แรงจูงใจความรู้พัฒนาการและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

MOTIVATION, DEVELOPMENTAL KNOWLEDGE AND SOCIAL SUPPORTRELATED TO ELDERLY HEALTH CARE BEHAVIORS OF WORKING ADULTS

ณิชารีย์ นิยมสินธุ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2563

แรงจูงใจความรู้พัฒนาการและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

ณิชารีย์ นิยมสินธุ์

ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

MOTIVATION, DEVELOPMENTAL KNOWLEDGE AND SOCIAL SUPPORTRELATED TO ELDERLY HEALTH CARE BEHAVIORS OF WORKING ADULTS

NICHAREE NIYOMSIN

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of MASTER OF ARTS

(Developmental Psychology)

Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University

2020

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

แรงจูงใจความรู้พัฒนาการและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

ของ

ณิชารีย์ นิยมสินธุ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

....

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

....

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

.... ที่ปรึกษาหลัก	.... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัฐวีณ์ สิทธิ์ศิรอรรถ)	(ศาสตราจารย์ ดร.ดุจเดือน พันธุมนาวิน)

ชื่อเรื่อง แรงจูงใจความรู้พัฒนาการและการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน
ผู้วิจัย ณิชารีย์ นิยมสินธุ์
ปริญญา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2563
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. ฉัฐวีณ์ สิทธิ์ศิรอรรถ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส และรายได้ และเพื่อทำนายการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่วัยทำงาน จำนวน 469 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (t-test) การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ (Correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ใหญ่วัยทำงานเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ สูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (2) ผู้ใหญ่วัยทำงานที่ไม่มีคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ สูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่รับ .01 (3) ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้เหลือเก็บมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้พอใช้ และไม่พอใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ (4) แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมได้ ร้อยละ 56.3 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเป็นอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคม อันดับที่สองรองลงมาคือ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, ผู้ใหญ่วัยทำงาน, แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ, การสนับสนุนทางสังคม

Title	MOTIVATION, DEVELOPMENTAL KNOWLEDGE AND SOCIAL SUPPORTRELATED TO ELDERLY HEALTH CARE BEHAVIORS OF WORKING ADULTS
Author	NICHAREE NIYOMSIN
Degree	MASTER OF ARTS
Academic Year	2020
Thesis Advisor	Associate Professor Dr. Shuttawwee Sitsira-at

This main purpose of this research is to compare the behavior of adult caretaker categorized by variables such as gender, marital status, and income to predict their ability to take care of their health by using the motivation to take care of elderly health, development knowledge of the elderly and social support. The sample group consisted of a total of 469 persons working adults for using the layered randomization method. The statistic used in the research were mean, standard deviation, t-test, One-way ANOVA, Correlation, and Multiple Regression. The results revealed the following: (1) female adults had higher overall health care behaviors for the elderly, including physical and mental aspects, than males with a statistical significance of .01; (2) single adults had higher overall and individual health care behaviors for the elderly, including physical and mental aspects than working adults with a partner and at the statistical significance of .01; (3) working adults with a residual income had higher health care behaviors for the elderly than working adults with moderate and inadequate incomes with a statistical significance of .01; and (4) motivation for elderly health care Knowledge of the development of the elderly and social support Together, they predicted the overall health care behavior of the elderly by 56.3%. The primary variables predicted the overall health care behavior of the elderly was social support and the secondary was Incentives for elderly health care.

Keyword : Elderly health care behavior and motivation, Working adults, Development knowledge, Social support

กิตติกรรมประกาศ

กิตกรรมประกาศในครั้งนี้ ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณทุกๆท่านที่ได้คอยช่วยเหลือให้ทุกอย่างสำเร็จและผ่านมาได้ด้วยดี โดยเฉพาะอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. ฉัฐวีณ์ สิทธิ์ศิรอรรถ ที่คอยให้คำแนะนำ อีกทั้งยังช่วยเหลือในทุกๆด้าน และสั่งสอนถึงวิธีในการทำการวิจัย ทั้งนี้ยังคอยเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง รวมถึงครอบครัวของผู้วิจัยเอง ที่เป็นกำลังใจที่หนักแน่นมาโดยตลอด ในวันที่ผู้วิจัยอยู่ในภาวะที่หมดไฟจากการทำสิ่งต่างๆมากมาย อีกทั้ง ยังเป็นจุดเริ่มต้น ที่ทำให้ผู้วิจัย สนใจศึกษาประเด็นนี้ และขอขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกๆท่านของ คณะมนุษยศาสตร์ จิตวิทยาพัฒนาการ ที่ให้คำแนะนำต่างๆมากมาย รวมถึงสั่งสอนมานับไม่ถ้วนในทุกๆภาควิชา ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. ดุจเดือน พันธุมนาวิน ที่เข้ามาเป็นประธานในการสอบครั้งสุดท้าย อีกสิ่งหนึ่งที่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ คือ ผู้คนที่อยู่รอบตัวของผู้วิจัยเอง ที่คอยเป็นกำลังใจ คอยช่วยเหลือ มาโดยตลอด และสถานที่แห่งนี้ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นับว่าเป็นสถานที่แห่งความทรงจำมากมาย ถึงแม้ในสถานการณ์ของโรคระบาด ก็สามารถทำให้หารเรียนการสอน สำเร็จและผ่านไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และในงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจาก จิตวิทยาพัฒนาการ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนคริทรวิโรฒ

ณิชารีย์ นิยมสินธุ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .... จ

กิตติกรรมประกาศ .... ฉ

สารบัญ .... ช

สารบัญตาราง .... ญ

สารบัญรูปภาพ .... ฏ

บทที่ 1 บทนำ 1

ภูมิหลัง 1

ความมุ่งหมายของงานวิจัย 3

ความสำคัญของการวิจัย 3

ขอบเขตของการวิจัย 4

ตัวแปรที่ศึกษา 4

นิยามปฏิบัติการ 5

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 7

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน 8

1.1 ภารกิจพัฒนาการของผู้ใหญ่วัยทำงาน 8

1.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน 9

1.3 ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 13

1.4 การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 14

2. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน 15

2.1 แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 15

2.2 ความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 17
2.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ 23
3. ตัวแปรภูมิหลังกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน 32
กรอบแนวคิดของการวิจัย 34
สมมติฐานของการวิจัย 36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 37
การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 37
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 38
การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย 42
การเก็บรวบรวมข้อมูล 42
สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัย 43
บทที่ 4 ผลการศึกษา 44
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 44
การเปรียบเทียบภายหลัง (Post-Hoc) 47
บทที่ 5 59
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 59
ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้ 59
สมมติฐานของการวิจัย 59
สรุปผลการวิจัย 59
อภิปรายผลการวิจัย 60
ข้อเสนอแนะการวิจัย 66
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย 66
ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป 66

บรรณานุกรม 67

ภาคผนวก.. 72

ภาคผนวก ก 73

แบบสอบถาม.. 73

ภาคผนวก ข คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 82

ประวัติผู้เขียน... 88

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 สังเคราะห์ ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม.. 29

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน... 44

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ และสถานภาพสมรส.. 45

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ของผู้ใหญ่วัยทำงาน จำแนกตามตัวแปรรายได้ 46

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมของผู้ใหญ่วัยทำงานตามรายได้.. 47

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายของผู้ใหญ่วัยทำงานตามรายได้.. 47

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้ใหญ่วัยทำงานตามรายได้.. 48

ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน (N = 469) 49

ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการรายด้าน และการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน... 50

ตาราง 10 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส และรายได้.. 52

ตาราง 11 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุรายด้าน และการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส และรายได้ 55

ตาราง 12 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Corrected item-total correlation หรือ CITC) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.. 83

ตาราง 13 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Corrected item-total correlation หรือ CITC) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) ของแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.. 85

ตาราง 14 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Corrected item-total correlation หรือ CITC) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) ของความรู้พัฒนาการ 86

ตาราง 15 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Corrected item-total correlation หรือ CITC) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) ของการสนับสนุนทางสังคม.. 87

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย 35

ภาพประกอบ 2 กลุ่มตัวอย่าง 38

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

ในปัจจุบันแนวโน้มของประชากรในประเทศไทยผู้สูงวัยนั้นมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับผู้สูงวัยที่อยู่ด้วยตนเองไม่ได้ต้องอาศัยอยู่กับผู้ดูแลเพราะอยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งเกิดมาจากความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายจนนำไปสู่ความพิการนั้นก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน นอกจากปัญหาสุขภาพแล้ว สถานการณ์การเติบโตอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้สูงอายุ ก็เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เพราะการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรที่หลายประเทศกำลังเผชิญ บางประเทศก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ และผู้ใหญ่วัยทำงานกับเด็กมีอัตราการเกิดและการตายที่ลดน้อยลง เนื่องจากการพัฒนาด้านการแพทย์และเทคโนโลยีที่พัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 10 หรือผู้ที่มีอายุประมาณ 65 ปีขึ้นไปเกินมาร้อยละ 7 ของจำนวนประชากรในประเทศ ถือได้ว่าประเทศนั้นได้อยู่ในยุคสังคมผู้สูงวัยอย่างชัดเจน (Aging Society) และกลายเป็นสังคมผู้สูงวัยแบบโดยสมบูรณ์ (Aged Society) และหากจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าตัวจากประชากรทั้งประเทศ จะกลายเป็นสังคมผู้สูงวัยในระดับสุดยอด (Super Aged Society) ซึ่งประเทศไทยเองได้เข้าสู่สังคมวัยชรา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีผู้สูงอายุ 10.4% และในภายในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยเองก็จะเข้าสู่ สังคมวัยชราโดยสมบูรณ์ (กรมสุขภาพจิต, 2563)

นอกจากโครงสร้างของประชากรที่มีการเพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อยๆผู้ที่เป็นวัยชราย่อมมีผลกระทบต่อทางด้านพัฒนาเรื่องต่างๆของประเทศกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม มีความเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายทั้งของรัฐและผู้ดูแลบุคคลในวัยชราในเรื่องของสวัสดิการและสุขอนามัยของผู้สูงอายุ วัยชรานั้นเป็นวัยที่พัฒนาการทางด้านต่างๆมักถดถอยลง แม้ว่าสมรรถภาพของผู้สูงอายุในวัยเดียวกันอาจมีความแตกต่างกัน แต่ขึ้นอยู่กับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและการได้รับการดูแลจากผู้ดูแล โดยหลักๆ จะพบความเสื่อมถอยของพัฒนาการของวัยชราในด้านต่างๆ เกิดจาก 1) พัฒนาการทางด้านร่างกาย คือ สภาพร่างกายจะมีการเสื่อมถอย มีความเจ็บไข้ได้ป่วยบ่อยครั้งและใช้เวลานานกว่าคนหนุ่มสาวในการฟื้นฟูร่างกาย 2) พัฒนาการทางด้านสติปัญญา ผู้สูงอายุจะหลงลืมง่าย ความจำเลอะเลือน ทักษะในการคิดริเริ่มอาจจะไม่คล่องแคล่วเหมือนก่อน และความรอบคอบลดลง แต่ผู้สูงอายุบางคนจะมีพัฒนาการทางด้านสมองดีกว่าทางด้านร่างกาย 3) พัฒนาการทางด้านอารมณ์ คือ การมีอารมณ์ไม่คงที่ ชอบบ่น แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมสังคม และ ประสบการณ์ที่ผ่านมาด้วย 4) พัฒนาการทางด้านสังคม เนื่องจากวัยสูงอายุส่วนมาก

จะให้ความสนใจเรื่องศาสนา การให้คำปรึกษา และเป็นหลักใจให้กับลูกหลานในครอบครัว (ประณต เค้าฉิม, 2549)

จากโครงสร้างทางสังคมได้ถูกเปลี่ยนแปลงและก้าวเข้าสู่สังคมวัยชราดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคนที่อยู่ในวัยทำงานจำเป็นต้องเข้ามาดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ดังนั้นหากผู้ที่จะต้องคอยหมั่นดูแลบุคคลในวัยชรามีความเข้าใจ และตระหนักในเรื่องของการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและไม่ทำให้ผู้สูงอายุหรือตัวผู้ดูแลเองต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะมีภาระหน้าที่ที่ทำงานนอกบ้านและต้องดูแลสมาชิกทุกคนในครอบครัวทุกช่วงวัย โดยเฉพาะผู้มีพระคุณ หรือ ผู้สูงอายุด้วยแล้ว ผู้ดูแลยังต้องจัดการกับปัญหาส่วนตัวจากการทำงานอีกด้วย (วชิราพรรณ เทพิน, 2553) ดังนั้น ผู้ใหญ่วัยทำงานจึงมีทั้งภารกิจพัฒนาการและวิกฤตทางพัฒนาการที่ต้องปรับตัวกับการดูแลพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่ง โบเวอร์ (Bower, 1987) ได้อธิบายถึงการได้ดูแลสุขภาพผู้สูงวัยในการดำรงชีวิตประจำวัน (Instrumental Caregiving) ว่าเป็นการดูแลบุคคลในวัยชราเพื่อให้เคงเดิมต่อการทำหน้าที่ของทางร่างกายและภาวะสุขภาพทำให้ผู้สูงวัยมีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การดูแลด้านโภชนาการและอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านสุขภาพจิต

การอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นับว่าเป็นความดีของบุตรหลานที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวตามแนวคิดทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2538) ที่อธิบายว่าบุคคลที่จะประสบความสำเร็จในการทำสิ่งต่างๆจะต้องมีคุณสมบัติของคนดี คนเก่ง และมีความสุข ความดีนั้นคือส่วนประกอบที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแล ให้ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมต่อครอบครัว ต่อตนเองและต่อผู้สูงอายุ ตลอดจนต่อสังคมส่วนรวม โดยทฤษฎีนี้อธิบายถึงปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกหรือสถานการณ์ว่าเป็นสาเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกันกับผลที่เกิดขึ้นในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจากผลงานวิจัยตามแนวคิดทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม พบว่าปัจจัยภายในสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมต่างๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ แรงจูงใจ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2538) และ ปัจจัยภายนอกสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้ และ การสนับสนุนทางสังคม (วชิราพรรณ เทพิน, 2553)

แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม จึงมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน ซึ่งแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน เป็นต้องการของผู้ใหญ่วัยทำงานที่จะดูแลผู้สูงอายุด้วยความมานะพยายามเพื่อทำให้ผู้สูงอายุในครอบครัวดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

(Loudon และ Bitta, 1988; Lovell, 1980) ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้ในด้านต่างๆที่เกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลต้องนำความรู้ส่วนนี้มาดูแลผู้สูงอายุ (Burman, 1969) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือทางด้านการเงิน แรงงาน หรือวัสดุสิ่งของต่างๆ ตลอดจนการได้รับข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเองจากบุคคลอื่นซึ่ง อยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากร ทางสุขภาพคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนรวมกัน แล้วทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ รู้สึกมี คุณค่าและเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (วิลาวัลย์ รัตนา, 2552)

ดังนั้น งานวิจัยฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน เนื่องจากสังคมไทยปัจจุบันสมาชิกครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบกับโครงสร้างประชากรที่มีจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น บางครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุตรหลานมีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบทั้งงานและครอบครัว แต่บุตรหลานยังคงมีความต้องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวของตน ดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ และผู้ใหญ่ที่เป็นบุตรหลานหรือคนในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก จะได้นำข้อมูลจากการวิจัยนี้ไปดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ให้มีสุขภาพดีและเป็นหลักใจให้กับผู้ใหญ่วัยทำงานและสมาชิกทุกคนในครอบครัวต่อไป

ความมุ่งหมายของงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส และรายได้

2. เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส และรายได้

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้ข้อมูลของผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มเสี่ยง ดังนี้คือ ผู้ใหญ่วัยทำงานเพศ ชาย หรือ หญิง สถานภาพมีคู่หรือไม่มีคู่ และ

รายได้พอใช้และไม่พอใช้หรือเหลือเก็บ จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อยกว่า ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรจะได้รับการส่งเสริมพฤติกรรม

2. ทราบผลการทำนายตัวแปรที่สำคัญและมีความเกี่ยงข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ได้ข้อมูลสำคัญว่าตัวแปรใดที่เป็นสาเหตุสำคัญมากที่สุดและลำดับรองลงมา เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น พยาบาล อาสาสมัครชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ นำไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่วัยทำงาน ซึ่งเป็นบุคคลวัยกลางคนที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่ทำงานในบริษัทเอกชน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่าง คือ 10 ถึง 40 คน × จำนวนตัวแปรในงานวิจัย ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 40 × 10 = 400 คน ซึ่งงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 469 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้
    1.1 แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
    1.2 ความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ 4 ด้าน ประกอบด้วย
        1.2.1 ด้านร่างกาย
        1.2.2 ด้านอารมณ์
        1.2.3 ด้านสังคม
        1.2.4 ด้านสติปัญญา
    1.3 การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ประกอบด้วย
        1.3.1 ด้านอารมณ์
        1.3.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร
        1.3.3 ด้านทรัพยากร
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
3. ตัวแปรกลุ่มย่อย ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และรายได้

นิยามปฏิบัติการ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การช่วยเหลือและเอาใจใส่ผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ด้วยการดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย คือ การออกกำลังกาย การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน การอำนวยความสะดวกสบายสำหรับการเดินทาง การจัดเตรียมอาหาร การป้องกันอุบัติเหตุ การอำนวยความสะดวกสบายในการเดินทาง

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ คือ เข้าใจถึงความต้องการภายในจิตใจผู้สูงอายุและยังสามารถที่จะตอบสนองความต้องการให้แก่ผู้สูงอายุได้ ในเรื่อง การจัดการด้านการเงิน การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมภายในบ้าน

การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของ โบเวอร์ (Bower, 1987) แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินรวมค่า (Summate rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่วัยทำงานที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง เป็นความต้องการภายในของผู้ใหญ่วัยทำงานที่จะดูแลผู้สูงอายุด้วยความมานะพยายามเพื่อทำให้ผู้สูงอายุภายในครอบครัวดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข โดยมีเป้าหมาย มีความมุ่งมั่นอยากทำให้ผู้สูงอายุได้รับสิ่งที่ดีและมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ

การวัดแรงจูงใจในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของแมคเคลแลนด์ (McClelland, 1961) แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินรวมค่า (Summate rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าแสดงว่ามีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ หมายถึง การมีความรู้ความเข้าใจตามหลักพัฒนาการของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. พัฒนาการทางด้านร่างกาย เป็นสภาวะทางร่างกายที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมถอย

2. พัฒนาการทางด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้สูงวัยหรือวัยชรามีอารมณ์ไม่คงที่ เดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย ชอบบ่น

3. พัฒนาการทางด้านสังคม คือการทำหน้าที่ผู้ให้การสนับสนุนดูแลลูกหลานในครอบครัว

4. พัฒนาการทางด้านสติปัญญา เนื่องด้วยผู้สูงวัยมักจะหลงลืมง่าย ความจำเลอะเลือน

การวัดความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามหลักพัฒนาการของผู้สูงอายุ (ประณต เค้าฉิม, 2549) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบ ถูก ผิด การให้คะแนน คือ 1 คือ ถูก และ 0 คือ ผิด ผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุสูงกว่าแสดงว่ามีความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รู้ว่าตนเองมีการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และกลุ่มในที่ทำงาน ดังต่อไปนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotion support) หมายถึง การได้รู้ว่าตนเองเป็นที่ยกย่อง ได้รับความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการตั้งใจฟัง

2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การรับรู้ว่าตนเองได้รับคำแนะนำ ได้รับข้อมูล ข้อเสนอแนะ และข่าวสารต่างๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้

3. ด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การรับรู้ว่าตนเองได้รับการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับ เครื่องมือ สิ่งของ การเงิน แรงงาน การปรับปรุงสภาพแวดล้อม และเวลา ที่มีความจำเป็น ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหาร หรือในการทำกิจกรรม ซึ่งช่วยให้บุคคลได้มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ

การวัดการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการสังเคราะห์แนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินรวมค่า (Summate rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง “แรงจูงใจ ความรู้พัฒนาการ และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน” ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ โดยจะนำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน
   1.1 ภารกิจพัฒนาการของผู้ใหญ่วัยทำงาน
   1.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
   1.3 ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
   1.4 การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน
   2.1. แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
      2.1.1 ความหมายของแรงจูงใจ
      2.1.2 การวัดแรงจูงใจ
      2.1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
   2.2. ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ
      2.2.1 ความหมายและการแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุ
      2.2.2 ความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ
      2.2.3 การวัดความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ
      2.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
   2.3. การสนับสนุนทางสังคม
      2.3.1. ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
      2.3.2. รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม
      2.3.3. การวัดการสนับสนุนทางสังคม
      2.3.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ตัวแปรภูมิหลังกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน
4. กรอบแนวคิดในงานวิจัย
5. สมมติฐานในการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

การศึกษาพัฒนาการของมนุษย์สามารถแบ่งได้เป็นหลายช่วงวัย ซึ่งทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริคสัน (Erikson, 1964) แบ่งพัฒนาการของมนุษย์เป็น 8 ขั้น ซึ่งบุคคลที่อยู่ในวัยที่มีความรับผิดชอบทั้งทางหน้าที่การงาน และต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว คือ วัยกลางคน หรือ ผู้ใหญ่วัยทำงาน ในขั้นที่ 7 ช่วงวัยนี้ เป็นวัยที่มีครอบครัว มีบุตรหลาน ต้องหมั่นดูแลบุคคลในครอบครัว และเป็นวัยที่สนใจสร้างประโยชน์ให้แก่สังคม ทำเพื่อส่วนรวม สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี และเอาใจใส่บุคคลในครอบครัว เป็นวัยที่ตั้งใจทำงานเพื่อทำให้สิ่งต่างๆรอบตัวนั้นดีขึ้น

1.1 ภารกิจพัฒนาการของผู้ใหญ่วัยทำงาน

คำว่า Adult มาจากภาษาละติน Adultus ซึ่งมีความหมายว่า “ เจริญเติบโตเต็มที่ทั้งด้านขนาดและความแข็งแรง ” หรือ “ มีวุฒิภาวะ ” ดังนั้น ผู้ใหญ่ (Adult) จึงหมายถึงบุคคลที่เจริญเติบโตอย่างเต็มที่และพร้อมสำหรับการมีสถานภาพในสังคมร่วมกับผู้อื่น วัยผู้ใหญ่ (Adulthood) คือ บุคคลที่มีช่วงอายุระหว่าง 21 ถึง 60 ปี นักจิตวิทยาแบ่งช่วงระยะพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ออกเป็น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early adulthood) คือ อายุตั้งแต่ 21 ถึง 40 ปี วัยกลางคน (Middle age หรือ Middle adulthood) คือ อายุตั้งแต่ 40–60 ปี (Richardson, 2010; ประณต เค้าฉิม, 2549; สุชา จันทร์เอม, 2541) ในงานวิจัยฉบับนี้ทำการศึกษาในผู้ใหญ่วัยทำงานที่อยู่ในช่วงวัยกลางคน ซึ่งวิกฤตทางพัฒนาการที่พบของคนในวัยนี้มีสามประการ คือ วิกฤตของการเป็นพ่อแม่ วิกฤตจากการดูแลพ่อแม่ และวิกฤตจากความตาย สำหรับการศึกษาผู้ใหญ่ทำงานที่มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จัดเป็นวิกฤตข้อที่สอง คือ วิกฤตจากการดูแลพ่อแม่ที่แก่เฒ่า ซึ่งผู้ใหญ่วัยทำงานกลุ่มนี้จำนวนมากจะรู้สึกผิดเมื่อไม่สามารถดูแลพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุได้ (ประณต เค้าฉิม, 2549)

ฮาวิกเฮิร์ส (Havighurst, 1956; Hurlock, 1967) ได้นำเสนอภารกิจพัฒนาการของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่วัยทำงาน ว่าประกอบด้วย การมีความรับผิดชอบต่อบ้านเมืองและสังคม การช่วยเหลือลูกวัยรุ่นให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบและมีความสุข การพัฒนากิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง การรักษาสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับคู่ครอง การยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง การยึดมั่นในการปฏิบัติหน้าที่การงาน และ การปรับตัวกับพ่อแม่ที่อยู่ในวัยชรา จะเห็นได้ว่าผู้ใหญ่วัยทำงานมีทั้งภารกิจพัฒนาการและวิกฤตทางพัฒนาการที่ต้องปรับตัวในการดูแลพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่ง โบเวอร์ (Bower, 1987) ได้อธิบายถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวัน (Instrumental Caregiving) ว่าเป็นการดูแลผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี เช่น การดูแลด้านโภชนาการและ

อาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านสุขภาพจิต

1.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน เป็นกิจกรรมที่ผู้ใหญ่วัยทำงานทำเพื่อคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข นักพฤติกรรมศาสตร์ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2538; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532; สวิง สุวรรณ, 2532) แบ่งแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลเป็นสามแนวคิด คือ แนวคิดที่หนึ่ง ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra individual causal assumption) มีสมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เช่น แรงจูงใจ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ แนวคิดที่สอง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra individual causal assumption) มีสมมติฐานว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ โครงสร้างสังคม การศึกษา การเมือง องค์ประกอบด้านประชากร และครอบครัว ซึ่งการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวจะมีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวด้วย แนวคิดที่สาม ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple causality assumption) มีสมมติฐานว่าพฤติกรรมมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

การอธิบายคำจำกัดความของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีนักวิชาการหลายคนให้ความหมายไว้ดังนี้ เพนเดอร์ (Pender, 1982) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุว่า การดูแลสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่ริเริ่มและกระทำในวิถีทางของบุคคลหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุให้มีความเป็นอยู่ที่ดียิ่งขึ้น โอเรม (Orem, 1991) ให้ความหมายว่า การดูแลสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มและ กระทำอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมาย มีแบบแผน และขั้นตอนเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี ปลอดโรคภัยและอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องคำนึงถึง สุริยาภรณ์ อินทรภิรมย์ (2550) ให้ความหมายว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล หมายถึง การที่บุคคลหรือผู้ดูแลนั้นให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีในการดำรงชีวิตในประจำวันเพื่อให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตที่ดีตามมา วชิราพรรณ เทพิน (2553) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมที่เป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทางด้าน การดูแลด้านโภชนาการและอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านสุขภาพจิต

สำหรับองค์ประกอบที่เกี่ยวของกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานนั้น บลูม (Bloom, 1975) อธิบายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมว่าประกอบด้วยสามส่วน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง พุทธิปัญญา (Cognitive Domain) เป็นความรู้ความเข้าใจ ความสามารถ และทักษะด้านสติปัญญา ส่วนที่สอง อารมณ์ (Affective Domain) เป็นความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ ความชอบหรือไม่ชอบ ส่วนที่สาม ด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นความตั้งใจหรือพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งผู้ใหญ่วัยทำงานเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการที่ผู้วิจัยได้ประมวลเอกสารเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน ซึ่งมักเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องผูกพันธ์และดูแลช่วยเหลือความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุทั้งด้านจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และการดำรงชีวิตประจำวัน (Cieirelli, 1981; Woods, 1991) เพื่อให้สามารถอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า คาฟเฟร์ (Caffrey, 1991) ได้แบ่งพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุไว้สามระยะ คือ ระยะที่หนึ่ง ระยะที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้ แต่จะถูกลดบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัวและความรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุในระยะนี้จะเป็นการดูแลด้านอารมณ์ เช่น การให้ความเคารพยกย่อง เชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ ระยะที่สอง ระยะที่ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลเรื่องการเตรียมอาหาร การซักเสื้อผ้า การดูแลที่อยู่อาศัย และการดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ระยะที่สาม ระยะที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวจะดูแลในเรื่อง การพาไปรับการรักษาเพราะการซื้อยา การจัดยาให้รับประทาน การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม การพักผ่อนอย่างเพียงพอ ตลอดจนการอาบน้ำ และการพาไปห้องน้ำ

สำหรับแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน ซิลเลอลี่ (Cieirelli, 1981) อธิบายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุไว้สองประการ คือ ประการที่หนึ่ง การดูแลระดับปฐมภูมิ (Primary service) คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย เป็นการจัดเตรียมโภชนาการและอาหาร เครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกันอุบัติเหตุ ประการที่สอง การดูแลระดับทุติยภูมิ (Secondary service) คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่อง โดยที่บุตรหลานปฏิบัติตนให้ผู้สูงอายุในครอบครัวรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าจากการที่บุตรหลานแสดงความเคารพนับถือด้วยกริยาและวาจา ดูแลให้ผู้สูงอายุทำงานตามความสามารถ เช่น ปลูกต้นไม้ ทำอาหาร และทำงานอดิเรก ดูแลให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

หากผู้สูงอายุมีความเลื่อมใสในศาสนาควรหาโอกาสพาไปวัดเพื่อฟังเทศฟังธรรมและทำบุญ ดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่างๆ ตามสมควรแก่วัยของผู้สูงอายุ

โบเวอร์ (Bower, 1987) แบ่งการดูแลผู้สูงอายุออกเป็นห้าด้าน คือ ด้านที่หนึ่ง การให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (Anticipatory caregiving) คือ การที่บุคคลผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุได้ให้เวลาและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยด้วย มีการและเปลี่ยนรับรู้และตัดสินใจร่วมกัน ด้านที่สอง การให้การดูแลเพื่อการป้องกัน (Preventive caregiving) คือ การดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การเตรียมอาหารที่เหมาะสม การจัดยารักษาโรค การจัดบ้านเรือน การจัดสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยอยู่ให้มีความปลอดภัย ด้านที่สาม การให้การดูแลโดยการพาไปทำกิจกรรม (Supervisory caregiving) คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยบุคคลหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเดินทางไปไหนมาไหนกับผู้สูงอายุได้ หรือเป็นการพาไปทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การพาไปซื้อของ การพาไปตรวจสุขภาพ และการพาไปรับการรักษาเมื่อผู้สูงอายุได้รับความเจ็บป่วย ด้านที่สี่ การให้การดูแลเพื่อปกป้องคุ้มครอง (Protective caregiving) คือ การดูแลผู้สูงอายุโดยการให้ความเคารพนับถือ การให้ความรัก เป็นการดูแลผู้สูงอายุทางสภาพจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ด้านที่ห้า การให้การดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวัน (Instrumental caregiving) คือ การดูแลผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี เช่น การดูแลด้านโภชนาการและอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านสุขภาพจิต โบเวอร์ (Bower, 1987) สรุปพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุว่าบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจะต้อง ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ด้วยการดูแลสุขภาพ การจัดการด้านการเงิน การช่วยทำงานบ้าน การจัดเตรียมอาหาร การอำนวยความสะดวกสบายในการเดินทาง ซึ่งส่วนมากเป็นการช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว หากติดภารกิจก็จะบริหารจัดการและมอบหมายหน้าที่ให้ผู้ที่ไว้วางใจได้ทำการดูแลผู้สูงอายุแทน อย่างไรก็ตามสถาบันหลักที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุคือสมาชิกในครอบครัว เพราะจะเข้าใจถึงความต้องการผู้สูงอายุและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ เสนอ อินทรสุขศรี (2526) อธิบายว่าสมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องดูแลผู้สูงอายุในเรื่องต่อไปนี้คือ การช่วยเหลืองานบ้าน การช่วยจัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การจัดที่อยู่อาศัยให้มีแสงสว่างพื้นไม่ลื่นจนเกินไปและควรจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง ช่วยซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้ ให้เงินผู้สูงอายุไว้ใช้ตามสมควร ดูแลเอาใจใส่เรื่องการอาบน้ำแต่งตัว การพาผู้สูงอายุไปตรวจร่างกายทุกหกเดือนและให้การรักษาพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย การไปรับไป

ส่งเมื่อผู้สูงอายุต้องการออกนอกบ้าน การให้ความบันเทิงในบ้านและจัดให้พบปะเพื่อนฝูง การแสดงความรักให้ความเคารพนับถือด้วยกาย วาจา รับฟังปัญหาให้กำลังใจ และให้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ หางานที่เหมาะสมให้ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนยังมีประโยชน์ต่อครอบครัว อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุไม่ต้องการให้ใครมาสั่งหรือใช้ให้ทำงาน ให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือส่งเสริมให้ทำงานอดิเรก ตลอดจนดูแลเรื่องความปลอดภัยในบ้านนอกบ้านและการป้องกันโรคต่างๆ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรจัดการดูแลให้ครบถ้วนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ควรปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้

1.การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวันในแต่ละวัน ได้แก่ ในเรื่องของอาหาร น้ำ และอากาศ

อาหาร ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องคำนึงอย่างมากในเรื่องภาวะโภชนาการเพราะเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ และยังชะลอการทรุดโทรมของร่างกาย คอยดูแลผู้สูงอายุให้รับประทานอาหารที่เหมาะสม ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละ (จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2533; พัชรี ตันศิริ, 2533)

น้ำ หากขาดน้ำจะส่งผลทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงต้องใส่ใจในเรื่องของการดื่มน้ำเป็นอันดับแรก น้ำมักจะละลายสารต่างๆได้ดี ทำให้ส่งผลมีการขับถ่ายที่ดีตามมา (จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2533)

อากาศ ผู้สูงอายุมีการระบายอากาศลดลงและจุอากาศในปอดได้ค่อนข้างน้อย ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงควรคอยดูให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมที่ดีอยู่ในอากาศที่ถ่ายเทสะดวก เพื่อลดโอกาสไม่ให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2531)

2. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผู้ดูแลจะต้องดูแลด้านการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติ โดยที่ต้องคอยดูให้ผู้สูงอายุไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ เพราะอาจทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีความผิดปกติ อีกทั้งควรลดเครื่องดื่ม จำพวก ชา กาแฟ เพื่ออาจทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับพักผ่อนได้ไม่เพียงพอและจะทำให้ตื่นมาปัสสาวะกลางดึกบ่อยมากขึ้น (ภัทรพร ไพเราะ, 2539)

3. ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรดูแลในเรื่องของกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันรวมถึงการพักผ่อน เลือกกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายอีกทั้งควรดูแลในเรื่องของการพักผ่อนอย่างเหมาะสม (ยง พิทยานิยม, 2537)

4. การใช้เวลาว่างกับการมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อื่น ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรแบ่งเวลาหรือจัดแจงเวลาแก่ผู้สูงอายุให้เหมาะสมในแต่ละวัน โดยจัดช่วงเวลาสำหรับการอยู่ตามลำพังเพื่อที่ผู้สูงอายุจะมีเวลาเป็นของตนเองในแต่ละวัน (พัชรี ตันศิริ, 2533)

5. การป้องกันอันตรายต่างๆ การป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องคำนึงถึงสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะการเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจะหมายถึงปัญหาต่างๆที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวต้องดูแลความปลอดภัยป้องกันอันตรายอย่างใกล้ชิดแก่ผู้สูงอายุ (จรัสวรรณ เทียนประภาส, 2533; พัชรี ตันศิริ, 2533)

6. ผู้ดูแลควรคำนึงถึงการส่งเสริมและพัฒนาการความสามารถของผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาและรักษาไว้ จากการที่ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวพาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2531)

เตือนใจ ทองคำ (2549) อธิบายว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุ ปฏิบัติด้วยกิจกรรมต่างๆเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการปฏิบัติกิจกรรมนั้นต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ ในชีวิตประจำวัน

จากการประมวลเอกสารข้างต้นผู้วิจัยสรุปว่าผู้ใหญ่วัยทำงานมีทั้งภารกิจพัฒนาการและวิกฤตทางพัฒนาการที่ต้องปรับตัวในการดูแลพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ใหญ่วัยทำงานซึ่งมีผู้สูงอายุในครอบครัวดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ด้วยการดูแลสุขภาพ การจัดการด้านการเงิน การช่วยทำงานบ้าน การจัดเตรียมอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกันอุบัติเหตุ การอำนวยความสะดวกสบายในการเดินทาง ตลอดจนเข้าใจถึงความต้องการผู้สูงอายุและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ

1.3 ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งในงานวิจัยนี้ อธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม ในการอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ว่าเป็นความดีของบุตรหลาน (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2538) ดังละเอียดต่อไปนี้

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2538) ได้สร้างทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมที่ได้จากประมวลสรุปผล การวิจัยต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการแสวงหาสาเหตุทางจิตใจของบุคคลที่มีพฤติกรรมคนดีและคนเก่งในสังคมไทยที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานหรือกระทำสิ่งใดๆ จะต้องมี

คุณสมบัติของคนเก่ง ส่วน ความดีนั้นก็จะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของบุคคลที่ขยันขันแข็งเพื่อองค์กรและเพื่ออนาคตของชาติ ทฤษฎีนี้ได้วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมคนดีและคนเก่งว่ามีองค์ประกอบทางจิตใจที่สำคัญ 8 ประการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท

ประเภทแรกคือ ลักษณะที่เป็นพื้นฐานทางจิตใจ 3 ประการซึ่งเป็นส่วนรากของต้นไม้ ได้แก่ 1) สติปัญญาดี 2) การมีสุขภาพจิตดี 3) ประสบการณ์ทางสังคมสูง

ประเภทที่สองเป็นส่วนของลำต้น เป็นส่วนจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอีก 5 ประการ ประกอบไปด้วย 1) ความสามารถในการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม 2) ลักษณะมุ่งอนาคตและควบคุมตน 3) ความเชื่ออำนาจในตน 4) ทัศนคติหรือเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้นๆ 5) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์

ประเภทที่สามเป็นส่วนของดอกและผลไม้บนต้น เป็นส่วนที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการทำความดีต่อผู้อื่นและตนเอง หรือเรียกได้ว่า ทำความดีละเว้นความชั่ว ในเรื่องของการทำงานมักทำงานอย่างขยันขันแข็งมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่การงาน ซึ่งส่วนนี้ เป็นการบ่งชี้ถึงความเป็นพลเมืองดี ทำดีเพื่อส่วนรวมและคนรอบข้าง เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงคุณความดีในแบบของตนเองที่มีต่อผู้อื่น

จากการศึกษาทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นความดีของบุตรหลานตามแนวคิดทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2538) ที่อธิบายว่าการที่บุคคลจะประสบความสำเร็จในการกระทำใดๆ จะต้องมีคุณสมบัติของคนดี คนเก่ง และมีความสุข ซึ่งความดีนั้นจะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของบุคคลที่แสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสมทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว ตลอดจนต่อสังคมส่วนรวม โดยทฤษฎีนี้อธิบายถึงปัจจัยภายในหรือจิตลักษณะเดิม (Psychological factors) และปัจจัยภายนอกหรือสถานการณ์ (Situational factors) ว่าเป็นสาเหตุที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผลที่ปรากฏ ดังนั้นในงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน ซึ่งเป็นพฤติกรรมของคนดี โดยศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยภายในหรือจิตลักษณะ ประกอบด้วย แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ และปัจจัยภายนอกหรือสถานการณ์ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

1.4 การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ประมวลเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวกับการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ พบงานวิจัยที่มีการสร้างแบบวัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัย ดังเช่น

งานวิจัยของ วชิราพรรณ เทพิน (2553) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ทุกครั้ง ถึง ไม่เคยเลย เมื่อสร้างแบบวัดแล้วได้นำแบบวัดไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นำผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 50 คน นำแบบวัดมาทำการวิเคราะห์คุณภาพรายข้อ และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า พบว่ามีค่า 0.95

พรพรรณ วรสีหะ และ หนึ่งฤทัย โพธิ์ศรี (2018) ได้ใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ โดยสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี simple random sampling จาก การจับฉลาก จำนวน 400 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ลักษณะของแบบสอบถามเป็น rating scale 4 ระดับ (คะแนน 1-4) หาคุณภาพเครื่องมือโดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจานวน 3 คน ตรวจความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach alpha coeffcient ได้ค่าความเที่ยง = .86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ สมมุติฐานด้วย independent t-test

การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน ในงานวิจัยนี้ใช้มาตรวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดของ โบเวอร์ (Bower, 1987)

2. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

2.1 แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของแรงจูงใจ

ผู้วิจัยได้รวบรวมความหมายของแรงจูงใจจากนักวิชาการหลายท่าน ดังนี้

แมคเคลแลนด์ (McClelland, 1961) อธิบาย แรงจูงใจ ว่าเป็นความต้องการที่เกิดจากความคาดหวังของบุคคลซึ่งอาจจะได้พบหรือมีประสบการณ์จากสิ่งใดสิ่งหนึ่งจนเป็นรอยประทับใจมาตั้งแต่ยังเยาว์วัย และทำให้บุคคลพยายามที่จะก้าวไปสู่ความสำเร็จนั้น โดยมีการตั้งมาตรฐานการกระทำของตัวเองไว้ ซึ่งหากงานใดที่คาดหวังให้เกิดผลสำเร็จก็จะมีกำลังใจที่จะทำและคาดหวังถึงความสำเร็จในครั้งต่อๆ ไปมากขึ้นกว่าเดิม และเป็นความต้องการที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับจากบุคคลอื่น หรือหมายความถึง แรงจูงใจที่ทำให้บุคคลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับนับถือของบุคคลในสังคม ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์นั้น มีความต้องการเป็นที่ยอมรับของคนอื่น อันส่งผลให้บุคคลทำใจให้ชอบและแสดงพฤติกรรมที่เอาใจใส่ผู้อื่น รู้จักเห็นอกเห็นใจคนอื่น หรือกระทำเพื่อให้คนอื่น

เห็นว่าเขามีความสามารถที่จะช่วยเหลือสังคม เพื่อให้ได้รับการยอมรับนับถือ โดยบุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมพันธ์จะมีลักษณะที่ชอบทำงานกับบุคคลอื่น และมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นเสมอ

นอกจากนี้ โลเวล (Lovell, 1980) ให้ความหมาย แรงจูงใจ ว่าเป็นกระบวนการที่ชักนำโน้มน้าวให้บุคคลเกิดความมานะพยายามเพื่อที่จะสนองตอบความต้องการบางประการให้บรรลุผลสำเร็จ รวมทั้งเป็นภาวะในการเพิ่มพฤติกรรมการกระทำกิจกรรมของบุคคลโดยบุคคลจงใจกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ วอลล์เทอร์ (Walters, 1978) อธิบายว่า แรงจูงใจ หมายถึง บางสิ่งบางอย่างที่อยู่ภายในตัวของบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลต้องกระทำ หรือเคลื่อนไหว หรือมีพฤติกรรมในลักษณะที่มีเป้าหมาย ดังนั้น แรงจูงใจจึงเป็นเหตุผลของการกระทำ ลาวน์ดอน และ บิททา (Loudon และ Bitta, 1988) ให้ความหมาย แรงจูงใจ ว่าหมายถึง สภาวะที่อยู่ภายในตัวที่เป็นพลัง ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ไปในทิศทางที่มีเป้าหมาย ที่ได้เลือกไว้แล้ว ซึ่งมักจะเป็นเป้าหมายที่มีอยู่นภาวะสิ่งแวดล้อม ดุจเดือน พันธุมนาวิน และ ฉัฐวีณ์ สิทธิ์ศิรอรรถ (2562) อธิบายความหมายของ แรงจูงใจ ว่าเป็นความต้องการของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายโดยไม่ย่อท้อ พยายามฝ่าฟันอุปสรรค ตลอดจนมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยสร้างสภาพเอื้ออำนวยต่อความสำเร็จ โดยต้องการผลที่ถาวรและระยะยาว

สำหรับแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน จึงเป็นความต้องการของผู้ใหญ่วัยทำงานที่จะดูแลผู้สูงอายุด้วยความมานะพยายามเพื่อทำให้ผู้สูงอายุในครอบครัวดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข สรุปว่า แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ใหญ่วัยทำงานซึ่งมีผู้สูงอายุในครอบครัวมีเป้าหมายและความต้องการที่อยากจะบรรลุและประสบความสำเร็จในเป้าหมายนั้น มีความมุ่งมั่นในการอยากดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2.1.2 การวัดแรงจูงใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ธีระวัฒน์ จันทึก และ อาภาภรณ์ เกิดดวง (2017) ทำการวัด “แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่พาผู้สูงอายุมาใช้สถานที่ออกกำลังกายแบบเบ็ดเสร็จครบวงจร กรณีศึกษาศูนย์กีฬา เฉลิมพระเกียรติ สำนักวัฒนธรรม กีฬา และการท่องเที่ยวกรุงเทพมหานคร” เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและการสัมภาษณ์เชิงลึก นอกจากนี้ ยังมีการทำการวิจัยเชิงประมาณ (Quantitative research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 231 คน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถาม โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวัดแรงจูงใจในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดแรงจูงใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของแมคเคลแลนด์ (McClelland) แบบวัดมีลักษณะการประเมิน 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดแรงจูงใจสูงกว่าแสดงว่ามีแรงจูงใจมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2.1.3 แรงจูงใจกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ธีระวัฒน์ จันทึก และ อาภาภรณ์ เกิดดวง (2017) ทำการวิจัยเรื่อง “แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูที่พาผู้สูงอายุมาใช้สถานที่ออกกำลังกายแบบเบ็ดเสร็จครบวงจร กรณีศึกษาศูนย์กีฬา เฉลิมพระเกียรติ สำนักวัฒนธรรมกีฬา และการท่องเที่ยวกรุงเทพมหานคร” คณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่ได้เข้าใช้บริการ สถานที่ออกกำลังกายโดยตรงและรายงานผลการวิจัยความวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยากนำพาผู้สูงอายุมาออกกำลังกาย มีทั้งแรงจูงใจภายนอกของตัวผู้ดูแลและภายในตัวผู้ดูแล โดยผลการวิจัยพบว่าแรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากงานวิจัยข้างต้นสรุปเป็นทิศทางในการกำหนดสมมติฐานงานวิจัยได้ว่าแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 ความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.2.1 ความหมายและการแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุ

ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของผู้ที่มีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไปเรียกว่า คนแก่ หรือคนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามว่า"ผู้สูงอายุ" คือประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด และสำหรับประเทศไทย "ผู้สูงอายุ" ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (ชมพูนุท พรหมภักดิ์, 2556)

สุรกุล เจนอบรม (2534) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุมีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกาหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็น ผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้ ลักษณะที่หนึ่ง พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ ลักษณะที่สอง พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ลักษณะที่สาม พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะที่สี่ พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม

บาร์โร และสมิธ (Barrow และ Smith, 1979) อธิบายว่า เป็นเรื่องยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุ แต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้คือ ประการแรก ประเพณีนิยม เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจาก งานเช่น ประเทศไทยกาหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปีแต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กาหนด อายุ 65ปี เป็นต้น ประการที่สอง การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุ ประการที่สาม การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดในผู้ที่สูงอายุคือ ความจำเริ่มเสื่อมขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้ ประการที่สี่ ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุ มองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อ บุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดาเนินชีวิตประจาวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลง ไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กาหนดขึ้น ประการที่ห้า ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึด ความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกาย และจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อนหยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้น บุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกาลังแรงงาน ประการที่หก ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการ กำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคภัยไข้เจ็บอยู่เสมอ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

การแบ่งช่วงวัยผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (กรมสุขภาพจิต, 2563 อ้างอิงจาก องค์การสหประชาชาติ) มีการแบ่งช่วงวัยของผู้สูงวัยเป็นทั้งหมด 3 ระดับ ระดับแรกคือการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) ระดับที่สองก็คือสังคมผู้สูงอายุแบบโดยสมบูรณ์ (Aged society) และสุดท้ายเป็นระดับ Super - aged society โดยมีการให้คำนิยามในระดับต่างๆ ดังนี้

1. การที่เข้าสู่สังคมผู้สูงวัย (Aged society) คือ การที่มีประชากรจำนวนหนึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่รวมทั้งเพศชาย และหญิงและยังมากกว่า 10% ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ

2. การเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยแบบโดยสมบูรณ์ (Completed aged society) คือ เมื่อมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เพิ่มขึ้นเป็น 20% หรือจำนวนของประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 14% ของประชากรโดยรวมในทั้งประเทศ

3.การเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) คือ การที่สังคมมีจำนวนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ของจำนวนประชากรทั้งประเทศถึงแม้ว่า ทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในช่วงเวลาที่แตกต่าง กันตามความเจริญของบ้านเมือง ซึ่งส่วนนี้มีผลอย่างมากในระดับหนึ่งต่อสุขภาพและการที่จะมีอายุอย่างยืนยาวของจำนวนประชาชน

ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2531) ได้เสนอถึงข้อมูลขององค์การอนามัยโลก โดย อัลเฟรด เจ คาห์น (Professor Dr. Alfred J. Kahn) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย มีการแบ่งช่วงของอายุตามสภาพของร่างกาย

ยูริค และคนอื่น ๆ (Yuriek, 1980) เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - old) มีอายุ 60 – 74 ปี

2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old - old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก (2543) ได้เสนอข้อมูลการแบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุของประเทศไทย ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 60–69 ปี

2. อายุตั้งแต่ 70–79 ปี

3. อายุ 80 ปีขึ้นไป

จากความหมายของผู้สูงอายุและข้อมูลการจัดเกณฑ์ช่วงอายุของผู้สูงอายุที่นักวิชาการ องค์การ หน่วยงาน กำหนดไว้นั้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาท ทางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษากับผู้ใหญ่วัยทำงานที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของตนเอง

2.2.2 ความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลต้องมีความรู้มาก่อนว่าผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆในร่างกายของแต่ละคนสามารถเกิดขึ้นไม่พร้อมกัน พัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจจะมีการเสื่อมถอยมากในระยะนี้ ขาดความคล่องแคล่ว ว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดความอ่านช้าลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอก เป็นต้น (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2530) ซึ่งพัฒนาการในด้านต่างๆ มีด้วยกันทั้งหมด คือ พัฒนาการทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องดูว่าสภาวะร่างกายของผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมถอย มีความเจ็บไข้ได้ป่วยบ่อยๆ และหากจะใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูนานกว่า

ผู้ดูแลจึงต้องหมั่นตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ คนหนุ่มสาวในการฟื้นจากความเจ็บป่วย กล้ามเนื้อหย่อนสมรรถภาพ การทรงตัวไม่ดี ตามสภาพร่างกายอย่างเช่น แขน ขา ที่เริ่มอ่อนแรงลง ไม่มีแรงในการเดิน ข้อเข่าเสื่อมสภาพ รวมถึงการได้ยินจะเสื่อมสภาพลง ได้ยินไม่ค่อยชัด สายตาในเรื่องของการปรับระยะการมองเห็นก็เสื่อมลง บางคนมีสายตายาว มองอะไรยากเห็นเป็นภาพเบลอ

ประณต เค้าฉิม (2549) อธิบายว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากร่างกายของผู้สูงอายุในทุกระบบในลักษณะที่มีแต่ความเสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเห็นได้ชัดที่สุดคือ ผมของผู้สูงอายุเปลี่ยนเป็นสีขาวมากขึ้น มีรอยเหี่ยวย่นบนใบหน้า หลังโกง กล้ามเนื้อหย่อนสมรรถภาพ เคลื่อนไหวร่างกายช้าลง การทรงตัวไม่ดี การได้ยินเสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายที่สำคัญคือ ความยืดหยุ่นตัวของเส้นเลือดลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย เช่น ผม เป็นสิ่งแรกของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงให้เห็นได้ชัดภายนอกจากสีเดิมเป็นสีขาวแห้งและร่วงง่าย ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้น เนื้อเยื่อต่างๆจะขาดความตึงตัว เนื่องจากการลดจำนวนน้ำในเซลล์ต่อมเริ่มเหี่ยว กระดูก ผู้สูงอายุเป็นวัยที่กระดูกเปราะง่าย ถ้าได้รับอันตรายเพียงเล็กน้อยจะทำให้กระดูกหักได้ พัฒนาการทางด้านสติปัญญา ผู้สูงอายุมักหลงลืมง่าย ความจำเลอะเลือน แต่เหตุผลยังดี ทักษะในการคิดริเริ่มอาจจะไม่คล่องแคล่วเหมือนก่อน และความรอบคอบลดลง แต่พบว่า พัฒนาการทางด้านสมองยังดีกว่าทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลจึงต้องคอยช่วยเหลือและหมั่นเช็คหรือตรวจดูความจำหรือฝึกความจำของผู้สูงอายุถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องจดจำ

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2535) อธิบายถึงการที่ผู้สูงอายุเข้าสูงวัยชรานั้น สมองจะฝ่อและมีน้ำหนักลดลง เลือดมาเลี้ยงสมองได้น้อย มีภาวะความดันโลหิตสูง เซลล์ประสาทตายเพิ่มขึ้นและจำนวนเซลล์ลดลงตามอายุ มักพบอาการความจำเสื่อมโดยเฉพาะความจำในเหตุการณ์ปัจจุบันและความจำเฉพาะหน้า แต่ความจำในอดีตจะไม่เสีย ซึ่งถ้าพัฒนาทางด้านสติปัญญาของผู้สูงอายุแย่ลง จะเป็นเรื่องที่ลำบากใจมากของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพราะจะมีปัญหาอีกหลายๆอย่างตามมา พัฒนาทางด้านสติปัญญาเป็นเรื่องที่กระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมากเลยทีเดียว พัฒนาการทางด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุมักมีอารมณ์ไม่คงที่ เดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย ชอบบ่น แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม สังคม และ ประสบการณ์ที่ผ่านมาด้วย ผู้ดูแลจึงต้องคอยลองรับอารมณ์ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไปมา และมุ่งเน้นไปที่การทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่คงที่

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2551) อธิบายว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเห็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ผู้สูงอายุยังคงมีอารมณ์รักในบุคคลอันเป็นที่รักโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน และเมื่อเกิดการสูญเสีย ผู้สูงอายุจะมีความเศร้าโศกอย่างมาก จะมีผลกระทบ

ต่อจิตใจ สุขภาพกาย และพฤติกรรมของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก มีอารมณ์เหงา ว้าเหว่ บางรายอาจรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลงเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้ดูแลผู้สูงอายุในการทำสิ่งต่างๆ เรื่องค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้บางครั้งมักแสดงอาการหงุดหงิด น้อยใจ ต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุไม่เพียงแต่สภาพร่างกายเท่านั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึก การรับรู้ บุคลิกภาพ ความจำ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมด้วย การเสื่อมความเคารพและการถูกทอดทิ้ง จะเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิตมาก มีความวิตกกังวล บางรายอาจแยกตัวเองเป็นบุคคลไร้ความสามารถ สูญเสียความรู้สึกมีค่า ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งทำให้เกิดข้อขัดแย้งในตัวเอง และจะเพิ่มมากขึ้นตามระดับอายุ พัฒนาการทางด้านสังคม ด้วยความที่ว่าวัยชราส่วนมากจะให้ความสนใจทางศาสนา หรือเป็นผู้ให้ ความสนับสนุนดูแลลูก หลานในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นที่จะต้องพาผู้สูงอายุเข้าสังคมที่เขาเคยอยู่มาเพื่อนำมาพัฒนาต่อยอดในการใช้ชีวิต

ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต (2541) อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จและมีผู้ดูแลที่ดีจะเป็นวัยที่สุขุม รอบคอบ ฉลาด ยอมรับความจริง ภูมิใจในการถ่ายทอดประสบการณ์ให้บุตรหลาน และคนรุ่นหลัง มีความมั่นคงในชีวิต ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่ล้มเหลว มีผู้ดูแลที่ไม่ดีมากนักมักจะทำให้ผู้สูงอายุไม่พอใจในชีวิตที่ผ่านมา ไม่ยอมรับสภาพที่เปลี่ยนไป รู้สึกคับข้องใจท้อแท้ในชีวิต เช่น การเปลี่ยนตำแหน่งในครอบครัว ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องยอมรับ จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ก็จะกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว เป็นที่ปรึกษา หรือผู้คอยดูแลบ้าน หรืออาจเป็นผู้อาศัยไป ดังนั้นพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในผู้สูงอายุเป็นผลให้ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวและยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ฉะนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุควรจะเข้าใจและยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นๆด้วย เพื่อที่จะได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2547) ทำการวิจัยพบว่า หลักการเรียนรู้และความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไว้ 10 ประการ ซึ่งในหลักการนี้จะมีส่วนสนับสนุนและส่งเสริมการเรียนรู้และความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ประสบความสำเร็จ โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการสร้างแรงจูงใจในความรู้ที่จะดูแลผู้สูงอายุ 2) สร้างสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ 3) ผู้ดูแลต้องคำนึงถึงความต้องการในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ 4) ผู้ดูแลต้องคำนึงถึงความรู้เดิมและประสบการณ์ (Experience) ของผู้สูงอายุเพราะถือว่าเป็นสิ่งมีค่าอย่างมาก 5) ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเลือกเนื้อหาและกิจกรรมในการเรียนรูของผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมกับ

ผู้สูงอายุ 6) การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุกำหนดสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้ควรสอดคล้องกับความจริง เพื่อเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถนำสิ่งที่ผู้ดูแลถ่ายทอดความรู้ให้ไปใช้ประโยชน์ได้จริง 7) ผู้ดูแลจะต้องให้การเอาใจใส่กับการมีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งทางด้านสติปัญญา และทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมการเรียนรู้ 8) ผู้ดูแลควรให้เวลากับผู้สูงอายุอย่างเพียงพอในการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ 9) ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องให้โอกาสในการฝึกภาคปฏิบัติกับผู้สูงอายุจนได้ผลที่ดี หรือผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ และ 10) ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพหรือสมรรถภาพในการเรียนรู้ จนกระทั่ง ทำให้ผู้สูงอายุได้เห็นถึงความก้าวหน้าว่าเกิดผลสัมฤทธิ์แล้ว

บาโรว์ และ สมิท (Barrow และ Smith, 1979) ได้อธิบายลักษณะของความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุของผู้ดูแล ดังต่อไปนี้ คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเกิดโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องเรียนรู้เป็นเรื่องราว ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของตัวผู้สูงอายุ เรื่องของความกลัว ความกระวนกระวาย และการต่อต้าน ควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงที่มักจะเกิดกับผู้สูงอายุ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ ค่านิยม บทบาท และสติปัญญาของผู้สูงอายุ 4) ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร และ 5) ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้และเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ดูแล และนำไปถ่ายทอดให้กับผู้สูงอายุ ยกเว้นว่าเมื่อผู้สูงอายุ แสดงออกมาให้ผู้ดูแลทราบทั้งทางท่าทางและคำพูด เช่น “รู้แล้ว” เป็นต้น เพราะถ้าเรายิ่งไปขัดหรือพยายามยัดเยียดในสิ่งที่ผู้สูงอายุทราบอยู่แล้ว อาจจะกลายเป็นผลเสียได้ ฉะนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นที่จะต้องมีความเข้าในตัวผู้สูงอายุอย่างมาก

สรุปว่า การมีความรู้ความเข้าใจตามหลักพัฒนาการของผู้สูงอายุ ได้แก่ พัฒนาการทางด้านร่างกาย เป็นการที่สภาวะร่างกายของผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมถอย พัฒนาการทางด้านสติปัญญา เป็นการที่ผู้สูงอายุจะหลงลืมง่าย ความจำเลอะเลือน พัฒนาการทางด้านอารมณ์ เป็นการที่ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่คงที่ เดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย ชอบบ่น และพัฒนาการทางด้านสังคม เป็นการทำหน้าที่ผู้ให้การสนับสนุนดูแลลูกหลานในครอบครัว

2.2.3 การวัดความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุของผู้ดูแล

วชิราพรรณ เทพิน (2553) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้สร้างแบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ แบ่งความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ

และอาหาร ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านออกกำลังกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านสุขอนามัย ด้านสุขภาพจิต โดยให้คะแนนถูก ผิด คือให้คะแนนตั้งแต่ 0-1 คะแนน เมื่อสร้างแบบวัดแล้วได้นำแบบวัดไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่นำผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 50 คน นำแบบวัดมาทำการวิเคราะห์คุณภาพรายข้อ พบว่ามีค่าตั้งแต่ 0.194 - 0.630 และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า พบว่า มีค่า 0.819

การวัดความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยตามหลักพัฒนาการของผู้สูงอายุ (ประณต เค้าฉิม, 2549) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบ ถูก ผิด การให้คะแนน คือ 1 คือ ถูก และ 0 คือ ผิด ผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุสูงกว่าแสดงว่ามีความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุของผู้ดูแล

วชิราพรรณ เทพิน (2553) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นลำดับที่สอง จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์

จากการศึกษางานวิจัย สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้ที่จะนำมาดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมีความรู้ถึงพัฒนาการในด้านร่างกาย สติปัญญา ด้านอารมณ์ และสังคม สรุปเป็นทิศทางในการกำหนดสมมติฐานงานวิจัยได้ว่าความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ

2.3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

วิลาวัลย์ รัตนา (2552) ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือทางด้านการเงิน แรงงาน หรือวัสดุสิ่งของต่างๆ ตลอดจนการได้รับข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเองจากบุคคลอื่นซึ่ง อยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากร ทางสุขภาพคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนรวมกัน แล้วทำให้บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ รู้สึกมี คุณค่าและเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

เตือนใจ ทองคำ (2549) อธิบายความหมายของ การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ ของบุคคลนั้นโดยทางตรงและทางอ้อม ได้มีผู้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ซึ่งมี ทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ในที่นี้จะกล่าวเพียงบางส่วนเท่านั้น ดังนี้

คาฮ์น (Kahn, 1979) อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการติดต่อของบุคคลต่าง ๆ ในสังคมที่ทำให้ บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ความพึงพอใจและได้รับการตอบสนองความต้องการ

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจมีคนยกย่องและ มองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพัน

จาคอบสัน (Jacobson, 1986) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการติดต่อของบุคคลเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม หรือชุมชนขนาด ใหญ่ก็ได้ และการติดต่อกันนี้ ทำให้บุคคลแสดงออกในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เฮาส์ (House, 1981) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิพันระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานเวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินผลตนเองในสังคม

ลักษมี บุญธรรม (2540) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุ ทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงานหรือวัสดุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนรวมกัน

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับการสนับสนุนทางสังคม” ได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม บุคคล เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และกลุ่มในที่ทำงานในด้านต่างๆ

2.3.2 รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม

ไวสส์ (Weiss, 1974) อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความรู้สึกอิ่มใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของสังคม ที่ประกอบไปด้วย 5 ด้าน คือ

1. ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) ทำให้บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีคนรักและเอาใจ ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นพร้อมที่จะดูแลผู้อื่นต่อได้

2.การเข้าร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) ทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนหรือมีการรวมพลังในด้านความคิดกำลังทรัพย์ มีความห่วงใยและเข้าใจต่อกันด้วย

3. การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น (Opportunity for Nurturance) ทำให้เกิดความรู้สึกว่าบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นเพื่อทำให้บุคคลที่เป็นผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ดีและคู่ควรกับการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

4. การรับรู้ถึงความเชื่อถือไว้วางใจบุคคลอื่น (A Sense of Reliable Alliance) ทำให้บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุเกิดความแน่ใจที่จะได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

5. การได้รับคำแนะนำ (The Obtaining of Guidance) จากการได้รับคำ ปลอบใจ กำลังใจ คำแนะนำและคำชี้แจง ทำให้บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุเชื่อว่าได้รับความรักความดูแลเอาใจใส่ มี ความภาคภูมิใจ และรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองในการดูแล

จาคอบสัน (Jacobson. 1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือพฤติกรรมที่ทำให้รู้สึกสบายใจและเชื่อว่ามีบุคคลยกย่องเคารพนับถือ รัก หรือพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งแสดงถึงความเอาใจใส่และ ความมั่นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านสติปัญญา (Cognitive Support) คือ ความรู้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ที่จะช่วยให้บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุเข้าใจสิ่งต่างๆ และสามารถปรับตัวได้กับความเปลี่ยนแปลง

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Material Support) คือ สิ่งของและบริการต่างๆ ที่ช่วยแก้ปัญหาต่างๆได้

เพนเดอร์ (Pender, 1982) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2.แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุให้ เกิดการเข้าใจว่า อย่างไรควรทำ จึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3.การช่วยเหลือทางด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหารหรือช่วยดูแลบุตรให้เพื่อน มารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน หย่อนใจ

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่ เป็นจริงของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัย ภายนอกตัวบุคคลที่สามารถสนับสนุน หรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนเกิดการ ปฏิบัติตัวหรือเมื่อมีการปรับเปลี่ยนการ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหรือแรงสนับสนุนของผู้ให้จึงน่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ทางด้านสุขภาพของประชาชนได้เป็นอย่างดี ซึ่ง ปกติสังคมไทยมีการเกื้อกูลต่อกัน มาเป็นเวลาช้านานแล้ว

ทอยต์ (Thoits, 1982) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนนุ ทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งคำแนะนำและการป้อนกลับ

3. การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคมหมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับเห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือการได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความจริงใจและความสนใจ

2. การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของการเงินหรือแรงงาน (Instrumental Support)

3. การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผล และเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เป็น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือ ข้อมูลที่นำ ไปใช้ประเมิน

ตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ทำให้เกิดความมั่นใจ และสามารถนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อยู่ร่วมกันในสังคม

4. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นข้อมูลหรือคำแนะนำที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

คาฮ์น (Kahn, 1979) ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในรูปของความผูกพัน การเคารพหรือด้วยความรัก

การยืนยันและการรับรองของพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการ แสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคลผู้เป็นผู้ดูแล

การให้ความช่วยเหลือ (AID) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นโดยการให้สิ่งของ หรือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ซึ่งการช่วยเหลือนั้นอาจเป็นวัตถุ เงินทอง ข่าวสาร หรือเวลา

ทิลเดนท์ อิสราเอล และบราวน์ (Tilden, Isarael and Brown 1980 อ้างถึงในเตือนใจ ทองคำ, 2549) อธิบายถึง รูปแบบชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมมี 4 อย่าง คือ

1. แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion support) หมายถึงการสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและ การตั้งใจฟัง

2. แรงสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรอง ซึ่งจะทำ ให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึงการ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental support) หมายถึงการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล ในเรื่องเงิน แรง งาน เวลาและการปรับสภาพแวดล้อม

วิลาวัลย์ รัตนา (2552) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การได้รับการปลอบใจให้กำลังใจ (Reassurance) การได้รับความรักใคร่ห่วงใย (Intimacy and Attachment) การได้รับความมั่นใจ (Confidence) และความรู้สึกมีที่พึ่ง (Reliance and Another) ซึ่งทำให้บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่า มีคนรัก มีคนคอยดูแลเอาใจใส่

2. ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ (Tangible Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน

3.ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการได้รับคำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยได้

จากการประมวลเอกสารต่างๆ เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำมาทำตารางสังเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ดังตาราง 1

ตาราง 1 สังเคราะห์ ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ชื่อนักวิจัย	อารมณ์	ข้อมูลข่าวสาร	ทรัพยากร	การประเมิน
Weise (1974)	✓	✓	✓	
Jacobson. (1986)	✓	✓	✓	
Pender (1996)	✓	✓	✓	
Thoits (1982)	✓	✓	✓	
House (1981)	✓	✓	✓	✓
Kahn (1979)	✓		✓	
Tilden, Israel and Brown (1980)	✓	✓	✓	✓
อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2535)	✓	✓	✓	

จากการสังเคราะห์งานวิจัยประเภทของการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และกลุ่มในที่ทำงาน ในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotion support) หมายถึง การรับรู้ว่าตนเองได้รับการยกย่อง ได้รับความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการตั้งใจฟัง

2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การรับรู้ว่าตนเองได้รับคำแนะนำ ได้รับข้อมูล ข้อเสนอแนะ และข่าวสารต่างๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้

3. ด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การรับรู้ว่าตนเองได้รับการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับ เครื่องมือ สิ่งของ การเงิน แรงงาน การปรับปรุงสภาพแวดล้อม และเวลาที่มีความจำเป็น ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือในการจัดเตรียมอาหาร หรือในการทำกิจกรรม ซึ่งช่วยให้บุคคลได้มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ

2.3.3 การวัดการสนับสนุนทางสังคม

วิลาวัลย์ รัตนา (2552) ได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยได้แนวทางของ เฮ้าส์ (House, 1981) ในการกำหนดองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านสิ่ง

อำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม แบบวัดมีจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 0.294 – 0.797 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.902

การวัดการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการสังเคราะห์แการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินรวมค่า (Summate rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย ผู้ที่ได้คะแนนจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2.3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

วชิราพรรณ เทพิน (2553) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นลำดับแรก จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์

วิลาวัลย์ รัตนา (2552) ทำการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีได้พบว่า การได้รับสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ งานวิจัยของพรสุวรรณ จารุพันธุ์ (2547) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ต่อการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแรงสนับสนุนทางสังคมกับระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 39.5 ซึ่งสอดคล่องกับงานวิจัยของ สมพิศ พรหมเดช (2537) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุน ทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต งานวิจัยนั้นพบได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อดูเป็นรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้วย ดังเช่น งานวิจัยของ บัณฑิต เคียงธนสมบัติ (2547) ได้ศึกษาเรื่องการ สนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทาง สังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การ

สนับสนับสนุนทางสังคมรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การสนับสนุน ทางด้านเครื่องมือ ข้อมูลข่าวสารและอารมณ์-สังคม มีความสัมพันธ์กันในทางบวกต่อความพึงพอใจใน ชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพิศ พรหมเดช (2537) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตด้านร่างกาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากการพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้านกับคุณภาพชีวิตแล้วยังพบว่า กลุ่มที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ก็เป็นตัวแปรอีกตัวแปรหนึ่งที่มีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของแต่ละคน แตกต่างกันด้วยดังเช่นงานวิจัยของ วันทนี ขำเพ็ง (2540) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งตรง กับงานวิจัยของ สุวัฒน์ ศรีฉัตร และ คณะ (2543) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน มีความ สัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพิศ พรหมเดช (2537) ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

เตือนใจ ทองคำ, (2549) ทำการวิจัย ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับ ความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น คอป (Cobb, 1976) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทาง สังคมกับการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองในด้านสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพ ปกติ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีอายุ 55 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 70 ปี จำนวน 97 ราย กลุ่มที่ 2 อายุระหว่าง 25 -77 ปี อายุ 44 ปี จำนวน 153 ราย ใช้แบบสอบถามแผนการดำเนินชีวิต (The Life Questionnaire) ที่สร้างโดย บราวน์และคณะ โดยจัดกิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การใช้ยา และการ ป้องกันโรค และใช้แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย แบรนด์และไวเนิร์ท ซึ่งอาศัยแนวความคิดของ ไวสส์ (Weise 1974) วัด แรงสนับสนุนทางสังคมใน 5 ด้าน คือ 1) ความใกล้ชิดผูกพัน 2) การได้รับความช่วยเหลือในด้าน ต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูล การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และความช่วยเหลือในด้านวัตถุสิ่งของต่าง ๆ 3.) การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกัน

และกัน เช่น การมีโอกาสได้อบรมเลี้ยงดู บุคคลอื่นหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น 4.) การรับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5.) การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ

จากเอกสารข้างต้นจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมในทุกๆ ด้าน และไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว จากเพื่อน จากสถานศึกษา ส่งผลทางบวกต่อการรับรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับการดูแลสุขภาพในวัยผู้สูงอายุได้รวมถึงการที่ตัวบุคคลซึ่งเป็นผู้ดูแลจะมีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆเพื่อให้เกิดความต้องการในการคอยดูแลผู้สูงอายุตามมา ดังนั้นจากประมวลเอกสารงานวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ สรุปเป็นการตั้งสมมติฐานงานวิจัยได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3. ตัวแปรภูมิหลังกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

ตัวแปรภูมิหลังมีขึ้นเพื่อสามารถเปรียบเทียบและนำข้อมูลที่เก็บรวมรวมได้ตามตัวแปรมาวิเคราะห์ผ่านกระบวนการต่างๆที่จะบ่งบอกถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากตัวแปรเหล่านี้ เป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานในการแบ่งกลุ่มบุคคลได้อย่างชัดเจน

เพศ

งานวิจัย ของ โอเรม (Orem, 1991) ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันจะมีความสามารคในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกันด้วย โดยที่เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและสุขภาพของสมาชิกคนในครอบครัว ส่วนเพศชายเป็นผู้ทำงานหารายได้ ประกอบกับความเชื่อทางสังคมและการปลูกฝังค่านิยมที่คาดหวังให้เพศหญิงทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ดูแลเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าเพศชาย และในงานวิจัยของ นงนุช โอบะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรรณ์, และ ชญาภา บุญลือ (2564) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเพศชาย

จากงานวิจัยข้างต้นสรุปเป็นทิศทางในการกำหนดสมมติฐานงานวิจัยได้ว่า ผู้ใหญ่วัยทำงานเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าเพศชาย

สถานภาพสมรส

งานวิจัยของ ฮาสส์ (Hass, 1990) ศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต พบว่า บุคคลที่มีคู่สมรสมีความสามารถในการดูแลเด็กป่วยในครอบครัวมากกว่าบุคคลที่ไม่มีคู่สมรส งานวิจัยของ วิลาวัลย์ รัตนา (2552) ได้ศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า บุคคลที่อยู่กับสามีหรือภรรยามีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ นอกจากนี้ วชิราพรรณ เทพิน (2553) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหรือหย่าร้าง

จากงานวิจัยข้างต้นสรุปเป็นทิศทางในการกำหนดสมมติฐานงานวิจัยได้ว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่ไม่มีคู่

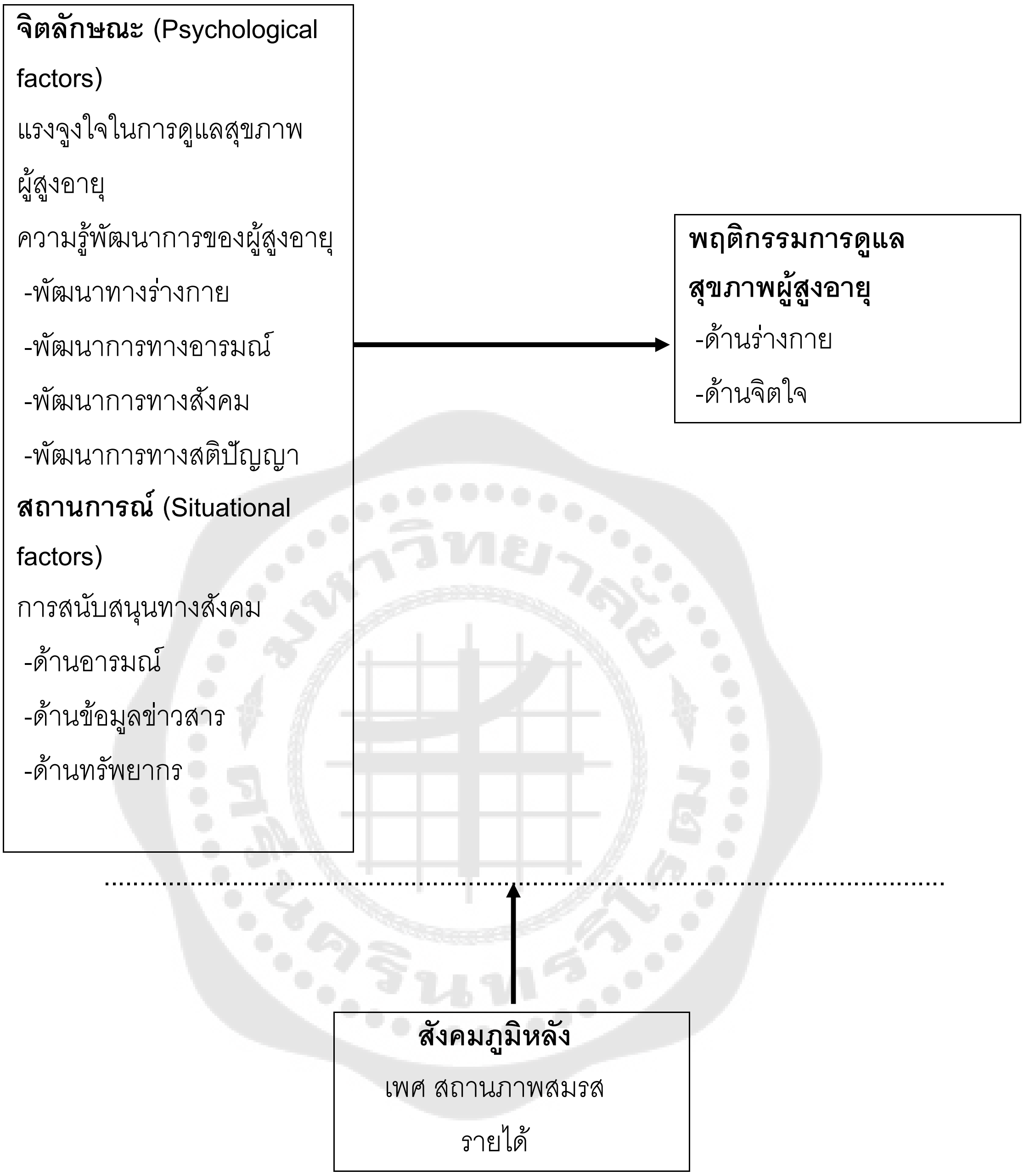
รายได้

พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง (2559) พบว่า ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุมีรายได้มากหรือยิ่งผู้สูงอายุมีรายได้มาก ผู้สูงอายุก็จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO: 2014) และงานวิจัยของ Central Texas Sustainability Indicators Project (CTSIP, 2012: 98) ได้กล่าวไว้สอดคล้องกันว่า รายได้ของบุคคลเป็นตัวกาหนดการที่บุคคล จะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดี นั่นคือยิ่งมีรายได้มากย่อมส่งผลให้ มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ในทางกลับกันหากบุคคลมีรายได้ต่ำย่อมส่งผลให้มีสุขภาพไม่ดีและยิ่งเห็นได้อย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบสุขภาพระหว่างคนรวยกับคนจน ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่าปัญหาสุขภาพและรายได้มีความสัมพันธ์กัน เมื่อสุขภาพไม่ดี การประกอบอาชีพย่อมทำไม่ได้ รายได้จึงตกต่ำลง ในทางกลับกันเมื่อรายได้ไม่ดี โอกาสที่จะมีเครื่อง อุปโภคบริโภคสมบูรณ์เพียงพอย่อมเป็นไปไม่ได้ สุขภาพไม่ดีจึงเป็นผลที่ติดตามมา วชิราพรรณ เทพิน, 2553 อธิบายว่า รายได้เป็นเครื่องบ่งชี้ทางการเงิน เมื่อมีรายได้ดีจะสามารถหาแหล่งหรือเข้าถึงสวัสดิการที่ดีได้ ผู้ดูแลจะสามารถใช้ชีวิตควบคู่กับการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างสะดวกสบายเนื่องจากไม่ต้องคิดเรื่องรายได้ที่ต้องได้รับ

จากงานวิจัยข้างต้นสรุปเป็นทิศทางในการกำหนดสมมติฐานงานวิจัยได้ว่า ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานในครอบครัวของตนเอง ผู้วิจัยได้กรอบแนวคิดของงานวิจัยจากแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม 8 ขั้น ของอีริคสัน (The Eight Stages of Psychosocial Development in Erikson) ในขั้นที่ 7 อธิบายพัฒนาการของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน และมีภาระหน้าที่ทั้งต่อตนเองและครอบครัว สำหรับการอธิบายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นความดีของบุตรหลานตามแนวคิดทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2538, 2559) ที่อธิบายว่าการที่บุคคลจะประสบความสำเร็จในการกระทำใดๆ จะต้องมีคุณสมบัติของคนดี คนเก่ง และมีความสุข ซึ่งความดีนั้นจะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของบุคคลที่แสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสมทั้งต่อตนเอง ต่อครอบครัว ตลอดจนต่อสังคมส่วนรวม โดยทฤษฎีนี้อธิบายถึงปัจจัยภายในหรือจิตลักษณะเดิม (Psychological factors) และปัจจัยภายนอกหรือสถานการณ์ (Situational factors) ว่าเป็นสาเหตุที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผลที่ปรากฏ ดังนั้นในงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน ซึ่งเป็นพฤติกรรมของคนดี โดยศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยภายในหรือจิตลักษณะ ประกอบด้วย แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ และปัจจัยภายนอกหรือสถานการณ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ดังกรอบแนวคิดการวิจัยต่อไปนี้



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ใหญ่วัยทำงานเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าเพศชาย

2. ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่ไม่มีคู่

3. ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน

4. แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานได้ ในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกกลุ่มย่อยตาม เพศ สถานภาพสมรส และรายได้ อย่างน้อยร้อยละ 20

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

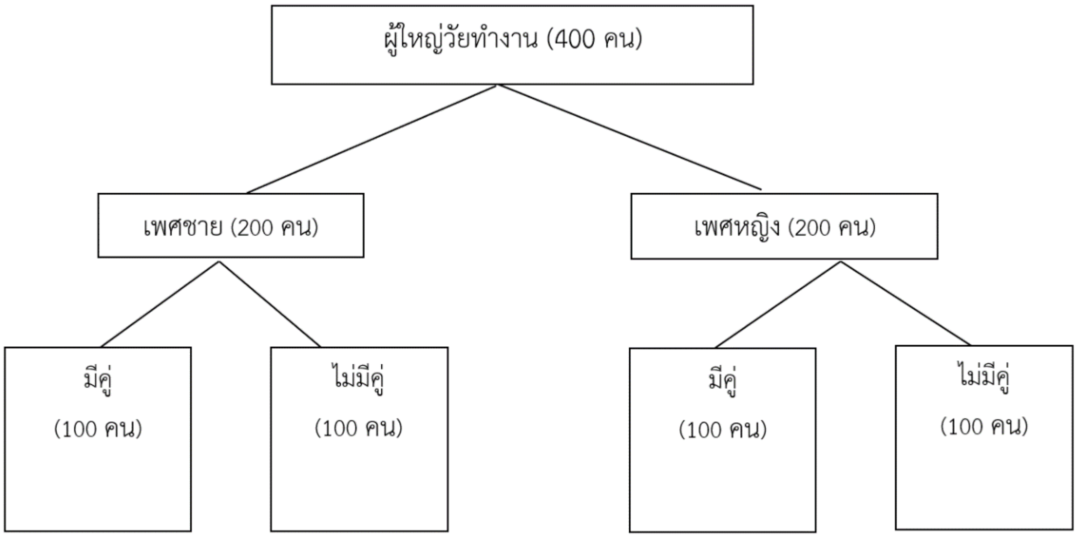
การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เปรียบเทียบ (Comparative-relative research) โดยศึกษาความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. สถิติที่ใช้ทดสอบข้อมูลในการวิจัย

การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่วัยทำงาน ซึ่งเป็นบุคคลวัยกลางคนที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่ทำงานในบริษัทเอกชน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่าง คือ 10 ถึง 40 คน × จำนวนตัวแปรในงานวิจัย ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 40 × 10 = 400 คน ซึ่งงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 469 คน



ภาพประกอบ 2 กลุ่มตัวอย่าง

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ตอน คือ

1. แบบวัดข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และรายได้

2. แบบวัดตัวแปรต่างๆ ประกอบด้วย แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบวัดความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานขึ้นเอง การสร้างข้อคำถามเพื่อใช้วัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยจะสร้างข้อคำถามให้ครอบคลุมนิยามของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน ลักษณะของข้อคำถามจะเป็นมาตรประเมินรวมค่า (Summate Rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด มาก ค่อนข้างมาก ค่อนข้างน้อย น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 33 ข้อ โดยผู้วิจัยจะนำแบบวัดดังกล่าวไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับกับนิยามของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน แล้วจะทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีผู้สูงอายุ

อาศัยอยู่ในครอบครัว จำนวน 50 คน นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) ของข้อคำถามเป็นรายข้อ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) การคัดเลือกเป็นข้อคำถามในการวิจัยใช้เกณฑ์ดังนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนข้อนั้นกับคะแนนรวมที่ไม่มีข้อนั้น (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่นำไปใช้จริง จำนวน 32 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) อยู่ระหว่าง .330 ถึง .810 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) เท่ากับ .959 และในด้านร่างกาย ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .272 ถึง .836 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .948 ในด้านจิตใจ ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .497 ถึง .762 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .893

ตัวอย่างคำถามแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

0) ข้าพเจ้าพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัด					
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
0) ข้าพเจ้าพ ูดคุยและให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ					
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

แบบวัดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การวัดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดแรงจูงใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของแมคเคลแลนด์ (McClelland) การสร้างข้อคำถามเพื่อใช้วัดแรงจูงใจนั้น ผู้วิจัยจะสร้างข้อคำถามที่ครอบคลุมนิยาม ลักษณะของข้อคำถามจะเป็นมาตรประเมินรวมค่า (Summate Rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด มาก ค่อนข้างมาก ค่อนข้างน้อย น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ โดยผู้วิจัยจะนำแบบวัดดังกล่าวไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับกับนิยามของแรงจูงใจ แล้วจะทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัว จำนวน 50 คน นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) ของข้อคำถามเป็นรายข้อ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) การคัดเลือกเป็นข้อคำถามในการวิจัยใช้เกณฑ์ดังนี้ มีค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่นำไปใช้จริง จำนวน 15 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) อยู่ระหว่าง .241 ถึง .779 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) เท่ากับ .866

ตัวอย่างคำถามแบบวัดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

0) ข้าพเจ้ามีการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ					
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
0) ข้าพเจ้ามีเป้าหมายสำคัญคือไม่อยากให้ผู้สูงอายุในครอบครัวเจ็บป่วย					
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

แบบวัดความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ

การวัดความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยตามหลักพัฒนาการของผู้สูงอายุ (ประณต เค้าฉิม, 2549) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคม แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบ ถูก ผิด การให้คะแนน คือ 1 คือ ถูก และ 0 คือ ผิด แบบวัดมีจำนวน 25 ข้อ โดยผู้วิจัยจะนำแบบวัดดังกล่าวไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับกับนิยามของความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ แล้วจะทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัว จำนวน 50 คน นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) ของข้อคำถามเป็นรายข้อ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) การคัดเลือกเป็นข้อคำถามในการวิจัยใช้เกณฑ์ดังนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่นำไปใช้จริง จำนวน 16 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) อยู่ระหว่าง .244 ถึง .676 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) เท่ากับ .797 และในแต่ละด้าน ด้านร่างกาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .199 ถึง .286 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .455 ด้านอารมณ์ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .115 ถึง .372 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .539 ด้านสังคม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .108 ถึง .207 ค่าความ

เชื่อมั่น เท่ากับ .304 และด้านสุดท้าย ด้านสติปัญญา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .101 ถึง .206 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .308

ตัวอย่างคำถามแบบวัดความรู้พัฒนาการของผู้สูงอายุ เช่น

ข้อความ	ถูก	ผิด
ผู้สูงอายุมีสภาวะความจำเลอะเลือน		
ผู้สูงอายุมีร่างกายที่แข็งแรงเป็นปกติ		

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

การวัดการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการสังเคราะห์แการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินรวมค่า (Summate rating scale) 6 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด มาก ค่อนข้างมาก ค่อนข้างน้อย น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 21 ข้อ โดยผู้วิจัยจะนำแบบวัดดังกล่าวไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) และภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับกับนิยามของการสนับสนุนทางสังคม แล้วจะทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัว จำนวน 50 คน นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) ของข้อคำถามเป็นรายข้อ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) การคัดเลือกเป็นข้อคำถามในการวิจัยใช้เกณฑ์ดังนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่นำไปใช้จริง จำนวน 20 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) อยู่ระหว่าง .227 ถึง .705 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) เท่ากับ .903 และเมื่อหาค่าในแต่ละด้าน ด้านอารมณ์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .369 ถึง .744 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .783 ด้านข่าวสาร อยู่ที่ .381 ถึง .751 มีค่าความเชื่อมั่นนั้นอยู่ที่ .826 สุดท้ายคือด้านทรัพยากร มีค่าอยู่ที่ .142 ถึง .596 และมีค่าความเชื่อมั่นที่ .740

ตัวอย่างคำถามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เช่น

0)	ข้าพเจ้าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
0)	ข้าพเจ้าได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากคนในครอบครัวอายุ				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. นำแบบวัดตรวจสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหา โดยนำเสนออาจารย์ผู้ควบคุมสารนิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิ และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 2/3 ขึ้นไป

2. นำแบบวัดที่ปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์แล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination power) ของข้อคำถามเป็นรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) การคัดเลือกเป็นข้อคำถามในการวิจัยใช้เกณฑ์ดังนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. หาค่าระดับความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดแต่ละฉบับ โดยวิเคราะห์ความคงที่ภายใน (Internal consistency) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's ceofficient)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ที่ช่วย ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและขอความร่วมมือในการตอบแบบวัด หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถามก็จะสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ทันที โดยระบุไว้ในแบบฟอร์มในส่วนต้นก่อนกลุ่มตัวอย่างจะเริ่มตอบแบบวัด

4. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้ Google Form

สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานได้แก่ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย t-test (ทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1-2) การวิเคราะห์ความแปรปรวนในทางเดียว (One-Way ANOVA) และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธี LSD (Least Significant Difference) (ทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ซึ่งเป็นของ เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถติ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) (ทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4-5)

บทที่ 4
ผลการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของตารางและคำบรรยายใต้ตาราง ตามวัตถุประสงค์งานวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน

ในส่วนที่ 1 เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

ในส่วนที่ 2 เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส

ในส่วนที่ 3 เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ของผู้ใหญ่วัยทำงาน จำแนกตามตัวแปรรายได้

ในส่วนที่ 4 เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานกับตัวแปรแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวแปรความรู้พัฒนาการ ได้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้ายสติปัญญา ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร

ในส่วนที่ 5 เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส และรายได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยปรากฏผลดังตารางที่ 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

ตัวแปร	n	Mean	S.D.	ระดับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	469	3.59	0.99	ค่อนข้างมาก
- ด้านร่างกาย	469	3.63	0.99	ค่อนข้างมาก
- ด้านจิตใจ	469	3.50	1.06	ค่อนข้างมาก

จากตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยหาค่าพิสัยแล้วแบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ จากตาราง พบว่า ผู้ใหญ่วัยทำงานมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อยู่ในระดับค่อนข้างมาก

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ และสถานภาพสมรส โดยปรากฏผลดังตารางที่ 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ และสถานภาพสมรส

ตัวแปร	n	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม			พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย			พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ		
		M	S.D.	t	M	S.D.	t	M	S.D.	t
เพศ										
- หญิง	355	3.70	0.97	4.31**	3.74	0.96	4.43**	3.60	1.08	3.71**
- ชาย	114	3.25	0.96		3.28	1.00		3.18	0.96	
สถานภาพ										
- ไม่มีคู่	220	3.82	1.09	4.68**	3.86	1.12	4.73**	3.72	1.11	4.18**
- มีคู่	249	3.39	0.85		3.43	0.81		3.31	0.98	

**P < .01,

หมายเหตุ: n แทน จำนวนของผู้ใหญ่วัยทำงาน

M แทน ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

t แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาการแจกแจงแบบที (t-test)

จากตารางที่ 3 พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ สูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานเมื่อจำแนกตามสถานภาพการมีคู่และไม่มีคู่ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานที่ไม่มีคู่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ สูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ของผู้ใหญ่วัยทำงาน จำแนกตามตัวแปรรายได้ โดยปรากฏผลดังตารางที่ 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ของผู้ใหญ่วัยทำงาน จำแนกตามตัวแปรรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม				
ระหว่างกลุ่ม	2	41.295	20.647	22.90**
ภายในกลุ่ม	466	420.118	0.902	
รวม	468	461.413		
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย				
ระหว่างกลุ่ม	2	44.556	22.278	24.62**
ภายในกลุ่ม	466	421.662	0.905	
รวม	468	466.218		
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ				
ระหว่างกลุ่ม	2	34.600	17.300	16.13**
ภายในกลุ่ม	466	499.539	1.072	
รวม	468	534.139		

**P <.01

หมายเหตุ: df แทน ระดับชั้นแห่งความเป็นอิสระ MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง

SS แทน ระดับชั้นแห่งความแปรปรวน F แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ

ตารางที่ 4 พบว่า ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้วิจัยทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธี LSD ปรากฏผลดังตารางที่ 5 ตารางที่ 6 และตารางที่ 7

การเปรียบเทียบภายหลัง (Post-Hoc)

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมของผู้ใหญ่วัยทำงานตามรายได้

รายได้	N	Mean	เหลือเก็บ	พอใช้	ไม่พอใช้
			4.10	3.61	3.14
เหลือเก็บ	80	3.98	-	0.49**	0.95**
พอใช้	286	3.51		-	0.46**
ไม่พอใช้	103	3.10			-

**P <.01

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้เหลือเก็บ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้พอใช้และไม่พอใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้พอใช้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้ไม่พอใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายของผู้ใหญ่วัยทำงานตามรายได้

รายได้	N	Mean	เหลือเก็บ	พอใช้	ไม่พอใช้
			4.15	3.65	3.16
เหลือเก็บ	80	3.98	-	0.50**	0.99**
พอใช้	286	3.51		-	0.48**
ไม่พอใช้	103	3.10			-

**P <.01

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้เหลือเก็บ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้พอใช้และไม่พอใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้พอใช้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้ไม่พอใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้ใหญ่วัยทำงานตามรายได้

รายได้	N	Mean	เหลือเก็บ	พอใช้	ไม่พอใช้
			3.98	3.51	3.10
เหลือเก็บ	80	3.98	-	0.46**	0.87**
พอใช้	286	3.51		-	0.40**
ไม่พอใช้	103	3.10			-

**P <.01

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้เหลือเก็บ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้พอใช้และไม่พอใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้พอใช้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้ไม่พอใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานกับตัวแปรแรงจูงใจ ตัวแปรความรู้พัฒนาการ ได้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้ายสติปัญญา ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยปรากฏผลดังตารางที่ 8 ตารางที่ 9

ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน (N = 469)

ตัวแปร	moti	know	social	beha	psysic	phyco
moti		-.051	.678**	.627**	.612**	.606**
know			-.168**	-.158**	-.117**	-.230**
social				.725**	.689**	.740**
mean	4.12	0.72	3.69	3.59	3.63	3.50
S.D.	0.69	0.77	0.87	0.99	0.99	1.06

**P <.01

หมายเหตุ* beha หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม psysic หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย

phyco หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ moti หมายถึง แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

know หมายถึง ความรู้พัฒนาการโดยรวม social หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม

จากตารางที่ 8 พบว่า เป็นการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระ เพื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคุณ (Multiple regression) ที่ว่าตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือหากสัมพันธ์กันก็ต้องมีความสำพันธ์กันไม่สูงมากนัก จากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับค่านัยสำคัญของสหสัมพันธ์ พบว่าค่าสัมบูรณ์ของสหสัมพันธ์ต่ำกว่า 0.80 แสดงว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ที่สามารถนำไปวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณได้ โดยไม่เกิด Multicollinearity (อุทัยวรรณ สายพัฒนะ และ ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2547)

ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการรายด้าน และการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน

ตัวแปร	moti	kpsy	kemo	ksoc	kintell	ssemo	ssinfo	ssmon	beha	psysic	phyco
moti		-.241**	-.011	-.004	-.008	.690**	.563**	.659**	.627**	.612**	.606**
kpsy			.123**	-.034	.047	-.152**	-.101*	-.106*	-.153**	-.158**	-.130**
kemo				-.072	-.055	.035	-.057	-.056	-.119**	-.118**	-.111**
ksoc					.028	-.003	-.019	-.040	-.005	.009	-.034
kintell						.101*	.071	.075	.099*	.102*	.084*
ssemo							.757**	.838**	.617**	.581**	.641**
ssinfo								.819**	.725**	.698**	.721**
ssmon									.696**	.659**	.715**
mean	4.12	0.89	0.87	0.87	0.87	3.93	3.63	3.60	3.59	3.63	3.50
S.D.	0.69	0.13	0.19	0.21	0.18	0.96	0.92	0.95	0.99	0.99	1.06

**P <.01

หมายเหตุ*

beha หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม

psysic หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย

phyco หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้าน จิตใจ

moti หมายถึง แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

kpsy หมายถึง ความรู้พัฒนาการด้านร่างกาย

kemo หมายถึง ความรู้พัฒนาการด้านอารมณ์

ksoc หมายถึง ความรู้พัฒนาการด้านสังคม

kintell หมายถึง ความรู้พัฒนาการด้านสติปัญญา

ssemo หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์

ssinfo หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร

ssmon หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร

ssinfo หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร

ตาราง 9 เป็นการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระ เพื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคุณ (Multiple regression) ที่ว่าตัว

แปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือหากสัมพันธ์กันก็ต้องมีความสัมพันธ์กันไม่สูงมากนัก จากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับค่านัยสำคัญของสหสัมพันธ์ พบว่าค่าสัมบูรณ์ของสหสัมพันธ์ต่ำกว่า 0.80 แสดงว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ที่สามารถนำไปวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณได้ โดยไม่เกิด Multicollinearity (อุทัยวรรณ สายพัฒนะ และ ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2547)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มรวม และรายด้านเมื่อจำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส และรายได้ โดยปรากฏผลดังตารางที่ 10 และตารางที่ 11

ตาราง 10 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส และรายได้

ตัวแปรภูมิหลัง	จำนวนคน	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน								
		พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม			พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย			พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ		
		R^2 %	ทำนาย	β	R^2 %	ทำนาย	β	R^2 %	ทำนาย	β
รวม	469	56.3	3,1	.556, .250	51.4	3,1	.507, .268	58.3	3,1,2	.580, .207, .122
ชาย	114	36.0	1,3	.513, .179	31.3	1	.539	40.2	1,3	.531, .206
หญิง	355	69.3	3	.832	64.9	3,2	.818, .076	69.0	3,2	.810, .077
มีคู่	249	62.0	3,1	.609, .233	56.9	3,1	.541, .273	55.7	3,1,2	.655, .150, .109
ไม่มีคู่	220	50.8	3,1	.519, .249	47.1	3,1	.495, .249	49.8	3,1,2	.507, .251, .151
พอใช้	286	39.2	3,1	.358, .334	33.7	1,3	.321, .319	43.7	3,1	.388, .325
ไม่พอใช้	103	66.6	3,1	.563, .311	63.1	3,1	.485, .375	66.9	3,1,2	.624, .204, .128
เหลือเก็บ	80	72.1	3	.787	68.6	3	.775	73.3	3	.777

หมายเหตุ* 1 = แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2 = ความรู้พัฒนาการโดยรวม 3 = การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม

จากตางรางที่ 10 ผู้วิจัยทำการอธิบายตารางที่ 10 ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนแรก อธิบายถึง ผลการทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมของผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม ร้อยละ 56.3 โดยตัวแปรที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเป็นอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (β=.556) อันดับที่สองคือ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (β=.250) และผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ทั้ง 2 ด้าน มีผลการวิจัยดังนี้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายของผู้ใหญ่วัยทำงาน จึงพบว่า ตัวแปรทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย ร้อยละ 51.4 โดยตัวแปรที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายเป็นอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (β=.507) อันดับที่สองรองลงมาคือ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (β=.268)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้ใหญ่วัยทำงาน จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ ร้อยละ 58.3 โดยตัวแปรที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจเป็นอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (β=.580) อันดับที่สอง แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (β=.207) อันดับสุดท้ายคือ ความรู้พัฒนาการโดยรวม (β=.122)

ส่วนที่สอง ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมของผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม เมื่อจำแนกตามตัวแปรภูมิหลัง ได้แก่ เพศ สถานภาพ และรายได้ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม เป็นอันดับแรกในเกือบทุกตัวแปรภูมิหลัง คือ ในกลุ่มรวม เพศหญิง สถานภาพมีคู่ ไม่มีคู่ รายได้พอใช้ ไม่พอใช้ และรายได้เหลือเก็บ ได้แก่ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมได้เป็นลำดับแรกใน สถานภาพไม่มีคู่ และรายได้ไม่พอใช้ อีกทั้ง แรงจูงใจสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมได้เป็นลำดับแรกใน เพศชาย

ผลการทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายของผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม เมื่อจำแนกตามตัวแปรภูมิหลัง ได้แก่ เพศ สถานภาพ และรายได้ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย เป็นอันดับแรกในเกือบทุกตัวแปรภูมิหลัง คือ ในกลุ่มรวม เพศหญิง สถานภาพมีคู่ ไม่มีคู่ รายได้ไม่พอใช้ และรายได้เหลือเก็บ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ส่วนแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายได้เป็นลำดับแรกใน เพศชาย และรายได้พอใช้

ผลการทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม เมื่อจำแนกตามตัวแปรภูมิหลัง ได้แก่ เพศ สถานภาพ และรายได้ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ เป็นอันดับแรกในเกือบทุกตัวแปรภูมิหลัง คือ ในกลุ่มรวม เพศหญิง สถานภาพมีคู่ ไม่มีคู่ รายได้พอใช้ ไม่พอใช้ และรายได้เหลือเก็บ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ส่วนแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจได้เป็นลำดับแรกใน เพศชาย

ตาราง 11 ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุรายด้าน และการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส และรายได้

ตัวแปรภูมิหลัง	จำนวนคน	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน								
		พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม			พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย			พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ		
		R^2 %	ทำนาย	β	R^2 %	ทำนาย	β	R^2 %	ทำนาย	β
รวม	469	61.6	7,1,8,6,3	.472, .321, .204, .136, .069,	57.9	7,1,3	.504, .328, .083	60.2	7,1,8,	.394, .226, .239,
ชาย	114	68.0	1,7,8	.901, .516, .431	70.4	1,7,8	.902, .669, .588	59.7	1,8,6	.832, .422, .388
หญิง	355	73.9	7,8,4	.485, .416, .056	68.7	7,8,1	.395, .391, .106	73.6	7,8	.500, .398
มีคู่	249	68.2	7,1,8	.358, .343, .211	63.7	1	.452	71.6	1	.599
ไม่มีคู่	220	55.8	7,1	.532, .299	53.2	7,1	.521, .289	51.0	7.1	.505, 291
พอใช้	286	47.5	7,1	.409, 346	43.5	7,1	.374, .370	46.1	7,1,8	.341, .242, .216
ไม่พอใช้	103	74.6	7,1	.538, .351	72.6	7,1	.553, .418	72.3	7	.672
เหลือเก็บ	80	74.4	6,7	.494, .400	73.1	6	.506	72.4	6,7	.454, .421

หมายเหตุ* 1 = แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2 = ความรู้พัฒนาการด้านร่างกา 3 = ความรู้พัฒนาการด้านอารมณ์
4 = ความรู้พัฒนาการด้านสังคม 5 = ความรู้พัฒนาการด้านสติปัญญา 6 = การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์
7 = การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร 8 = การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร

จากตางรางที่ 11 ผู้วิจัยอธิบายออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก อธิบายถึง ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมของผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านสติปัญญา และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านทรัพยากร ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรทั้งหมด 8 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม ร้อยละ 61.6 โดยตัวแปรที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเป็นอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร (β=.472) อันดับที่สองรองลงมาคือ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (β=.321) อันดับที่สามคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร (β=.204) อันดับที่สี่คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (β=.136) และอันดับสุดท้ายคือ ความรู้พัฒนาการด้านอารมณ์ (β=.069) และผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีผลการวิจัยดังนี้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายของผู้ใหญ่วัยทำงาน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรทั้งหมด 8 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย ร้อยละ 57.9 โดยตัวแปรที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายเป็นอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร (β=.504) อันดับที่สองคือ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (β=.328) อันดับสาม ความรู้พัฒนาการด้านอารมณ์ (β=.083)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้ใหญ่วัยทำงาน พบว่า ตัวแปรทั้งหมด 8 ตัวแปร ได้แก่ ร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ ร้อยละ 60.2 โดยตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจได้เป็นอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคมข่าวสาร (β=.394) รองลงมาคือ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (β=.226) อันดับที่สามคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร (β=.239)

ในส่วนที่สอง ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมของผู้ใหญ่วัยทำงาน ที่จำแนกตามตัวแปรภูมิหลัง อันได้แก่ เพศ สถานภาพ และรายได้ จากการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม เป็นอันดับแรกในทุกตัวแปรภูมิหลัง คือ ในกลุ่มรวม เพศหญิง สถานภาพมีคู่ ไม่มีคู่ รายได้พอใช้ ไม่พอใช้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร ส่วนแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมได้เป็นลำดับแรกใน เพศชาย รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมได้เป็นลำดับแรกใน ผู้ที่มีรายได้เหลือเก็บ

ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายของผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยเมื่อจำแนกตามตัวแปรภูมิหลัง ได้แก่ เพศ สถานภาพ และรายได้ จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่

สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย อันดับแรกของทุกตัวแปรภูมิหลัง คือ ในกลุ่มรวม เพศหญิง สถานภาพไม่มีคู่ รายได้พอใช้ ไม่พอใช้ เหลือเก็บ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร ส่วนแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกายได้เป็นลำดับแรกใน เพศชาย และสถานภาพที่มีคู่ และตัวแปรตัวสุดท้ายที่ร่วมทำนาย คือ การสันบสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ พบใน ผู้มีรายได้เหลือเก็บ

ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจของผู้ใหญ่วัยทำงาน เมื่อนำมาจำแนกตามตัวแปรภูมิหลัง ได้แก่ เพศ สถานภาพ และรายได้ จากการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจ เป็นอันดับแรก คือ ในกลุ่มรวม เพศหญิง สถานภาพไม่มีคู่ รายได้พอใช้ ไม่พอใช้ เหลือเก็บ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร ในส่วนของแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจได้เป็นลำดับแรกใน เพศชาย และผู้ที่มีสถานภาพมีคู่ และท้ายสุดคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านของอารมณ์ ถูกพบใน ผู้ที่มีรายได้แบบเหลือเก็บ

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยเรื่องแรงจูงใจความรู้พัฒนการและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน ผู้วิจัยได้ข้อมูลงานวิจัยและนำมาวิเคราะห์เพื่อนำข้อมูลชุดนี้มาสรุปผล โดยแบ่งหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. อภิปรายผลการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะในงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน เมื่อจำแนกตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส และรายได้

2. เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ใหญ่วัยทำงานในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส และรายได้

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ใหญ่วัยทำงานเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าเพศชาย

2. ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่ไม่มีคู่

3. ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน

4. แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานได้ในกลุ่มรวม และเมื่อจำแนกกลุ่มย่อยตาม เพศ สถานภาพสมรส และรายได้ อย่างน้อยร้อยละ 5

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ใหญ่วัยทำงานเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้ใหญ่วัยทำงานที่ไม่มีคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ผู้ใหญ่ในวัยทำงานที่มีรายได้เหลือเก็บมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้พอใช้และไม่พอใช้ อีกทั้ง ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้พอใช้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้ไม่พอใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการ ประกอบด้วย ความรู้พัฒนาการโดยรวม ความรู้พัฒนาการด้านร่างกาย ความรู้พัฒนาการด้านอารมณ์ ความรู้พัฒนาการด้านสังคม ความรู้พัฒนาการด้านสติปัญญา และการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม ร้อยละ 56.3 โดยตัวแปรที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเป็นอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อันดับที่สองรองลงมาคือ แรงจูงใจ อันดับที่สามคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ อันดับที่สี่คือ ความรู้พัฒนาการด้านอารมณ์ และอันดับที่ห้าคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่ง ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับตัวแปรภูมิหลังของผู้ใหญ่วัยทำงาน ส่วนที่สอง ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ แรงจูงใจ ความรู้พัฒนาการ และการสนับสนุนทางสังคม

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับตัวแปรภูมิหลังของผู้ใหญ่วัยทำงาน

เพศ

จากสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ใหญ่วัยทำงานเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าเพศชายจากการทดสอบสมมติฐานพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ซึ่งตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าเพศส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่ง

งานวิจัย ของ โอเรม (Orem, 1991) ได้อธิบายว่าผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกันด้วย โดยที่เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและสุขภาพของสมาชิกคนในครอบครัว ส่วนเพศชายเป็นผู้ทำงานหารายได้ ประกอบกับความเชื่อทางสังคมและการปลูกฝังค่านิยมที่คาดหวังให้เพศหญิงทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ดูแลเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าเพศชาย เนื่องจากระบบของสังคมไทยเพศหญิงมักเป็นเพศที่ทำงานบ้าน คอยดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน รวมถึงคอยดูแลบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับนักพฤติกรรมศาสตร์ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2538; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532; สวิง สุวรรณ, 2532) แบ่งแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลเป็นสามแนวคิด คือ แนวคิดที่หนึ่ง ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra individual causal assumption) มีสมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เช่น แรงจูงใจ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ แนวคิดที่สอง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra individual causal assumption) มีสมมติฐานว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ โครงสร้างสังคม การศึกษา การเมือง องค์ประกอบด้านประชากร และครอบครัว ซึ่งการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวจะมีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวด้วย แนวคิดที่สาม ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple causality assumption) มีสมมติฐานว่าพฤติกรรมมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยร่วมกันทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

สถานภาพสมรส

จากสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่ไม่มีคู่ จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ไม่ตรงกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีคู่และไม่มีคู่มีพฤติกรรมการดูและสุขภาพผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ผู้ใหญ่วัยทำงานที่ไม่มีคู่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีคู่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ฮาสส์ (Hass, 1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในด้านความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต พบว่า บุคคลที่มีคู่สมรสมีความสามารถในการดูแลบุคคลในครอบครัวมากกว่าบุคคลที่ไม่มีคู่สมรส เนื่องจากได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเพื่อช่วยเหลือกันในการดูแลบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้งานวิจัยของ วชิราพรรณ เทพิน (2553) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหรือหย่าร้าง เนื่องจาก

ปัจจัยทางสังคมและทางเศรษฐกิจรวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนในรอบตัว จึงอาจเป็นสาเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกันกับสถานภาพสมรส

รายได้

จากสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีราย ได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูและสุขภาพผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน โดยผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้เหลือเก็บมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้พอใช้ และผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้พอใช้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีรายได้ไม่พอใช้ วชิราพรรณ เทพิน, 2553 อธิบายว่า รายได้เป็นเครื่องบ่งชี้ทางการเงิน เมื่อมีรายได้ดีจะสามารถหาแหล่งหรือเข้าถึงสวัสดิการที่ดีได้ ผู้ดูแลจะสามารถใช้ชีวิตควบคู่กับการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างสะดวกสบายเนื่องจากไม่ต้องคิดเรื่องรายได้ที่ต้องได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับ พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง (2559) ที่พบว่า ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุมีรายได้มากหรือยิ่งผู้สูงอายุมีรายได้มาก ผู้สูงอายุก็จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO: 2014) ได้กล่าวไว้ สอดคล้องกันว่า รายได้ของบุคคลเป็นตัวกาหนดการที่บุคคล จะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดี นั้นคือยิ่งมีรายได้มากย่อมส่งผลให้ มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ในทางกลับกันหากบุคคลมีรายได้ต่ำย่อมส่งผลให้มีสุขภาพไม่ดีและยิ่งเห็นได้อย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบสุขภาพระหว่างคนรวยกับคนจน ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่าปัญหาสุขภาพและรายได้มีความสัมพันธ์กัน เมื่อสุขภาพไม่ดี การประกอบอาชีพย่อมทำไม่ได้ รายได้จึงตกต่ำลง ในทางกลับกันเมื่อรายได้ไม่ดี โอกาสที่จะมีเครื่อง อุปโภคบริโภคสมบูรณ์เพียงพอย่อมเป็นไปไม่ได้ สุขภาพไม่ดีจึงเป็นผลที่ติดตามมา

ผลการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ แรงจูงใจ ความรู้พัฒนาการ และการสนับสนุนทางสังคม

แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลของงานวิจัย พบว่า แรงจูงใจซึ่งงานวิจัยฉบับนี้ที่นี้คือแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานได้ในทุกๆตัวแปร ทั้งนี้เพราะว่าแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลได้แสดงออกถึงพฤติกรรมต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมัก

ถูกกระตุ้นภายในอันเนื่องจาก บุคคลผู้เป็นพ่อแม่ที่อยู่ในวัยชรา บุตรหลานจะมีแรงจูงใจในการดูแลพ่อแม่ของตน เป็นความดีความกตัญญูของบุตรหลาน (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2538) และ แมคเคลแลนด์ (McClelland, 1961) อธิบาย แรงจูงใจ ว่าเป็นความต้องการที่เกิดจากความคาดหวังของบุคคลซึ่งในที่นี้คือการอยากให้พ่อแม่ที่อยู่ในวัยชรามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสุขภาพที่แข็งแรง แรงจูงใจของบุตรหลานจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการตั้งมาตรฐานการกระทำของตัวเองไว้ ซึ่งหากคาดหวังให้เกิดผลสำเร็จก็จะมีกำลังใจที่จะทำ และคาดหวังถึงความสำเร็จในครั้งต่อๆ ไปมากขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้ โลเวล (Lovell, 1980) อธิบายถึง แรงจูงใจ ว่าเป็นกระบวนการที่ชักนำโน้มน้าวให้บุคคลเกิดความมานะพยายามเพื่อที่จะสนองตอบความต้องการบางประการให้บรรลุผลสำเร็จ รวมทั้งเป็นการเพิ่มพฤติกรรมให้เกิดการกระทำนั้นของบุคคลโดยบุคคลจงใจกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย หรือสิ่งที่ตนต้องการ วอลล์เทอร์ (Walters, 1978) อธิบายว่า แรงจูงใจ หมายถึง บางสิ่งบางอย่างที่อยู่ในตัวที่มีผลทำให้บุคคลนั้นๆต้องกระทำ หรือมีพฤติกรรมที่บ่งบอกในลักษณะมีเป้าหมาย ดังนั้น แรงจูงใจจึงเป็นเหตุผลของการกระทำ ดุจเดือน พันธุมนาวิน และ ฉัฐวีณ์ สิทธิ์ศิรอรรถ (2562) อธิบายความหมายของ แรงจูงใจ ว่าเป็นความต้องการอย่างหนึ่งของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายโดยไม่ย่อท้อ พยายามฝ่าฟันอุปสรรค ตลอดจนมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยสร้างสภาพเอื้ออำนวยต่อความสำเร็จ โดยต้องการผลที่ถาวรและระยะยาว เช่นเดียวกับ ธีระวัฒน์ จันทึก และ อาภาภรณ์ เกิดดวง (2017) ทำการวิจัยเรื่อง “แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูที่พาผู้สูงอายุมาใช้สถานที่ออกกำลังกายแบบเบ็ดเสร็จครบวงจร กรณีศึกษาศูนย์กีฬา เฉลิมพระเกียรติ สำนักวัฒนธรรมกีฬา และการท่องเที่ยวกรุงเทพมหานคร” คณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่ได้เข้าใช้บริการ สถานที่ออกกำลังกายโดยตรงและรายงานผลการวิจัยความวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยากนำพาผู้สูงอายุมาออกกำลังกาย มีทั้งแรงจูงใจภายนอกของตัวผู้ดูแลและภายในตัวผู้ดูแล โดยผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงาน จึงเป็นความต้องการของผู้ใหญ่วัยทำงานที่จะดูแลผู้สูงอายุด้วยความมานะพยายามเพื่อทำให้ผู้สูงอายุในครอบครัวดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ความรู้พัฒนาการ

จากผลงานวิจัยพบได้ว่า ความรู้พัฒนาการ ได้แก่ ความรู้พัฒนาการด้านสติปัญญา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วน ความรู้พัฒนาการโดยรวม ความรู้พัฒนาการด้านร่างกาย ความรู้พัฒนาการด้านอารมณ์ ความรู้พัฒนาการด้านสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากความรู้พัฒนาการด้านต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นยิ่งบุคคลที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวอยู่แล้วยิ่งใส่ใจผู้สูงอายุไปในตัวทำให้บางครั้งไม่ได้ตระหนักถึงความรู้พัฒนาการในบางด้าน โดย ความรู้พัฒนาการด้านอารมณ์ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ ความรู้พัฒนาการด้านอารมณ์ มาจากการมีความเข้าใจถึงจิตใจของผู้สูงอายุ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2551) อธิบายว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเห็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ผู้สูงอายุยังคงมีอารมณ์รักในบุคคลอันเป็นที่รักโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน และเมื่อเกิดการสูญเสีย ผู้สูงอายุจะมีความเศร้าโศกอย่างมาก จะมีผลกระทบต่อจิตใจ สุขภาพกาย และพฤติกรรมของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก มีอารมณ์เหงา ว้าเหว่ บางรายอาจรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลงเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้ดูแลผู้สูงอายุในการทำสิ่งต่างๆ เรื่องค่าใช้จ่าย ค่ารักษาพยาบาล ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้บางครั้งมักแสดงอาการหงุดหงิด น้อยใจ ต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุไม่เพียงแต่สภาพร่างกายเท่านั้น ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึก การรับรู้ บุคลิกภาพ ความจำ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมด้วย การเสื่อมความเคารพและการถูกทอดทิ้ง จะเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิตมาก มีความวิตกกังวล บางรายอาจแยกตัวเองเป็นบุคคลไร้ความสามารถ สูญเสียความรู้สึกมีค่า ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต (2541) อธิบายว่า พัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุเป็นผลให้ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวและยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ฉะนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุควรจะเข้าใจและยอมรับต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงนั้นๆด้วย เพื่อที่จะได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ วชิราพรรณ เทพิน (2553) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นลำดับที่สอง จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ ทำให้เห็นได้ว่าหากบุคคลผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการก็จะยิ่งทำให้เข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม

ผลงานวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับสนับสนุนทางสังคมโดยรวม การได้รับสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร และการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ในทุกๆตัวแปร โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมเป็นอันดับแรกคือ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อันดับที่สามคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และอันดับที่ห้าคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร เพนเดอร์ (Pender, 1982) ได้อธิบายถึงการแบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดออกเป็น 4 ประเภท คือ1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความเอื้อเฟื้อและช่วยเหลือ สนับสนุนการมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า 2.แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุให้เกิดการเข้าใจว่า อย่างไรควรทำ จึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง 3.การช่วยเหลือทางด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหารหรือช่วยดูแลบุตรให้เพื่อน มารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อน หย่อนใจ เฮาส์ (House, 1981) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินผลตนเองในสังคม ลักษมี บุญธรรม (2540) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุ ทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงานหรือวัสดุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนรวมกัน และยังมีงานวิจัยของ วิลาวัลย์ รัตนา (2552) ทำการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ งานวิจัยของ พรสุวรรณ จารุพันธุ์ (2547) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมาก หากบุคคลที่มีการได้รับการสนับสนุน ก็จะยิ่งแสดงออกถึงพฤติกรรมนั้นได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลงานวิจัยในครั้งนี้ แรงจูงใจกับการดูแลสุขภสพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการ และการสนับสนุนทางสังคม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล แรงจูงใจกับการดูแลผู้สูงอายุ นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นตัวทำนายต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น การที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ดีเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพกายสุขภาพจิตที่ดี จะต้องมีแรงจูงใจจากภายใน เช่นการสร้างความผูกพันระหว่างบุคคุลที่เป็นผู้ดูแล หรือบุตรหลาน กับ ผู้สูงอายุในครอบครัว ยิ่งมีความผูกพันมากยิ่งมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความรู้พัฒนาการ ได้แก่ ความรู้พัฒนาการด้านร่างกาย ความรู้พัฒนาการด้านอารมณ์ ความรู้พัฒนาการด้านสังคม ความรู้พัฒนาการด้านสติปัญญา จากผลการวิจัย ทำให้เห็นถึงผลการทำนายและความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ว่า ความรู้พัฒนาการในบางด้าน ยังคงเป็นสิ่งที่สำคัญ ต่อบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น หากมีการจัดงานเพื่อให้บุคคลเข้าใจความสำคัญของความรู้พัฒนาการต่อวัยผู้สูงอายุ เพื่อนำมาดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว อย่างถูกวิธี การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร นับว่าทุกด้าน เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสำคัญอย่างมาก ยิ่งได้รับการสนับสนุนยิ่งทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ได้ข้อมูลของผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยทำงานมากหรือน้อยที่แตกต่างกันเพียงใด ทั้งผู้ใหญ่วัยทำงานเพศชาย หรือเพศหญิง สถานภาพมีคู่หรือไม่มีคู่ และรายได้พอใช้และไม่พอใช้หรือเหลือเก็บ ซึ่งผลจากงานวิจัยได้ทราบว่าผู้ใหญ่วัยทำงานกลุ่มใดที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อยกว่า ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรจะได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมต่อไป ทั้งนี้ อาจเปลี่ยนรูปแบบในการทำวิจัย เป็นการทดลอง หรือการสัมภาษณ์ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลหรือปัจจัยตัวอื่นที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

Barrow, G. M., และ Smith, P. A. (1979). *Aging and society.* Minnesota: West.

Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Education Objectives Hand Book I : Cognitive Domain.* New York: Mc Kay Company.

Bower, B. T. (1987). Intergenerational caregiving : Adout caregiving and their aging parents. Advanced in

Nursing Science 9.

Burman, A. C. (1969). *Creative Adult Learning.* in Bur Richer. Arthur, W ; Keith, R. Editor. Lape (Eds), Illinois.

Caffrey, R. A. (1991). *Family caregiving to the elderly in Northeast Thailand.* Changing Pattern. Dissertation of Doctor for Philosophy Department of Anthopology Oregon University USA.

Cieirelli, V. G. (1981). *Helping Elderly Parents, The Role of Adult Children".* Boston: Auburn House Publishing.

Cobb, s. (1976). *Social support as moderate of life stress.* (Phychosomatic Meddicine 38).

Erikson, E. H. (1964). *Insight and responsibility*. New York: Norton.

Hass, D. (1990). *The relationship between coping disposition and power componants of dependent-care agency in parents of children with special health care need.* College of nursing, wayne state University, Detroit,MI. ((Doctoral Dissertation)).

Havighurst, R. J. (1956). *Developmental Task and Education.* New York.

House, J. S. (1981). *Work stress and Social Support.* Ma: Addison-Wesley. (Reading).

Hurlock, E. B. (1967). *Adolescent Development*. New York : Mc Graw-Hill Company.

Jacobson, D. E. (1986). "Types and timing of Social Support.". *Journal Health Social Behavior*.

Kahn, R. L. (1979). *Aging and social support. In M.W. Riley (ed.*). Colorado: West view. (Aging from birth to death : interdisciplinary perspective).

Loudon, D. L., และ Bitta, D. A. J. (1988). *Consummer Behavior: Concept and Applications (3rd ed).* New York: McGraw-Hill.

Lovell, R. B. (1980). *Adult learning.* New York : Halsted Press Wiley & Son.

McClelland, D. C. (1961). *The Achieving Society.* New York: D. Van Nostrand.

Orem, D. C. (1991). *Nursing Concept of Practice*. St.Louis: Mosby Year Book.

Pender, N. I. (1982). *Health Promotion of Nursing Practice.* Connectient: Appletion Century Crafts.

Richardson, V. L. (2010). *The impact of health beliefs on therapeutic adherence in*

patients with rheumatoid arthritis.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support as Buffer against Life stress. *Journal of Health and Social Behavior*.

Walters. (1978). *Adaptive Management of Renewable Resources.* New York: Mc Graw - Hill.

Weiss, R. S. (1974). *The provisions of social relationships.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1974.

Woods, F. G. (1991). *The meaning of cargiving.* Rehabilitation Nursing 16.

Yuriek, A. G., et al. (1980). *The Aged Person and Nursing Process.* New York: Appleton. Century-Crofts.

เตือนใจ ทองคำ. (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์. (หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. (สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว).

เสนอ อินทรสุขศรี. (2526). เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2563). เคล็ดลับ 4 ดี สูงวัยอย่างสตรอง. สืบค้นจาก www.dmh.go.th

จรัสวรรณ เทียนประภาส. (2533). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองธรรม.

จันทนา รณฤทธิวิชัย. (2530). หมอชาวบ้าน. มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. (คณะครุศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์).

ชมพูนุท พรหมภักดิ์. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (*Aging society in Thailand)* (3): สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2531). การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2538). ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม : การวิจัยและการพัฒนาบุคคล สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

ดุจเดือน พันธุมนาวิน, และ ฉัฐวีณ์ สิทธิ์ศิรอรรถ. (2562). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง “พฤติกรรมจริยธรรมในการทำงานต้องขับเคลื่อนด้วยจิตพลังจริยธรรม”. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ณ โรงแรม Princess Palace มหานาค.

ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต. (2541). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา: ชานเมือง.

ธีระวัฒน์ จันทึก, และ อาภาภรณ์ เกิดดวง. (2017). แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ใช้สถานที่ออกกาลังกายแบบเบ็ดเสร็จครบวงจร กรณีศึกษาศูนย์กีฬาเฉลิมพระเกียรติสำนักวัฒนธรรมกีฬา และการท่องเที่ยวกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศิลปากร. (สาขาการจดัการธรุกิจและภาษาอังกฤษคณะวิทยาการจัดการ).

นงนุช โอบะ, รุ่งเพชร หอมสุวรรรณ์, และ ชญาภา บุญลือ. (2564). การพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในครอบครัว. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา, 29.

บัณฑิต เคียงธนสมบัติ. (2547). “การสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ.”. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (ภาควิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ คณะศึกษาศาสตร์).

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณะสุข. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมวิทยาการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์).

ประณต เค้าฉิม. (2549). เอกสารคำสอน ภาควิชา จิตวิทยาพัฒนาการ. file:///C:/Users/gamencr/Desktop/%E0%B9%84%E0%B8%9F%E0%B8%A5%E0%B9%8C%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B9%88%E0%B8%A1/NCQFCAHL2PRATI8NTCF41BHJBUC7U3.pdf

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสขภาพและสุขศึกษา. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ คณะสาธารณสุขศาสตร์.

พรพรรณ วรสีหะ, E. D., และ หนึ่งฤทัย โพธิ์ศรี, พ. ม. (2018). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชุมชนสวนอ้อย เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร.

พรสุวรรณ จารุพันธุ์. (2547). "ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท". วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน.

พัชรี ตันศิริ. (2533). การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองธรรม.

พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว, และ รติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย Health Care and Health Status of Thai Aging. สมาคมนักวิจัยในความอุปถัมภ์ของสภาวิจัยแห่งชาติ, 21(2).

ภัทรพร ไพเราะ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยง พิทยานิยม. (2537). ข้อคิดสิบประการ สำหรับผู้สูงอายุ. In พ. 5 (Ed.).

ลักษมี บุญธรรม. (2540). อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. มหาวิทยาลัยมหิดล/กรุงเทพฯ.

วชิราพรรณ เทพิน. (2553). ปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล. (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ). สืบค้นจาก http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Dev_Psy/Wachiraphan_T.pdf

วันทนี ขำเพ็ง. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา. มหาวิทยาลัยมหิดล/กรุงเทพฯ. https://dric.nrct.go.th/index.php?/Search/SearchDetail/74480

วิลาวัลย์ รัตนา. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2551). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. กรุงเทพ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์(15).

ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2535). พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. (สาขาพยาบาลสาธารณสุข).

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). สวัสดิการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลย.

สมพิศ พรหมเดช. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต. มหาวิทยาลัยมหิดล:กรุงเทพฯ.

สวิง สุวรรณ. (2532). พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสขภาพและสุขศึกษา. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์.

สุชา จันทร์เอม. (2541). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์).

สุริยาภรณ์ อินทรภิรมย์. (2550). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. http://search.lib.cmu.ac.th/search/?searchtype=.&searcharg=b1419044

http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/30596

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2547). จิตวิทยาเพื่อการอบรมผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : บริษัทด่านสุธาการพิมพ์(2).

สุวัฒน์ ศรีฉัตร, และ คณะ. (2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขศึกษา.

อุทัยวรรณ สายพัฒนะ, และ ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. (2547). Collinearity. วารสารปาริชาต, 17.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถาม “พฤติกรรม ความรู้ และความรู้สึก”

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) แบบวัดพฤติกรรม ความรู้และความรู้สึก **ขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อและตอบตามความเป็นจริง** ผลการวิจัยจะนำไปใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการกำหนดแนวทางส่งเสริมและพัฒนาผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

1. เพศ

☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. สถานภาพสมรส

☐ 1. มีคู่ ☐ 2. ไม่มีคู่

3. รายได้

☐ 1. พอใช้

☐ 2. ไม่พอใช้

☐ 3. เหลือเก็บ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมและความรู้สึก

คำชี้แจง ขอให้ท่านสำรวจและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตาราง ที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

<u>ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรม</u>

1) ข้าพเจ้าจัดเตรียมยาให้กับผู้สูงอายุตามคำสั่งของแพทย์					
……………	……………	……………	……………	……………	……………
ปฏิบัติเสมอ	บ่อยๆ	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
2) ข้าพเจ้าคอยเตือนให้ผู้สูงอายุทานยาตรงตามเวลา					
……………	……………	……………	……………	……………	……………
ปฏิบัติเสมอ	บ่อยๆ	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
3) ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ					
……………	……………	……………	……………	……………	……………
ปฏิบัติเสมอ	บ่อยๆ	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
4) ข้าพเจ้าให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงสิ่งอบายมุขหรือสิ่งที่ส่งผลต่อการบั่นทอนสุขภาพ					
……………	……………	……………	……………	……………	……………
ปฏิบัติเสมอ	บ่อยๆ	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
5) ข้าพเจ้าเลือกร้านอาหารที่จะทำให้ได้ทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ					
……………	……………	……………	……………	……………	……………

ปฏิบัติเสมอ	บ่อยๆ	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
6)	ข้าพเจ้าดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ				
……………	……………	……………	……………	……………	……………
ปฏิบัติเสมอ	บ่อยๆ	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
7)	ข้าพเจ้าคอยตรวจเช็คว่าผู้สูงอายุทานอาหารครบ 5 หมู่				
……………	……………	……………	……………	……………	……………
ปฏิบัติเสมอ	บ่อยๆ	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย

<u>ตัวอย่างแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ</u>

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1.	ร่างกายของผู้สูงอายุจะเสื่อมสภาพลง		
2.	ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายได้เหมือนคนทั่วไป		
3.	ระบบต่างๆในร่างกายของผู้สูงอายุเริ่มผิดปกติ		
4.	ผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันปกติ		
5.	ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการได้ยินและการมองเห็น		
6.	ผู้สูงอายุอารมณ์เสียโดยไม่รู้สาเหตุ		
7.	ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าหากไม่ได้รับความสนใจ		
8.	ผู้สูงอายุต้องการความรักจากคนในครอบครัว		
9.	ผู้สูงอายุมักรู้สึกเหงาและหดหู่		
10.	ผู้สูงอายุหงุดหงิดง่ายและมีอารมณ์แปรปรวน		
11.	ผู้สูงอายุชอบอยู่คนเดียวและแยกตัวจากการเข้าสังคม		
12.	ผู้สูงอายุมีกลุ่มเพื่อนน้อยลง		
13.	ผู้สูงอายุเลือกเข้าสังคมที่ตนเองสนใจ		
14.	ผู้สูงอายุมีความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา		
15.	ผู้สูงอายุชอบที่จะเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพและอาหาร		

<u>แบบสอบถามความรู้สึก</u>

1)	ข้าพเจ้าพยายามพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกาย				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
2)	ข้าพเจ้าตั้งใจจะดูแลร่างกายของผู้สูงอายุให้แข็งแรง				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
3)	ข้าพเจ้าไม่อยากเห็นผู้สูงอายุเจ็บป่วย				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
4)	ข้าพเจ้าไม่สนใจว่าผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายหรือเปล่า				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
5)	ข้าพเจ้าต้องการเห็นผู้สูงอายุในครอบครัวมีความสุข				

....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
6)	ข้าพเจ้าชักชวนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
7)	ข้าพเจ้าพยายามแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
8)	ข้าพเจ้าพยายามทำตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
9)	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น				
....	....	....	....	....	....

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

ตัวอย่างแบบสอบถามความคิดเห็น

1)	หากข้าพเจ้าเหนื่อยล้าจากการทำงาน จะมีลูกหลานมาช่วยดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
2)	ข้าพเจ้ามีเพื่อนสนิทที่ช่วยให้คำข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
3)	คู่ชีวิตไม่ได้ช่วยเป็นที่ปรึกษาให้แก่ข้าพเจ้าในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว				
....	....	....	....	....	....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
4)	เพื่อนร่วมงานชมเชยที่ข้าพเจ้ารู้วิธีการดูแลผู้สูงอายุ				
	....	....	....	....	....

…………… …					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
5)	คนรอบข้างเป็นที่พึ่งให้ข้าพเจ้าเมื่อข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยกับการดูแลผู้สูงอายุ				
…………… …	…………… …	…………… …	…………… …	…………… …	…………… …
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
6)	คนในครอบครัวรู้สึกเห็นใจที่ข้าพเจ้าดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจัง				
…………… …	…………… …	…………… …	…………… …	…………… …	…………… …
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
7)	ผู้สูงอายุที่ข้าพเจ้าดูแลกล่าวชมเชยและยกย่องที่ข้าพเจ้าดูแลท่านเป็นอย่างดีกับคนส่วนมาก				
…………… …	…………… …	…………… …	…………… …	…………… …	…………… …
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
8)	คนในครอบครัวแชร์วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้กับข้าพเจ้า				
…………… …	…………… …	…………… …	…………… …	…………… …	…………… …
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

ภาคผนวก ข
คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 12 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Corrected item-total correlation หรือ CITC) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อ	CITC
1	.570
2	.384
3	.632
4	.693
5	.614
6	.711
7	.793
8	.729
9	.732
10	.731
11	.766
12	.751
13	.597
14	.650
15	.661
16	.577
17	.539
18	.367
19	.486
20	.618
21	.767
22	.810
23	.565

ข้อ	CITC
24	.724
25	.652
26	.793
27	.602
28	.726
29	.707
30	.735
31	.545
32	.330
Cronbach's alpha coefficient	.959

ตาราง 13 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Corrected item-total correlation หรือ CITC) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) ของแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อ	CITC
1	.241
2	.681
3	.609
4	.384
5	.623
6	.605
7	.484
8	.454
9	.383
10	.779
11	.371
12	.732
13	.716
14	.313
15	.589
Cronbach's alpha coefficient	.866

ตาราง 14 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Corrected item-total correlation หรือ CITC) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) ของความรู้พัฒนาการ

ข้อ	CITC
1	.275
2	.442
3	.416
4	.353
5	.413
6	.463
7	.409
8	.244
9	.676
10	.320
11	.273
12	.437
13	.267
14	.535
15	.537
16	.287
Cronbach's alpha coefficient	.797

ตาราง 15 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อและคะแนนรวม (Corrected item-total correlation หรือ CITC) และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับ (Cronbach's alpha coefficient) ของการสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	CITC
1	.401
2	.567
3	.571
4	.517
5	.698
6	.612
7	.705
8	.667
9	.639
10	.682
11	.425
12	.577
13	.441
14	.227
15	.558
16	.463
17	.527
18	.550
19	.652
20	.349
Cronbach's alpha coefficient	.903

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ณิชารีย์ นิยมสินธุ์
วัน เดือน ปี เกิด	17 ธันวาคม 2538
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2561
	ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาภาพยนตร์และสื่อดิจิตอล
	จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ