.** รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วาสนา เกื้อนวงษ์. 2540. **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา กุมารจันทร์. 2543. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณีย์ ชัชวาลทิพากร และคณะ. 2542. **การศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีปัญหาสุขภาพ.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วชิราภรณ์ สมุนวงศ์. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิพุธ พูลเจริญ. 2544. **สุขภาพ อุดมการณ์ และยุทธศาสตร์ทางสังคม.** กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิรัช เกษอุดมทรัพย์. 2546. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การปรับตัว และภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิไล คุปต์นิวัติศัยกุล, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ และเจนจิต แสงศิรินาคะกุล. 2545. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ : สิ่งที่ถูกมองข้าม. วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 3 (ตุลาคม-ธันวาคม): 33 - 37.
- วิไลลักษณ์ จันทร์พวง. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, นิตยา ภาสุนันท์, วีนัส ลีพหกุล และสมจิตต์ เพชรพันธ์ศรี. 2540. ภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2543. การพยาบาลผู้สูงอายุปี 2001. วารสารพยาบาลศาสตร์ 18 (ตุลาคม-ธันวาคม): 19 - 24.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์. 2533. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. รายงานการวิจัย สถาบันประชากรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. 2539. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรัณญา เบญจกุล. 2538. บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2534. แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ และภาวณา พัฒนศรี. 2544. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้. กรุงเทพมหานคร: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิธร มณีแสง. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอดกับการปรับตัวของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.



- ศศิมา ทวีสิน. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเตรียมตัวในการดำรงชีวิตเมื่อเกษียณอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิมา ลีละวงศ์. 2541. **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเวื่อน แก้วกังวล. 2538. **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริวรรณ สิ้นไชย. 2532. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ม่วงศิริ. 2540. **ความพึงพอใจในการเกษียณอายุ: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงศึกษา.** รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2543. **การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สดีไธ ศรีสอาด. 2540. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายธรรม วงศ์สถิตวิไลรุ่ง. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2542. **ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. วารสารสภาการพยาบาล 13 (เมษายน-มิถุนายน): 1-15.**
- สถิตย์ นิยมญาติ. 2539. **วัฒนธรรมของผู้สูงอายุในเขตชนบท: ศึกษากรณีภาคใต้ของประเทศไทย.** กรุงเทพมหานคร: คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สนิท สมัครการ. 2535. **มีเงินก็นับว่าน่อง มีทองก็นับว่าพี่ ระบบครอบครัวและเครือญาติของไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักข่าวพาณิชย์.

สร้อยรัตน์ พลอินทร์, มุกข์ดา ผดุงยาม และคมสัน แก้วระยะ. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในตำบลธงชัย จังหวัดเพชรบุรี**. รายงานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2541. **สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2541. **สถานภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.

สุกัญญา โรจน์ประเสริฐ. 2541. **สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดลพบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. **ทฤษฎีการปรับตัวของรอย: แนวคิดและการนำไปใช้**. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุชา จันทรเอม. 2544. **จิตวิทยาทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

สุนันทา คุ่มเพชร. 2545. **อิทธิพลของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน และความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดระนอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สุณี สุวรรณพสุ. 2544. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสังคมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. 2542.

**ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิ่ง.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. 2543. **การประมวลผล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ”**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิพันธ์ พักสุวรรณ. 2537. **การปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเอกการศึกษาผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุทธินันท์ น้ำเพชร. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในจังหวัดเพชรบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาล

สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุนันทา คุ่มเพชร. 2545. **อิทธิพลของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชน ความต้องการบริการสวัสดิการสังคม ต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุพรรณิ นันทชัย. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างความจำเหว และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพรรณิ เตรียมวิเศษฐ์ และนาฎยา เอื้องไพโรจน์. 2540. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและความจำเหวของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทในภาคเหนือตอนบน. **วารสารพยาบาลพยาบาล 46 (2): 109-120.**
- สุมิตรา สิ้นธิศิริมานะ. 2546. **ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมน มาคะพุดม. 2534. **ประสิทธิผลของการอบรมเรื่องการเตรียมตัวเกษียณอายุของข้าราชการตำรวจระดับประทวนในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาพร บรรณสาร. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรกุล เจนอบรม. 2534. **วิทยาการผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรกุล เจนอบรม. 2541. **วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบ สำหรับผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร: นิชนแอตเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- สุริย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วิณา ศิริสุข และมัลลิกา มัติโก. 2542. **ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ).** รายงานวิจัย คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. 2545. **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

- เสรี ลาขโรจน์. 2537. **หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและการประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน.**  
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อรรพวรรณ อิศราภรณ์. 2536. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง  
จังหวัดพิษณุโลก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์  
และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรรพวรรณ อุทัยเสน. 2540. **วิทยาการผู้สูงอายุ.** กรุงเทพมหานคร: วีรพงษ์การพิมพ์.
- อ้อมใจ สิทธิจำลอง. 2542. **แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย  
และการปรับตัวทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุทัยวรรณ กสานต์สกุล. 2536. **ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีเข้า  
ราชการบำนาญ กระทรวงมหาดไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก  
การวิเคราะห์ทางสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ  
การปฏิบัติธรรม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัปสร รังสิปการ. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการ  
ดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน.** วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์ มั่งเกียรติสกุล. 2543. **การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในวัยรุ่นโรคมะเร็ง.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำไพรัตน์ กลิ่นขจร. 2533. **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรม  
การปรับตัวของผู้สูงอายุที่กระดูกขาหักขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

### ภาษาอังกฤษ

Allport, G.W. 1967. *Pattern and growth in personality.* New York: Holt.

Andreson, N.C. and Noris, A.C. 1972. Long term adjustment and adaptation mechanism  
is severely burned adult. *Journal of Nervous and Mental Disease* 154: 352–362.

- Brandt, P.A. and Weinert, C. 1981. The PRQ-A social support measure. **Nursing Research** 30: 277 - 280.
- Cloninger, S. 2000. Theories of personality : Understanding person. 3rd ed. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Cohen, S. and Wills, T.A. 1985. Stress, social support and the buffer hypothesis. **Psychological Bulletin** 98: 310 –357.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** 38: 300 – 313.
- Ebersole, P. and Hess, P. 1998. **Toward health aging : Human needs and nursing response**. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Eliopoulos, C. 1987. **Gerontological nursing**. London: J.B. Lippincott.
- Eliopoulos, C. 1993. **Geriatric nursing**. London: Haper and Row .
- Elippoulos, C. 2001. **Gerontological nursing**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins.
- Erikson, E. 1968. **Identity : Youth and crisis**. New York: Norton.
- Eysenck, H.J. 1970. **The structure of human personality**. London: Methuen.
- Fawcett, J. and Downs, F.S. 1992. **The relationship of theory and research**. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Fishbien, M. and Ajzen, I. 1975. **Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research**. Mass: Addison - Wesley.
- Hafen, B.Q. 1981. **How to Live Longer**. Newjersey: Prentice-Hall.
- Hammer, R. 1999. The Lived Experience of Being At Home. **Journal of Gerontological Nursing** 25: 10 -17.
- House, J.S. 1981. The nature of social support. In M.A. Reading (ed.). **Work stress and Social support**. Philadelphia: Addison Wesley.
- Jacobson, D.E. 1986. Type and timing of social support. **Journal of Health and Behavior** 27(3): 250 – 263.
- Kahn, R.L. 1979. Aging and social support. In M. W. Riley. Ed. **Aging from birth to death: interdisciplinary perspective**. Corolado: Westiview.
- Kobasa, S.C. 1979. Stressful life events, personality, and health: An inquiry to hardiness.

**Journal of Personality and Social Psychology** 37(1): 1-11.

Lazarus, R.S. 1969. **Patterns of adjustment and human effectiveness**. New York: McGraw – Hill.

Lazarus, R.S. 1991. **Emoting and adaptation**. New York: Oxford University press.

Lewis, and Campbell, M.1992. Work-related stress, burnout and sense of coherence in dialysis nurse. **Anna Journal** 19(2):152.

Lindsey, A.M. 1992. Social support: Conceptualization and measurement instruments. in Marilyn Frank–Strombury (ed.). **Instruments for Clinical Nursing Research**. pp.107–119. USA: Jones and Bartlett.

Lueckenotte, A.G. 1996. **Gerontologic nursing**. St. Louis: Mosby.

Lueckenotte, A.G. 2000. Overview of gerontologic nursing. In Lueckenotte, A.G. ed. **Gerontologic nursing**. pp. 1-19. St.Louis: Mosby.

McConnell, S.E. 1988. A conceptual framework for gerontological nursing practice. In M.A. Matteson and E.S. McConnell (ed.). **Gerontological nursing concepts and Practice**. pp. 5–55. Philadelphia: W.B. Saunders.

McConnell, E. S., Linton, A.D. and Matteson, A. 1997. **Gerontological nursing concepts and Practice**. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

Mc Nett, S.C. 1987. Social support, Threat and coping responses and effectiveness in the functionally disabled. **Nursing Research** 36: 98–103.

Maslow, A.H. 1970. **A theory of human motivation and personality**. New York: Harper and Row.

Miller, C.A. 1999. **Nursing care of older adults Theory and Practice**. 3rd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.

O' Brien, M.J. 1975. **The Care of Elderly Person**. The CV.: Company.

Orem, D.E. 1991. **Nursing concepts and practice**. 3rd ed. St. Louis: Mosby.

Orem, D.E. 2001. **Nursing concepts and practice**. Missouri: Mosby.

Pender, N.J. 1987. **Health promotion in nursing practice**. California: Appleton and Lange.

Roth, P. 1989. Family social support .In P.J. Bomar (ed.). **Nurse and family health promotion: Concepts, assessment and intervention**. pp. 90–102. Maxico: W.B. Saunders.

Roy, S.C. and Andrews, H.A. 1976. The adaptation model: Comment. **Nursing Outlook** 24: 690-691.

- Roy, S.C. and Andrews, H.A. 1984. **Introduction to nursing : An adaptation model**. 2nd ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Roy, S.C. and Andrews, H.A. 1986. **Essentials of The Roy adaptation model**. USA: Appleton–Century-Crofts.
- Roy, S.C. and Andrews H.A. 1991. The Roy adaptation model. **The definitive statement**. Norwalk: Appleton–Century-Crofts.
- Roy, S.C. and Andrews, H.A. 1999. **The Roy adaptation model**. 2nd ed. USA: Appleton and Lange A Simon and Schuster Company.
- Schaefer, C. et al. 1981. The health related function of social support. **Journal of Behavior Medicine** 4 (March-December 1981): 381-450.
- Thurstone, L.L. 1996. **The measurement of attitude: A psychophysical method and some**. Experiments with a scale for measuring attitude toward the church. Chicago: The University at Chicago press.
- Thoits, P.A. 1982. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior** 23: 145-159.
- Triandis, Harry, C. 1971. **Attitude and attitude change**. New York: John Wiley and sons.
- Thorndike, R.M. 1978. **Correlational procedures for research**. New York: Gardner Press.
- WHO. 1981. **WHO Technical Report Series**. Geneva: The Organization.
- WHO. 2002. **Active ageing: A Policy Framework**. Geneva: The Organization.
- Wortman, C.B. 1984. Social support and the cancer patient: Conceptual and methodologic issue. **American Journal of The Cancer Society** 53: 25–34.



ภาคผนวก

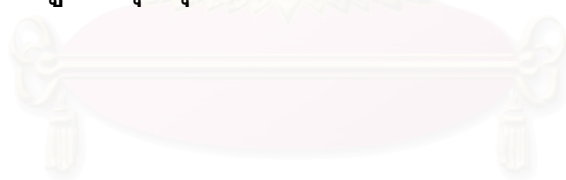
สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

ผศ. ดร. พิชญ์ภรณ์ มุลศิลป์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ. ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คุณจริยา พิชญ์ชยะนนท์	พยาบาลวิชาชีพ 7 ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## RELIABILITY (TRY OUT)

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. A1	3.4333	1.1651	30.0
2. A2	2.8000	1.0635	30.0
3. A3	3.3667	.5561	30.0
4. A4	2.8667	1.0080	30.0
5. A5	2.8667	.6288	30.0
6. A6	3.8333	.8743	30.0
7. A7	3.5333	.8604	30.0
8. A8	3.9667	1.0334	30.0
9. A9	3.3667	.4901	30.0
10. A10	3.2000	.6644	30.0
11. A11	3.0333	.8503	30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	36.2667	30.7540	5.5456	11

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
A1	32.8333	22.4885	.6251	.7737
A2	33.4667	24.7402	.4615	.7943
A3	32.9000	30.2310	.0350	.8216
A4	33.4000	24.8690	.4843	.7908
A5	33.4000	29.6276	.1068	.8189
A6	32.4333	24.7368	.6040	.7777
A7	32.7333	24.0644	.7048	.7673

A8	32.3000	22.4931	.7339	.7595
A9	32.9000	27.8172	.5216	.7937
A10	33.0667	25.1678	.7718	.7692
A11	33.2333	28.7368	.1420	.8225

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0                      N of Items = 11

Alpha = .8072

### ค่าความเที่ยงแบบสอบถามบุคลิกภาพแสดงตัวของผู้สูงอายุ

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	P1	2.3000	.9523	30.0
2.	P2	2.0000	1.0171	30.0
3.	P3	2.7333	1.0807	30.0
4.	P4	1.8667	1.0417	30.0
5.	P5	3.6667	1.1244	30.0
6.	P6	3.1667	.9499	30.0
7.	P7	2.6667	.7112	30.0
8.	P8	2.7667	1.1043	30.0
9.	P9	3.4000	.8550	30.0
10.	P10	2.9333	1.1427	30.0
11.	P11	2.7000	.9879	30.0
12.	P12	3.3333	.8841	30.0
13.	P13	3.3000	.9154	30.0
14.	P14	3.1000	.9595	30.0
15.	P15	3.0333	1.0981	30.0
16.	P16	3.3000	.8367	30.0
17.	P17	2.2333	.7279	30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
Scale	48.5000	66.1897	8.1357	17

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
P1	46.2000	56.0276	.6492	.7779
P2	46.5000	59.5000	.3604	.7970
P3	45.7667	58.1161	.4191	.7931
P4	46.6333	61.1368	.2436	.8051
P5	44.8333	58.7644	.3574	.7978
P6	45.3333	55.9540	.6568	.7774
P7	45.8333	66.1437	-.0397	.8156
P8	45.7333	61.7885	.1833	.8102
P9	45.1000	60.0931	.4048	.7943
P10	45.5667	52.9437	.7180	.7691
P11	45.8000	62.8552	.1506	.8104
P12	45.1667	58.4195	.5171	.7874
P13	45.2000	59.3379	.4264	.7928
P14	45.4000	57.9724	.4994	.7878
P15	45.4667	58.3264	.3969	.7947
P16	45.2000	58.5793	.5396	.7867
P17	46.2667	62.9609	.2336	.8033

Reliability Coefficients 17 items

Alpha = .8045 Standardized item alpha = .8006

## ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. SA1	2.9000	.8030	30.0
2. SA2	3.0000	.6433	30.0
3. SA3	2.9333	.7849	30.0
4. SA4	3.1000	.6074	30.0

5.	SA5	3.0000	.5252	30.0
6.	SA6	3.0333	.5561	30.0
7.	SA7	3.1000	.8847	30.0
8.	SA8	2.5000	.6823	30.0
9.	SB9	2.9000	.9948	30.0
10.	SB10	2.8667	.6814	30.0
11.	SB11	2.4333	.9353	30.0
12.	SB12	2.9667	.5561	30.0
13.	SB13	2.7333	.9072	30.0
14.	SC14	2.7333	.8683	30.0
15.	SC15	2.8667	.6288	30.0
16.	SC16	2.9000	.7120	30.0
17.	SC17	2.8667	.5713	30.0
18.	SC18	2.8333	.6989	30.0
19.	SD19	3.1000	.7120	30.0
20.	SD20	2.9333	.8277	30.0
21.	SD21	2.8667	.9371	30.0
22.	SD22	3.0667	.6915	30.0
23.	SE23	3.0333	.6149	30.0
24.	SE24	3.2667	.5833	30.0
25.	SE25	3.0667	.6915	30.0
26.	SE26	2.9000	.8449	30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	75.9000	188.2310	13.7197	26

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SA1	73.0000	171.4483	.7674	.9589
SA2	72.9000	175.9552	.6951	.9596
SA3	72.9667	174.0333	.6558	.9600

SA4	72.8000	176.8552	.6813	.9598
SA5	72.9000	177.1966	.7694	.9594
SA6	72.8667	176.1195	.7997	.9591
SA7	72.8000	174.3034	.5627	.9611
SA8	73.4000	175.3517	.6870	.9597
SB9	73.0000	171.2414	.6145	.9609
SB10	73.0333	173.8264	.7758	.9589
SB11	73.4667	176.6023	.4326	.9627
SB12	72.9333	177.7885	.6834	.9599
SB13	73.1667	173.2471	.5930	.9608
SC14	73.1667	169.2471	.8069	.9585
SC15	73.0333	173.0678	.8926	.9582
SC16	73.0000	175.3103	.6584	.9599
SC17	73.0333	179.6195	.5410	.9608
SC18	73.0667	172.6851	.8197	.9585
SD19	72.8000	171.4069	.8753	.9580
SD20	72.9667	170.5161	.7878	.9587
SD21	73.0333	171.6195	.6408	.9604
SD22	72.8333	175.1092	.6909	.9596
SE23	72.8667	175.5678	.7539	.9593
SE24	72.6333	177.4126	.6743	.9599
SE25	72.8333	177.7299	.5436	.9608
SE26	73.0000	168.5517	.8645	.9579

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 26

Alpha = .9612

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. SA1	2.9000	.8030	30.0
2. SA2	3.0000	.6433	30.0
3. SA3	2.9333	.7849	30.0
4. SA4	3.1000	.6074	30.0



5.	SA5	3.0000	.5252	30.0
6.	SA6	3.0333	.5561	30.0
7.	SA7	3.1000	.8847	30.0
8.	SA8	2.5000	.6823	30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	23.5667	19.0126	4.3603	8

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SA1	20.6667	13.8851	.7491	.8951
SA2	20.5667	14.5989	.8137	.8899
SA3	20.6333	14.1023	.7284	.8969
SA4	20.4667	15.2230	.7217	.8978
SA5	20.5667	15.2885	.8395	.8919
SA6	20.5333	15.0851	.8377	.8907
SA7	20.4667	14.8782	.4911	.9240
SA8	21.0667	14.8920	.6941	.8994

## Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0      N of Items = 8

Alpha = .9098

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. SB9	2.9000	.9948	30.0
2. SB10	2.8667	.6814	30.0
3. SB11	2.4333	.9353	30.0
4. SB12	2.9667	.5561	30.0
5. SB13	2.7333	.9072	30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	13.9000	9.7483	3.1222	5

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SB9	11.0000	6.1379	.5317	.7965
SB10	11.0333	6.5851	.7717	.7266
SB11	11.4667	6.7402	.4393	.8217
SB12	10.9333	7.3057	.7097	.7581
SB13	11.1667	5.9368	.6760	.7409

## Reliability Coefficients

N of Cases =	30.0	N of Items =	5
Alpha =	.8062		

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. SC14	2.7333	.8683	30.0
2. SC15	2.8667	.6288	30.0
3. SC16	2.9000	.7120	30.0
4. SC17	2.8667	.5713	30.0
5. SC18	2.8333	.6989	30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	14.2000	8.9241	2.9873	5

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SC14	11.4667	5.0161	.8109	.8769
SC15	11.3333	5.9540	.8390	.8685
SC16	11.3000	5.8034	.7620	.8820
SC17	11.3333	6.8506	.5842	.9159
SC18	11.3667	5.6195	.8498	.8629

## Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 5

Alpha = .9039

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. SD19	3.1000	.7120	30.0
2. SD20	2.9333	.8277	30.0
3. SD21	2.8667	.9371	30.0
4. SD22	3.0667	.6915	30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	11.9667	8.1713	2.8585	4

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SD19	8.8667	5.0161	.8304	.8896

SD20	9.0333	4.5851	.8185	.8904
SD21	9.1000	4.1621	.8189	.8981
SD22	8.9000	5.1276	.8192	.8944

## Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0                      N of Items = 4  
Alpha = .9175

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. SE23	3.0333	.6149	30.0
2. SE24	3.2667	.5833	30.0
3. SE25	3.0667	.6915	30.0
4. SE26	2.9000	.8449	30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	12.2667	5.3747	2.3183	4

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
SE23	9.2333	3.3575	.7273	.8155
SE24	9.0000	3.4483	.7322	.8170
SE25	9.2000	3.1310	.7215	.8139
SE26	9.3667	2.7230	.6950	.8409

## Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0                      N of Items = 4  
Alpha = .8594

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	HA1	3.2000	.7144	30.0
2.	HA2	2.7000	1.1188	30.0
3.	HA3	3.0000	.7878	30.0
4.	HA4	3.0667	.6915	30.0
5.	HA5	2.7333	.7397	30.0
6.	HA6	3.4000	.6215	30.0
7.	HA7	3.1667	3.6491	30.0
8.	HA8	2.3333	.9942	30.0
9.	HA9	2.7000	.9879	30.0
10.	HA10	3.2000	.7611	30.0
11.	HA11	3.4000	.5632	30.0
12.	HA12	3.3333	.4795	30.0
13.	HA13	3.1333	.8996	30.0
14.	HB14	3.1333	.8996	30.0
15.	HB15	2.6333	.9279	30.0
16.	HB16	1.7000	.8769	30.0
17.	HB17	3.3667	.9279	30.0
18.	HB18	3.5000	.6823	30.0
19.	HB19	3.3333	.6609	30.0
20.	HB20	3.4000	.5632	30.0
21.	HB21	3.1333	.6288	30.0
22.	HB22	2.2000	.8867	30.0
23.	HB23	3.3667	.6149	30.0
24.	HB24	3.1333	.6288	30.0
25.	HB25	3.1000	.5477	30.0
26.	HB26	3.0000	.6948	30.0
27.	HC27	3.2333	.6789	30.0
28.	HC28	2.4333	.7739	30.0
29.	HC29	1.9667	.8087	30.0

30.	HC30	3.3333	.7112	30.0
31.	HC31	3.4000	.6747	30.0
32.	HC32	2.3000	.8367	30.0
33.	HC33	3.1333	.6288	30.0
34.	HC34	3.7333	3.3107	30.0
35.	HD35	3.4667	.7761	30.0
36.	HD36	3.8000	.4842	30.0
37.	HD37	3.1333	.7303	30.0
38.	HD38	3.0000	.8305	30.0
39.	HD39	3.1333	.6814	30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	118.4333	328.6678	18.1292	39

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
HA1	115.2333	313.6333	.5740	.8796
HA2	115.7333	312.2023	.3848	.8814
HA3	115.4333	317.8402	.3633	.8819
HA4	115.3667	316.1713	.4887	.8807
HA5	115.7000	311.7345	.6274	.8789
HA6	115.0333	318.3782	.4466	.8814
HA7	115.2667	292.9609	.1792	.9141
HA8	116.1000	301.7483	.7507	.8754
HA9	115.7333	306.0644	.6257	.8775
HA10	115.2333	308.0471	.7501	.8772
HA11	115.0333	315.2747	.6537	.8798
HA12	115.1000	317.0586	.6664	.8803
HA13	115.3000	312.7000	.4765	.8802

HB14	115.3000	309.7345	.5724	.8788
HB15	115.8000	309.2690	.5680	.8787
HB16	116.7333	313.9264	.4496	.8806
HB17	115.0667	312.6161	.4630	.8803
HB18	114.9333	316.0644	.5003	.8806
HB19	115.1000	313.7483	.6186	.8794
HB20	115.0333	318.9299	.4683	.8815
HB21	115.3000	311.6655	.7480	.8783
HB22	116.2333	311.2885	.5303	.8794
HB23	115.0667	317.5816	.4886	.8810
HB24	115.3000	315.3207	.5800	.8800
HB25	115.3333	318.1609	.5224	.8810
HB26	115.4333	313.4954	.5970	.8795
HC27	115.2000	313.4069	.6157	.8794
HC28	116.0000	317.5862	.3801	.8817
HC29	116.4667	308.9471	.6707	.8779
HC30	115.1000	313.8862	.5665	.8797
HC31	115.0333	309.8264	.7741	.8776
HC32	116.1333	313.1540	.5003	.8800
HC33	115.3000	315.8034	.5579	.8803
HC34	114.7000	321.3207	-.0304	.9166
HD35	114.9667	316.7920	.4081	.8814
HD36	114.6333	321.5506	.3963	.8824
HD37	115.3000	309.0448	.7435	.8775
HD38	115.4333	307.1506	.7155	.8771
HD39	115.3000	312.1483	.6668	.8788

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0                      N of Items = 39

Alpha = .8842

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. HA1	3.2000	.7144	30.0

2.	HA2	2.7000	1.1188	30.0
3.	HA3	3.0000	.7878	30.0
4.	HA4	3.0667	.6915	30.0
5.	HA5	2.7333	.7397	30.0
6.	HA6	3.4000	.6215	30.0
7.	HA7	3.1667	3.6491	30.0
8.	HA8	2.3333	.9942	30.0
9.	HA9	2.7000	.9879	30.0
10.	HA10	3.2000	.7611	30.0
11.	HA11	3.4000	.5632	30.0
12.	HA12	3.3333	.4795	30.0
13.	HA13	3.1333	.8996	30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	39.3667	58.3782	7.6406	13

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
HA1	36.1667	52.6954	.4987	.6665
HA2	36.6667	49.2644	.5006	.6534
HA3	36.3667	52.7230	.4400	.6690
HA4	36.3000	52.6310	.5252	.6653
HA5	36.6333	51.6885	.5775	.6590
HA6	35.9667	54.7230	.3555	.6798
HA7	36.2000	41.1310	.0840	.8868
HA8	37.0333	48.1713	.6679	.6375
HA9	36.6667	49.7471	.5493	.6516
HA10	36.1667	50.4885	.6759	.6495
HA11	35.9667	52.8609	.6349	.6639
HA12	36.0333	54.3782	.5332	.6740
HA13	36.2333	52.6678	.3754	.6725



## Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0      N of Items = 13

Alpha = .6934

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. HB14	3.1333	.8996	30.0
2. HB15	2.6333	.9279	30.0
3. HB16	1.7000	.8769	30.0
4. HB17	3.3667	.9279	30.0
5. HB18	3.5000	.6823	30.0
6. HB19	3.3333	.6609	30.0
7. HB20	3.4000	.5632	30.0
8. HB21	3.1333	.6288	30.0
9. HB22	2.2000	.8867	30.0
10. HB23	3.3667	.6149	30.0
11. HB24	3.1333	.6288	30.0
12. HB25	3.1000	.5477	30.0
13. HB26	3.0000	.6948	30.0

N of

Statistics for    Mean    Variance    Std Dev    Variables

SCALE    39.0000    35.7241    5.9770    13

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
HB14	35.8667	29.7057	.5312	.8541
HB15	36.3667	28.6540	.6251	.8474
HB16	37.3000	30.6310	.4455	.8598

HB17	35.6333	30.2402	.4530	.8602
HB18	35.5000	31.2241	.5291	.8536
HB19	35.6667	30.9195	.5943	.8503
HB20	35.6000	32.7310	.4152	.8596
HB21	35.8667	30.0506	.7656	.8418
HB22	36.8000	29.4759	.5673	.8514
HB23	35.6333	32.3782	.4241	.8591
HB24	35.8667	31.4989	.5426	.8533
HB25	35.9000	31.6793	.6074	.8513
HB26	36.0000	31.0345	.5434	.8528

## Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 13

Alpha = .8633

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. HC27	3.2333	.6789	30.0
2. HC28	2.4333	.7739	30.0
3. HC29	1.9667	.8087	30.0
4. HC30	3.3333	.7112	30.0
5. HC31	3.4000	.6747	30.0
6. HC32	2.3000	.8367	30.0
7. HC33	3.1333	.6288	30.0
8. HC34	3.7333	3.3107	30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	23.5333	24.5333	4.9531	8

## Item-total Statistics

Scale	Scale	Corrected	
Mean	Variance	Item-	Alpha
if Item	if Item	Total	if Item
Deleted	Deleted	Correlation	Deleted

HC27	20.3000	21.1828	.4624	.3807
HC28	21.1000	21.4034	.3535	.3963
HC29	21.5667	19.6333	.5925	.3302
HC30	20.2000	22.3034	.2567	.4226
HC31	20.1333	20.8092	.5311	.3663
HC32	21.2333	21.0126	.3677	.3876
HC33	20.4000	21.1448	.5176	.3757
HC34	19.8000	14.4414	-.0345	.8621

## Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0                      N of Items = 8

Alpha = .4566

## RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. HD35	3.4667	.7761	30.0
2. HD36	3.8000	.4842	30.0
3. HD37	3.1333	.7303	30.0
4. HD38	3.0000	.8305	30.0
5. HD39	3.1333	.6814	30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	Variables
SCALE	16.5333	6.8782	2.6226	5

## Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
HD35	13.0667	5.3747	.2504	.8566
HD36	12.7333	5.4437	.5311	.7725
HD37	13.4000	3.9034	.8460	.6533
HD38	13.5333	3.9126	.6927	.7082

HD39      13.4000      4.5241      .6519      .7263

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 5

Alpha = .7913



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตัวอย่าง

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้  
ตอนบน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดกรณมาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความและเติมคำหรือข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ                                      ( ) ชาย                                      ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี                              (เกิด ปี พ.ศ. ....)
3. สถานภาพสมรส  
       ( ) คู่                                      ( ) โสด                                      ( ) หม้าย หย่า แยก
4. วุฒิการศึกษาสูงสุด.....
5. ท่านมีรายได้ปัจจุบันต่อเดือนประมาณ.....บาท
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกันในปัจจุบัน.....คน  
       ประกอบด้วย.....
7. ลักษณะครอบครัว    ( ) อยู่คนเดียว                      ( ) ครอบครัวเดี่ยว                      ( ) ครอบครัวขยาย

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง :** ให้ผู้สัมภาษณ์ถาม ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดมากที่สุด

ในเรื่องการสูงอายุที่มีผลต่อตัวท่าน และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบเพียงข้อ

เดียว มีเกณฑ์การตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด (76% - 100% ประมาณมากกว่า 3 ใน 4 ส่วน)
เห็นด้วยมาก	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นส่วนมาก (51% - 75% ประมาณมากกว่า 3 ใน 4 ส่วน)
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเพียงครั้งหนึ่งหรือ ปานกลาง (26% - 50%)
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเล็กน้อย (1% - 25% ประมาณมากกว่า 1 ใน 4 ส่วน)
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเลย (0%)

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่จริงเลย
1. การเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้วิถีชีวิตของท่านหมดความหมาย					
2. การเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นโอกาสให้ท่านได้พักผ่อนโดยอิสระ					
3. การสูงอายุ ควรเริ่มเมื่ออายุครบ 65 ปี					
○					
○					
○					

### ส่วนที่3 แบบประเมินบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ผู้สูงอายุตอบข้อความที่ตรงกับ

ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออก ด้านบุคลิกภาพ ของท่านเป็นประจำ ตามความเป็นจริงเพียงข้อเดียว โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

<b>เป็นจริงมากที่สุด</b>	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก นึกคิดหรือการแสดงออกของผู้สูงอายุมากที่สุด (76% - 100% ประมาณมากกว่า 3 ใน 4)
<b>เป็นจริงมาก</b>	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก นึกคิดหรือการแสดงออกของผู้สูงอายุมาก (51% - 75% ประมาณ 3 ใน 4 ส่วน)
<b>เป็นจริงปานกลาง</b>	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก นึกคิดหรือการแสดงออกของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง หรือไม่แน่ใจ (26%-50% ประมาณครึ่งหนึ่ง)
<b>เป็นจริงน้อย</b>	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก นึกคิดหรือการแสดงออกของผู้สูงอายุเล็กน้อย (1% - 25% ประมาณ 1 ใน 4 ส่วน)
<b>ไม่จริงเลย</b>	หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก นึกคิดหรือการแสดงออกของผู้สูงอายุ (0%)

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่จริงเลย
1. ท่านเป็นคนชอบความตื่นเต้น ทำทาย					
2. ท่านเป็นคนที่ชอบคิดไตร่ตรองก่อนลงมือทำสิ่งต่าง ๆ					
3. ตามปกติท่านมักชอบอ่านหนังสือมากกว่าเข้าสังคม					
○					
○					
○					





### ส่วนที่5 แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : ประกอบด้วยข้อคำถามที่ผู้สัมภาษณ์ถามเกี่ยวกับอาการหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และความรู้สึกของผู้สูงอายุ ในด้านการปรับตัวตามความต้องการของร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ (ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง) ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน โดยกำหนดในช่วงเวลา 3 เดือน ที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน โดยผู้วิจัยอ่านข้อความ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

ที่ผู้สูงอายุได้เลือกตอบตามความเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	4	3	2	1
1.ท่านเริ่มรู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรมในข้อใด	<input type="checkbox"/> ออกกำลังกายที่เคลื่อนไหวติดต่อกันไม่น้อยกว่า 30 นาที โดยไม่เหนื่อยหอบง่าย หายใจสะดวก	<input type="checkbox"/> ออกกำลังกายที่เคลื่อนไหวติดต่อกัน 15 นาที หายใจสะดวกเล็กน้อยเล็กน้อย	<input type="checkbox"/> เดินขึ้นบันได 10 ชั้นเหนื่อยหอบมาก	<input type="checkbox"/> เดิน 10 ก้าวเหนื่อยหอบมากหรือทำกิจวัตรประจำวันเล็กน้อยเหนื่อยง่ายผิดปกติ
2.ท่านรับประทานอาหารอย่างไร	<input type="checkbox"/> รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน และตรงตามเวลาเช้า, กลางวัน, เย็น	<input type="checkbox"/> ครบ 3 มื้อ ใน 1 ตรงตามเวลาเช้า, กลางวัน, เย็น	<input type="checkbox"/> 4 มื้อหรือ 2 มื้อ ใน 1 วัน ตรงตามเวลาเช้า, กลางวัน, เย็น	<input type="checkbox"/> 4 มื้อหรือ 2 มื้อ ใน 1 วัน ไม่ตรงตามเวลาเช้า, กลางวัน, เย็น
3.ท่านรับประทานผัก ผลไม้ อย่างไร	<input type="checkbox"/> ผักและผลไม้ สีส้ม เหลือง และสีเขียวใน 1 สัปดาห์ 3 มื้อ ทุกวัน	<input type="checkbox"/> ผักหรือผลไม้ สีส้ม เหลือง หรือสีเขียว อย่างน้อย 2 มื้อ ทุกวัน	<input type="checkbox"/> ผักหรือผลไม้ สีส้ม เหลือง หรือสีเขียว 1 มื้อ ทุกวัน	<input type="checkbox"/> ผักหรือผลไม้ สีส้ม เหลือง หรือ สีเขียว 1 มื้อ บางวัน
○	○	○	○	○
○	○	○	○	○
○	○	○	○	○



ภาคผนวก ง

ร้อยละของแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางภาคผนวกที่ ค-1 ร้อยละของแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน (N =140)

การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน	ร้อยละของแหล่งการสนับสนุนทางสังคม				
	คู่สมรส	บุตร	ญาติ	เพื่อน	เจ้าหน้าที่
ด้านอารมณ์					
1. ท่านรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก การเอาใจใส่ และความเข้าใจ อย่างสม่ำเสมอ	38.56	72.85	32.14	25.00	4.28
2. ท่านรู้สึกว่าได้ได้รับความอบอุ่นและรู้สึกปลอดภัย	39.28	73.57	28.57	19.28	10.00
ด้านปัญหาด้านสุขภาพ					
3. ท่านรู้สึกว่าผู้ที่ท่านไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้	33.57	62.85	27.14	18.57	0
4. ท่านรู้สึกว่าได้ได้รับความสนใจ เอาใจใส่ ชักถามเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ	37.14	72.85	17.14	15.88	2.86
ด้านปัญหาด้านการช่วยเหลือ					
5. ท่านรู้สึกว่าผู้รับฟังท่านระบายความรู้สึก และเห็นอกเห็นใจ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ	38.56	67.14	24.28	21.43	0
6. ท่านรู้สึกว่าจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหา	22.26	67.14	24.28	22.86	2.86
ด้านปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ					
7. ในวาระสำคัญทางศาสนา ท่านมีโอกาสได้ไปทำบุญทำทานในศาสนา	31.43	60.00	14.28	11.43	1.43
8. ท่านมีบุตรหลาน พูดคุยเรื่องที่ท่านนับถือ ศรัทธา	16.43	37.14	14.17	9.28	0

ตารางภาคผนวกที่ ค-2 ร้อยละของแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของหรือบริการของผู้สูงอายุ  
ชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน (N =140)

การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน	ร้อยละของแหล่งการสนับสนุนทางสังคม				
	คู่สมรส	บุตร	ญาติ	เพื่อน	เจ้าหน้าที่
ด้านสิ่งของหรือบริการ					
9. ท่านรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนด้าน การเงิน เมื่อท่านต้องการ	40.00	70.71	14.28	6.43	0
10. ท่านรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือในการ ทำกิจกรรมประจำวัน เมื่อท่านต้องการ	40.00	66.43	16.43	8.57	0
11. ท่านรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือในการ เดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน	26.43	70.00	17.14	20.71	5.00
12. ท่านรู้สึกว่าได้รับการดูแลช่วยเหลือ เมื่อเจ็บป่วย หรือมีปัญหาด้านสุขภาพ	34.28	75.71	25.00	10.00	4.28
13. ท่านรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือแบ่ง เบาระหน้าที่แทน เมื่อต้องไปปฏิบัติ กิจกรรมนอกบ้าน (เช่น ไปงานเลี้ยง แต่ ยังมีงานบ้านหรืองานอื่นค้างอยู่แต่มีคน ทำแทน)	32.85	63.57	16.43	5.43	0

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางภาคผนวกที่ ค-3 ร้อยละของแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน (N =140)

การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน	ร้อยละของแหล่งการสนับสนุนทางสังคม				
	คู่สมรส	บุตร	ญาติ	เพื่อน	เจ้าหน้าที่
ด้านข้อมูลข่าวสาร					
14. ท่านรู้สึกว่าได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตและอาชีพ	31.43	62.14	22.86	20.71	3.57
15. ท่านรู้สึกว่าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อต้องการเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ	30.00	66.43	17.43	8.57	0
16. ท่านรู้สึกว่าได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มอาสาสมัครเพื่อสังคม หรือกิจกรรมของหมู่บ้าน	15.88	32.14	18.57	35.71	15.57
17. ท่านรู้สึกว่าได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่นในชุมชน	16.43	27.14	25.71	51.43	8.57
18. ท่านรู้สึกว่าได้รับข้อมูลและการชี้แจงในเรื่องที่ท่านต้องการทราบ	22.86	30.71	25.71	24.28	10.00

ตารางภาคผนวกที่ ค-4 ร้อยละของแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคมของผู้สูงอายุชุมชน ภาคใต้ตอนบน (N =140)

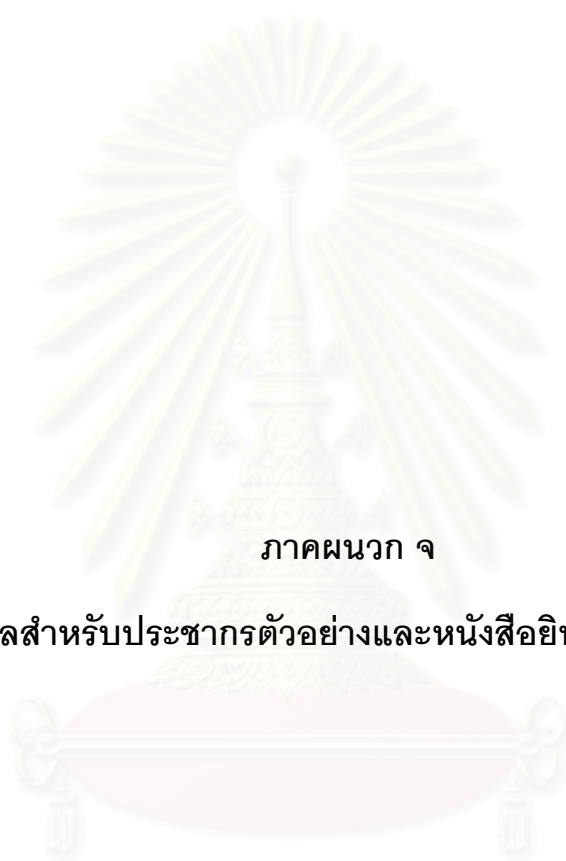
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน	ร้อยละของแหล่งการสนับสนุนทางสังคม				
	คู่สมรส	บุตร	ญาติ	เพื่อน	เจ้าหน้าที่
ด้านการได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม					
19.ท่านรู้สึกว่าได้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	27.86	47.88	25.71	44.28	6.43
20.ท่านรู้สึกว่าได้มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นและได้รับการยอมรับจากผู้อื่น	26.43	49.29	27.86	35.71	8.57
21.ท่านรู้สึกว่าได้ใช้เวลาว่างส่วนหนึ่งในการร่วมทำกิจกรรมทางสังคม	20.71	36.42	16.43	43.57	10.00
22.ท่านรู้สึกว่าได้รู้ความเป็นไปของบุคคลรอบข้างเสมอ	30.00	57.65	30.00	36.42	2.14

ตารางภาคผนวกที่ ค-5 ร้อยละของแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน (N =140)

การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน	ร้อยละของแหล่งการสนับสนุนทางสังคม				
	คู่สมรส	บุตร	ญาติ	เพื่อน	เจ้าหน้าที่
ด้านการได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า					
23. ท่านรู้สึกว่าได้รับการบอกกล่าวหรือแสดงออกให้รู้สึกว่าท่านมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	34.28	59.25	30.00	20.71	4.28
24. ท่านรู้สึกว่าได้ได้รับความเคารพนับถือและยกย่องให้เกียรติ	28.57	63.57	61.00	33.57	6.43
25. ท่านรู้สึกว่าได้ได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานที่สามารถทำได้	32.14	53.57	30.71	33.57	5.71
26. ท่านรู้สึกว่ามีผู้มาขอคำปรึกษาและขอคำแนะนำ	23.57	52.14	31.43	35.00	5.71

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก จ

หนังสือข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย      ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง  
ภาคใต้ตอนบน
2. ชื่อผู้วิจัย              นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน      โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร  
โทรศัพท์ที่ทำงาน      077-503672      โทรศัพท์ที่บ้าน 077- 501597  
โทรศัพท์เคลื่อนที่      09-1030004  
E-mail address :      Pawida.p@student.chula.ac.th
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้
  - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
  - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
    1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
    2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้  
ตอนบน
  - 4.3 ผู้วิจัยคาดว่าการศึกษาวิจัยนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับข้าพเจ้า
  - 4.4 ข้าพเจ้าตอบแบบสอบถามครั้งละ 30-45 นาที เกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับ  
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน
  - 4.5 กรณีที่มีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวภาวิดา พรหม  
ขุนทอง ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 09-1030004
  - 4.6 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้  
ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้าของ
  - 4.7 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้รับทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี – ข้อเสีย  
ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว
  - 4.8 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการได้ทุกขณะ  
โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าจะ  
ได้รับแต่ประการใด

4.9 ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน และไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย

4.10 ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า จะถูกแยกออกจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันการระบุถึงบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์ และเก็บไว้กับผู้วิจัยเพียงผู้เดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อ และที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนอาจในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์

4.11 จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 140 คน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง ที่อยู่ 301 ถนนปรมินทรมรรคา อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนเมืองภาคใต้ตอนบน” เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และเปิดเผยข้อมูลสรุปผลของการวิจัย

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ข้างต้น

.....  
..... (.....)

สถานที่ / วันที่

ผู้ร่วมการวิจัย

.....  
..... (.....)

สถานที่ / วันที่

ผู้ร่วมการวิจัย

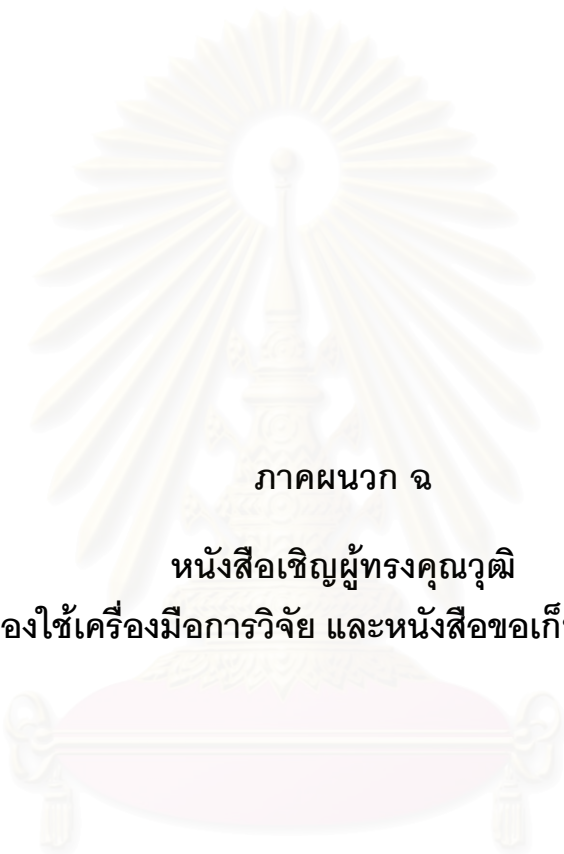
.....  
..... (นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง )

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....  
..... (.....)

สถานที่ / วันที่

พยาน



ภาคผนวก จ

หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

หนังสือขอทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ศธ 0512.11/ ๘/๑๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๘๕ พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญ์ภรณ์ บุณยศิริ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเมือง ภาคใต้ตอนบน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ชูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญ์ภรณ์ บุณยศิริ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ชูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง โทร. 0-9103-0004

ที่ ศษ 0512.11/ 219c

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒5 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

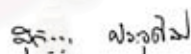
เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเมือง ภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ทิมพ์พรหม ศิลปสุวรรณ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. ทิมพ์พรหม ศิลปสุวรรณ

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง โทร. 0-9103-0004

ที่ ศธ 0512.11/ ๒/๙๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๕ พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเมือง ภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ฐนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. วิราพรพรณ วิโรจน์รัตน์ อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. วิราพรพรณ วิโรจน์รัตน์

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ฐนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง โทร. 0-9103-0004



ที่ ศธ 0512.11/ ๖1๑๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๖ พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง นิสิตชั้นปริญญาโท ภาควิชาการพยาบาลศาสตร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับ  
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเมือง ภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็น  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา  
ของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน  
และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจตุลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง โทร. 0-9103-0004

ที่ ศธ 0512.11/ ๖19๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๖๖ พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

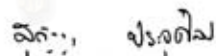
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเมือง ภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ฐนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจริยา พิชญ์ชยะนนท์ พยาบาลวิชาชีพ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกิตฺลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวจริยา พิชญ์ชยะนนท์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ฐนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ชื่อนิสิต

นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง โทร. 0-9103-0004

ที่ ศธ 0512.11/ 420



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/ 3 มีนาคม 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปะทิว

เนื่องด้วย นางสาวภาววิดา พรหมขุนทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ภูมิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเขตเทศบาล อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินแจคคคคือการสูงอายุของผู้สูงอายุ แบบประเมินบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภาววิดา พรหมขุนทอง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ภูมิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาวภาววิดา พรหมขุนทอง โทร. 0-9103-0004

ที่ ศธ 0512.11/ 419



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/3 มีนาคม 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนอง

เนื่องด้วย นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ เป็นอาจารย์ที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดระนอง จำนวน 20 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ แบบประเมินบุคลิกภาพ ของผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบประเมินภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง โทร. 0-9103-0004

ที่ ศธ 0512.11/ 419



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/3 มีนาคม 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 73 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ แบบประเมิน นุคลิกภาพของผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกิตติ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมขีอนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัคย์ โทร. 02-218-9814

นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง โทร. 0-9103-0004

ที่ ศธ 0512.11/ 419



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยศักดิ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/3 มีนาคม 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์

เนื่องด้วย นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ค์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร จำนวน 47 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินเจตคติต่อการสูงอายุของผู้สูงอายุ แบบประเมินบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมชื่อนิสิต

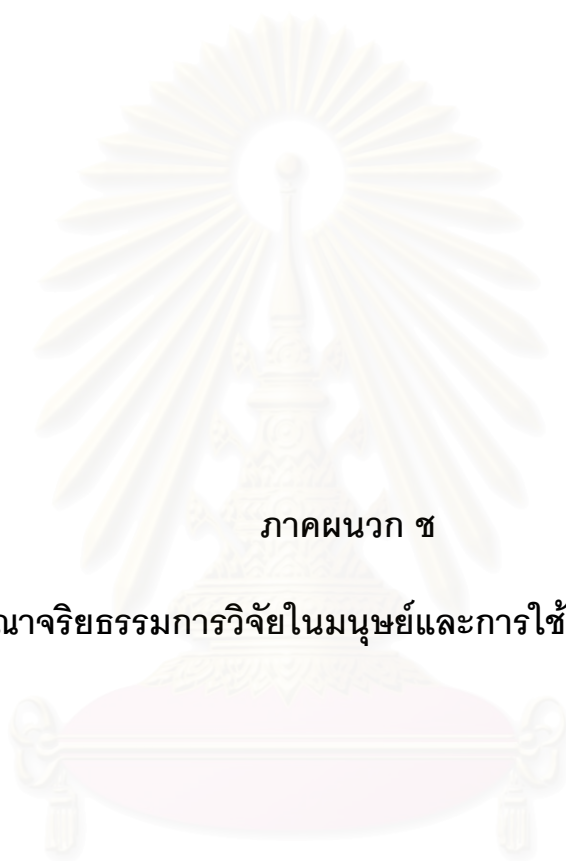
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 0-2218-9828

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ค์ โทร. 02-218-9814

นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง โทร. 0-9103-0004



ภาคผนวก ซ

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ใบรับรอง 009/2549

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ในชุมชนเมืองภาคใต้ตอนบน  
RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND  
HEALTH OF OLDER PEOPLE, NORTHERN PART OF  
SOUTHERN REGION

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวภาวิดา พรหมขุนทอง

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

อนุมัติ ภายใต้เงื่อนไข คือ.....  
.....  
.....

.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปรีดา ทิศนประคินธุ์)

.....เลขานุการ  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล)

รับรองวันที่ 31 มกราคม 2549



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวภาวิตา พรหมขุนทอง เกิดวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ.2515 ที่จังหวัดชุมพร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เมื่อ พ.ศ.2537 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (Flexible Learning) การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2546 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 งานห้องผ่าตัด กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย