ปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

PERSONAL, SOCIAL AND ENVIORNMENTAL FACTORS RELATED TO THE SELF-CARE BEHAVIOR OF NON-COMMUNICABLE DISEASES AMONG THE ELDERLY

ณหทัย ไกรสรสวัสดิ์

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2561

ปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ณหทัย ไกรสรสวัสดิ์

ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

PERSONAL, SOCIAL AND ENVIORNMENTAL FACTORS RELATED TO THE SELF-CARE BEHAVIOR OF NON-COMMUNICABLE DISEASES AMONG THE ELDERLY IN THE BANGKOK METROPOLITAN AREA

NAHATHAI KRAISORNSAWAT

A Thesis Submitted in partial Fulfillment of Requirements

for MASTER OF SCIENCE (Applied Behavioral Science Research)

INSTITUTE OF RESEARCH IN BEHAVIORAL SCIENCE Srinakharinwirot University

2018

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ของ

ณหทัย ไกรสรสวัสดิ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

---------- คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรธรรม)

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัฒนา วินิตวัฒนคุณ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุกร์ จันประเสริฐ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ)

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร
ผู้วิจัย	ณหทัย ไกรสรสวัสดิ์
ปริญญา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2561
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิชุดา กิจธรธรรม

การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเพศ ลักษณะการอยู่อาศัย และรายได้ที่แตกต่างกัน 2) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน 3) เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมในการร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ใช้การเก็บแบบวัดเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ทั้งหมด 7 ตอน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าอยู่ระหว่าง .74 ถึง .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีลักษณะการอยู่อาศัย และรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขในกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท 3) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อาศัยอยู่กับคู่สมรส อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ และรายได้ 5,000-10,000 บาท 4) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อาศัยอยู่กับคู่สมรส อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ และรายได้ 5,000-10,000 บาท และ5) กลุ่มปัจจัยบุคคล (ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง) และกลุ่มสภาพแวดล้อมทางสังคม (การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 45 ตัวแปรสำคัญสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ ความหวัง การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Title	PERSONAL, SOCIAL AND ENVIORNMENTAL FACTORS RELATED TO THE SELF-CARE BEHAVIOR OF NON-COMMUNICABLE DISEASES AMONG THE ELDERLY IN THE BANGKOK METROPOLITAN AREA
Author	NAHATHAI KRAISORNSAWAT
Degree	MASTER OF SCIENCE
Academic Year	2018
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Wichuda Kijtorntham

This comparative correlation research aimed (1) to compare the self-care behavior of elderly, patients with chronic and non-communicable diseases in terms of gender, housing and different income levels. (2) to study the interaction between the personal, social and environmental factors affecting the self-care behaviors of elderly, patients with chronic and non-communicable diseases, both collectively and in subgroups with different social and biological characteristics. (3) to study the predictive power of people suffering from the individual factors and the social environment in predicting the self-care behaviors of elderly and, chronic and non-communicable diseases The group as a whole and people with subgroups also had different biological social. The sample group used in the research consisted of four hundred elderly chronic non-communicable diseases in the Bangkok metropolitan area, obtained by multi-stage random sampling. Using a collection of the measurements as six-level appraisal section, all seven episodes had an alpha coefficient of confidence between .75 and 94. The data were analyzed using descriptive statistics and analyzed values of the One-way analysis of variance, the Two-way analysis of variance and Stepwise multiple regression analysis, which were all based on the results of this study. The results of the research were as follows: (1) The elderly, patients with chronic and non-communicable diseases were similar in terms of housing, income levels and self-care behaviors were statistically significant at a level of .05,. (2) to meet the interaction between the Hope variable of hope and medical or public health services for the over 15,000 income group baht,. (3) to meet the interactions between optimistic variables and social support in the male, gender groups of, and female, live with their spouses, other children and relatives and with an income of 5,000 to 10,000,. (4) to meet the interaction between perceived variables, their abilities and social support for both the males and females collectively, lived with a spouse or other children and relatives and with an income of between 5,000 to 10,000 baht,. and (5) the factors influencing these groups, such as (hope, optimism, awareness, ability, the benefits of self-care and social environment groups, such as medical or public health services and social support and can jointly predict the self-care behaviors of elderly with chronic and non-communicable diseases in the Bangkok metropolitan area of 45% and the important important factors that predict self-care behaviors included hope for their abilities, awareness of the benefits of self-care and social support with a statistical significance of .05

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์เล่มนี้ประสบความสำเร็จได้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในทุกขั้นตอนและให้ความปรารถนาดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัฒนา วินิตวัฒนคุณ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานสอบปากเปล่า และขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุกร์ จันประเสริฐ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบปากเปล่าครั้งนี้ โดยให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงปริญญานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี มิตกิตติ และ ดร.กุลธิดา กุลประฑีปัญญา ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือในการวิจัย

ทั้งนี้ขอขอบพระคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา ทุกช่วงเวลาที่ผู้วิจัยศึกษาอยู่ที่นี่รู้สึกมีความสุขและได้ความรู้ความเข้าใจอย่างมาก

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการร่วมมือตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลเป็นประโยชน์ในการทำปริญญานิพนธ์แก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่ง

ท้ายสุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัว ญาติ และเพื่อนทุกๆ ท่าน ที่คอยสอบถามความคืบหน้าของการการทำปริญญานิพนธ์ครั้งนี้ทั้งให้คำแนะนำและให้กำลังใจอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกปลาบปลื้มและช่วยสร้างแรงใจให้ผู้วิจัยทำปริญญานิพนธ์ครั้งนี้ให้เกิดความสำเร็จในท้ายที่สุด

ณหทัย ไกรสรสวัสดิ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญรูปภาพ ..... ฐ

บทที่ 1 บทนำ 1

ที่มาและความสำคัญของปัญหา 1

ความมุ่งหมายของการวิจัย 4

ความสำคัญของการวิจัย 4

ขอบเขตของการวิจัย 5

ตัวแปรที่ศึกษา 5

นิยามศัพท์เฉพาะ 6

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 7

ตอนที่ 1 สถานการณ์ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย 7

ตอนที่ 2 พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร 9

ตอนที่ 3 แนวทางการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง .. 18

3.1 ปัจจัยบุคคล 19

3.2 สภาพแวดล้อมทางสังคม 33

ตอนที่ 4 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่จะศึกษา: นิยามเชิงปฏิบัติการ สมมุติฐานการวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัย 53

นิยามเชิงปฏิบัติการ 53
สมมุติฐานการวิจัย 56
กรอบแนวคิดในการวิจัย 57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 59
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง 59
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 61
การหาคุณภาพเครื่องมือ 67
การเก็บรวบรวมข้อมูล 67
การวิเคราะห์ข้อมูล 68
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 69
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 70
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา 70
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐาน 74
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 104
สรุปผลการวิจัย 105
สรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐาน 105
ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้และพัฒนาการวิจัย 115
บรรณานุกรม 117
ภาคผนวก 130
ภาคผนวก ก ตารางแสดงค่าสถิติต่างๆ 131
ภาคผนวก ข ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย 139
ภาคผนวก ค แบบสอบถามในการวิจัย 141
ภาคผนวก ง ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัย 153

ภาคผนวก จ ใบรับรองจริยธรรม 159

ประวัติผู้เขียน..... 161

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม 71
ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลพื้นฐานจากตัวแปรที่ศึกษา ทั้งในภาพรวมและกลุ่มสูงกลุ่มต่ำ 72
ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครที่มีเพศแตกต่างกัน 74
ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครที่มีลักษณะการอยู่อาศัยและรายได้แตกต่างกัน..... 75
ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครตามตัวแปรลักษณะการอยู่อาศัยเป็นรายคู่ 76
ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครตามตัวแปรรายได้เป็นรายคู่ 76
ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามตัวแปรความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย..... 77
ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย..... 82
ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย..... 91
ตาราง 10 ข้อมูลเบื้องต้นในการทดสอบเป็นไปตามเงื่อนไขการวิเคราะห์สถิติการถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression) 100
ตาราง 11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและการทดสอบนัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 101

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ในกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท จำนวน 82 คน 132
ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวม จำนวน 400 คน 132
ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศชาย จำนวน 119 คน 133
ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศหญิง จำนวน 281 คน 133
ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 108 คน 134
ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ จำนวน 235 คน 134
ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท จำนวน 233 คน 135
ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวม จำนวน 400 คน 135
ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศชาย จำนวน 119 คน 136

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศหญิง จำนวน 281 คน 136
ตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 108 คน 137
ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ จำนวน 235 คน 137
ตาราง 24 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท จำนวน 233 คน 138
ตาราง 25 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 16 ข้อ 154
ตาราง 26 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความหวัง จำนวน 16 ข้อ 155
ตาราง 27 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการมองโลกในแง่ดี จำนวน 12 ข้อ 156
ตาราง 28 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน จำนวน 11 ข้อ 157
ตาราง 29 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง จำนวน 7 ข้อ 157
ตาราง 30 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ 158
ตาราง 31 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ 158

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) 18
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย 58
ภาพประกอบ 3 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท..... 81
ภาพประกอบ 4 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มรวม 85
ภาพประกอบ 5 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มเพศชาย..... 86
ภาพประกอบ 6 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มเพศหญิง 87
ภาพประกอบ 7 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส..... 88
ภาพประกอบ 8 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ..... 89
ภาพประกอบ 9 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท..... 90
ภาพประกอบ 10 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตน และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มรวม 94

ภาพประกอบ 11 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตน และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มเพศชาย 95
ภาพประกอบ 12 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มเพศหญิง 96
ภาพประกอบ 13 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส 97
ภาพประกอบ 14 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตน และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ 98
ภาพประกอบ 15 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท 99
ภาพประกอบ 16 ผลการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยโดยใช้ตัวแปรกลุ่มปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคม 113

บทที่ 1
บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกซึ่งส่งผลคุกคามต่อสุขภาพของประชากรและการพัฒนาประเทศ (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. 2561 : 24) โดยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คนต่อปี (แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี พ.ศ.2560-2564. 2560 : 8) จากรายงานองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราประชากรเสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรงมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วนลงพุง ตามลำดับ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยในปี 2559 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.07 และกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และคาดว่าจะเป็นสังคมสูงวัยในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ.2558 พบว่า ผู้สูงอายุชายร้อยละ 36.8 และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 42.3 รายงานว่าตนเองมีโรคติดต่อเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหากับประชากรตั้งแต่วัยกลางคนแล้วส่งผลต่อเนื่องจนถึงวัยสูงอายุ (วิชัย เอกพลากร. 2559 : 264) โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุจะเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมนุษย์

ดังนั้นการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะให้ความสำคัญอยู่ที่ผู้สูงอายุ เนื่องจากระยะของโรคที่ยาวนานและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้สูงอายุจะต้องรู้จักดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีความรู้เรื่องโรคของตนเอง ทราบถึงอาการที่บ่งบอกถึงการเปลี่ยนสถานะโรค และการป้องกันความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ที่มีบทบาทในการรักษา เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ทำให้เกิดความพิการและตายก่อนวัยอันควร

(สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2557 : 15-16)

ในด้านการดูแลตนเอง โอเร็ม (Orem. 1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สมจิต หนุเจริญกุล. 2536 : 30)

อย่างไรก็ดี การที่ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมได้นั้นยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังเช่น จากการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ด้วยทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา ที่กล่าวว่า บุคคลมีการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมและลักษณะภายในของบุคคลส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (ประทีป. 2540 : 95) และจากที่ผู้วิจัยได้ไปศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่ามีการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตน ความหวังและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (สุจิตรา บุญประเสริฐ. 2550 : 123 ; นภาพร วงศ์ใหญ่. 2549 : 59 ; นิพาวรรณ์ แสงพรม. 2547 : 35) และยังมีการศึกษาการมองโลกในแง่ดีที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (อะเคื้อ กุลประสูติดิลก และคนอื่นๆ. 2557 : 45) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และยังมีอิทธิพลร่วมกับตัวแปรอื่นในการทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อีกด้วย (อินทุกานต์ กุลไวย. 2552 : 2-3) และยังพบการศึกษาการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้วย นั่นคือ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล. 2553 : 116)

การผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากหรือน้อยนั้น มิได้ขึ้นอยู่แค่ปัจจัยบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับลักษณะทางชีวสังคมด้วยจากงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้ไปศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองที่เคร่งครัดกว่าเพศชาย ทั้งด้านการรับประทานอาหาร พักผ่อนให้เพียงพอ จึงทำให้เพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพสูงกว่าเพศชาย (เบญจพร สว่างศรีและเสริมศิริ แต่งงาม. 2556 : 134) และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครอง/บุตรหลานหรือญาติคนอื่นๆ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว (สิริพร สุธัญญา. 2550 : 97) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการได้ในที่สุด ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาทางการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ (จิราภรณ์ ใจสบาย. 2553 : 86) ด้วยเหตุนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นอาจมาจากสาเหตุสำคัญสองปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยบุคคล ประกอบด้วย ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับลักษณะทางชีวสังคมด้วย ได้แก่ เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย และรายได้

กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากที่สุดในประเทศ โครงสร้างทางอายุประชากรของกรุงเทพมหานครเป็นประชากรสูงวัย (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2557 : 4) และจากข้อมูลชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ 50 สำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร (สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร, 2560) พบว่า ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในศูนย์บริการสาธารณสุขมีจำนวน 14,958 คน และผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีจำนวน 5,924 คน รวมทั้งสิ้น 20,882 คน ทั้งนี้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 – 2563 มีเป้าหมายหลักคือ การลดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งใน 5 ประเด็น ได้แก่ ลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการพิการ ลดการตาย และลดภาระค่าใช้จ่าย ด้วยการเพิ่มวิถีพอเพียงใน 3 ด้าน คือ การบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม (พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่นๆ. 2556 : 19)

ฉะนั้นการศึกษาวิจัยเรื่องนี้นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อตัวบุคคลที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน พึ่งพาตนเอง ลดภาระพึ่งพิงผู้อื่น และสามารถกลับมาดำรงชีวิตประจำวันได้เป็นปกติแล้วยังก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม คือสามารถ

พัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานในการดำเนินการต่อไป

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเชิงเหตุ ได้แก่ ปัจจัยบุคคลประกอบด้วย ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้คาดว่าจะสามารถเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้นรวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบครัวและเพื่อนของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเพศ ลักษณะการอยู่อาศัย และรายได้ที่แตกต่างกัน

2. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน

3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมในการร่วม ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน

ความสำคัญของการวิจัย

ความสำคัญเชิงทฤษฎี

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยการบูรณาการการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านในในการอธิบายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และทำให้ทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยอาศัยจากตัวแปรสำคัญจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ได้แก่ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

ความสำคัญเชิงปฏิบัติ

การศึกษาครั้งนี้ใช้องค์การความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์ที่จะเป็นประโยชน์ทำให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แล้วนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น และยังเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบครัว และเพื่อนของผู้สูงอายุในการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือในศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 20,882 คน (ข้อมูลสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร. 2560)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือในศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 393 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane. 1967 : 886) โดยผู้วิจัยได้ปรับจำนวนเป็น 400 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 400 คน และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาวิจัยในครั้งนี้

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมดังต่อไปนี้
    1.1 ปัจจัยบุคคล ได้แก่
        1.1.1 ความหวัง
        1.1.2 การมองโลกในแง่ดี
        1.1.3 การรับรู้ความสามารถของตน
        1.1.4 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง
    1.2 สภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่
        1.2.1 การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข
        1.2.2 การสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่

3.1 เพศ

3.2 ลักษณะการอยู่อาศัย

3.3 รายได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCD) หมายถึง โรคที่ไม่สามารถแพร่กระจายโรคจากคนสู่คนได้ เป็นโรคที่เกิดต่อเนื่องยาวนาน และมีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ประกอบด้วย 4 กลุ่มโรค ได้แก่ กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคเบาหวาน กลุ่มโรคมะเร็ง และกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง รวมถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด (Department of Health, 2015)

ผู้สูงอายุโรคไม่ติดเรื้อรัง หมายถึง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือในศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

ลักษณะการอยู่อาศัย หมายถึง การพักอาศัยของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปัจจุบัน แบ่งเป็น อยู่กับคู่สมรส อยู่ลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ และอยู่คนเดียว

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับในปัจจุบัน แบ่งเป็น 5,000 - 10,000 บาท 10,001-15,000 บาท และมากกว่า 15,000 บาท

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบไปด้วยเนื้อหา 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย

ตอนที่ 2 พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 3 แนวทางการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

3.1 ปัจจัยบุคคล

3.1.1 ความหวังกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

3.1.2 การมองโลกในแง่ดีกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

3.1.3 การรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

3.1.4 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

3.2 สภาพแวดล้อมทางสังคม

3.2.1 การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

3.2.2 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

3.3 ลักษณะทางชีวสังคม

3.3.1 เพศ

3.3.2 ลักษณะการอยู่อาศัย

3.3.3 รายได้

ตอนที่ 1 สถานการณ์ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกซึ่งส่งผลคุกคามต่อสุขภาพของประชากรและการพัฒนาประเทศ (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. 2561 : 24) โดยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คนต่อปี (แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี พ.ศ.2560-2564. 2560 : 8) จากรายงานองค์การอนามัยโลก พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราประชากร

เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรงมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วนลงพุง ตามลำดับ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2562)

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยในปี 2559 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.07 และกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และคาดว่าจะเป็นสังคมสูงวัยในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ.2558 พบว่า ผู้สูงอายุชายร้อยละ 36.8 และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 42.3 รายงานว่าตนเองมีโรคติดต่อเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2560) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหากับประชากรตั้งแต่วัยกลางคนแล้วส่งผลต่อเนื่องจนถึงวัยสูงอายุ (วิชัย เอกพลากร. 2559 : 264) โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุจะเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมนุษย์

ดังนั้นการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะให้ความสำคัญอยู่ที่ผู้สูงอายุ เนื่องจากระยะของโรคที่ยาวนานและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้สูงอายุจะต้องรู้จักดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีความรู้เรื่องโรคของตนเอง ทราบถึงอาการที่บ่งบอกถึงการเปลี่ยนสถานะโรค และการป้องกันความเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ที่มีบทบาทในการรักษา เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังทำให้เกิดความพิการและตายก่อนวัยอันควร (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2557 : 15-16)

จากข้อความดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อช่วยให้มีสุขภาพที่ดี บรรเทาโรคที่เป็นอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนเป็นการช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้เป็นปกติสุข

ตอนที่ 2 พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ความหมายของพฤติกรรม

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม พบว่า มีนักวิชาการไทยได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้หลากหลาย ได้แก่ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของบุคคลจึงหมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมต่างๆ ทุกประเภทที่บุคคลกระทำ ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดและบอกได้ว่าดีหรือไม่ดี เช่น ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ เป็นต้น โดยพฤติกรรมของบุคคลมีความแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม และอิทธิพลความคาดหวังของบุคคลอื่น สภาพการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต และ ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์ (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของสิ่งมีชีวิตในลักษณะต่างๆ ตามสถานการณ์สภาวะแวดล้อม และสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าแล้วแต่กรณี สำหรับพฤติกรรมของคนสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายใน (Covert Behaviors) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถมองเห็นได้ แต่มีความพร้อมที่จะแสดงออกมาให้ปรากฏได้ เช่น สัญชาตญาณ ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ และเจตคติที่อยู่ภายในตัวของบุคคลต่างๆ และพฤติกรรมภายนอก (Overt Behaviors) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาให้มองเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การกระทำ การปฏิบัติ การไม่กระทำไม่ปฏิบัติ รวมทั้งการพูดการเขียนที่แสดงความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ เจตคติ และท่าทีในเรื่องหนึ่งเรื่องใดด้วย ส่วน มัลลิกา มัติโก (2534) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทุกๆ ด้าน ทั้งพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดี พฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งพฤติกรรมในการแสวงหาด้านสุขภาพ การรักษา การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่บุคคลผู้นั้นแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งการตอบสนองนั้น สังเกตได้หรือเห็นได้ หรือไม่สามารถสังเกตเห็นได้

ความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเอง

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง พบว่า มีนักวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศได้ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเองไว้หลากหลาย โดยนักวิชาการไทย ได้แก่ ธาริณี กาญจนวัลย์ (2551 : 12) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเองว่า หมายถึง การกระทำหรือปฏิบัติตนของบุคคลนั้นๆ ที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดี แข็งแรงและหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพเพื่อทำให้ปราศจากความเจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และ พระสุรชัย อยู่สาโก (2550 : 11) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

ว่า หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งเป็นการกระทำใดๆ ที่มุ่งกระทำโดยส่งเสริม ดูแล ป้องกัน และสนับสนุนพฤติกรรมบุคคล สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อเสริมสร้างให้มีสุขภาวะที่ดี ส่วน พรพิมล อ่ำพิจิตร (2552 : 10) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมกับโรคและอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับ สุธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 38) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค และการปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการ ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง และมีนักวิชาการต่างประเทศได้ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติแล้วผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วย หรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็กเพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วน หรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health state) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินชีวิต มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี รวมถึงการหลีกเลี่ยงจากโรคร้ายหรือภัยอันตรายต่างๆ ที่คุกคามชีวิต ส่วนฮิลและสมิท (จิรประภา ภาวิไล. 2535 : 29 ; อ้างอิงจาก Hill&Smith. 1985 : 9) มีแนวความคิดว่า พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ประชาชนได้ริเริ่มอย่างมีจุดมุ่งหมาย และจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ หรือการป้องกัน การกำจัดหรือการรักษาโรค ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้ หรือพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองที่กำลังเริ่ม

เกิดขึ้นไม่ภายในก็ภายนอกของแต่ละบุคคล ซึ่งองค์ประกอบของการดูแลตนเองนั้นประกอบด้วย การดูแลตนเองทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยทางด้านจิตใจได้กล่าวถึงสัมพันธภาพ สุขภาพจิต การผ่อนคลาย การปฏิบัติทางจิตและวิญญาณ การนอนหลับและฝัน อาหาร สิ่งแวดล้อม การมีเพศสัมพันธ์ และภาวะสุขภาพทางกายได้กล่าวถึงการส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตและการขจัดความเครียด เป็นต้น และนอร์ริส (สกุนตลา รอดไม้. 2548 : 25 ; อ้างอิงจาก Norris. 1989 : 486-489) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนและครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเอง และรับผิดชอบตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพตนเองในการที่จะนำไปพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตัวที่แสดงออกถึงความสนใจและดูแลสุขภาพของตนเองที่เหมาะสมเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น บุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยบุคคลจะมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องกับความต้องการการดูแลตนเองและนำไปสู่ความผาสุก (well-being) ซึ่งการดูแลตนเองของบุคคลจะเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ เมื่อบุคคลกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุก (well-being) บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

แนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1985) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Dileberate action และ goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการพินิจพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ บุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆ ว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพินิจพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 การกระทำและผลของการกระทำ เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำและเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนเองจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่งบุคคลนั้นอาจจะกระทำได้โดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและเกิดอุปนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

จะเห็นว่าแนวคิดในเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มนั้นสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ กล่าวคือการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามการรับรู้และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเองหรือต่อบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา

โอเร็ม (Orem. 1985) ได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (self – care requisites) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นเป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคลหรือเพื่อบุคคล โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับ ตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและ หน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลงกายของตนเอง

1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้ พึ่งพาซึ่งกันและกัน

1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

1.5.3 หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion & Preventions)

1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self – care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตรวมถึงความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ ตลอดจนความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสพติดทั้งหลาย หรือการถูกนำไปใช้ประโยชน์ทางเพศซึ่ง

จะมีผลเสียต่อพัฒนาการของตนเอง หรือการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจาก โรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

ในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้

ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สมจิต หนุเจริญกุล. 2536 : 30)

จากการประมวลเอกสารข้างต้น ผู้วิจัยเลือกใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจนเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและยังลดภาระการพึ่งพิงจากบุคคลอื่นด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องให้ความสำคัญมาก ถ้าทุกฝ่ายช่วยกันวางแผนส่งเสริมศักยภาพให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้พัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่า พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่แสดงออกถึงความสนใจ และดูแลสุขภาพของตนเองที่เหมาะสมเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี โดยพฤติกรรมดูแลตนเอง ประกอบด้วย การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

การวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง

จากการศึกษา พบว่า มีผู้สร้างแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยงานวิจัยของวลัยรักษ์ อังคะมาตย์ (2553) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กลุ่มตัวอย่าง 233 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 80 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก ปฏิบัติบ่อยมากที่สุด (5) ถึง ปฏิบัติน้อยที่สุด (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และงานวิจัยของ กมลพรรณ หอมนาน (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 150 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก ปฏิบัติสม่ำเสมอ (4) ถึง ไม่เคยปฏิบัติ (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 ส่วนงานวิจัยของ เจนจิรา บ.ป.สูงเนิน (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนบ้านห้วยทรายเหนือ จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง 103 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก มากที่สุด (4) ถึง น้อย (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 นอกจากนี้งานวิจัยของ อรพรรณ อิศราภรณ์ (2536) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง 402 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 50 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 3 ระดับ จาก ปฏิบัติเป็นประจำ (3) ถึง ไม่เคยปฏิบัติ (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

ดังนั้นในการวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากนิยามเชิงปฏิบัติการโดยอาศัยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อวัดพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 3 องค์ประกอบ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก ปฏิบัติมากที่สุด (6) ถึง ไม่ปฏิบัติเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

ในการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาในหลายกลุ่มตัวอย่าง โดยที่พบเห็นได้มากในปัจจุบันจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ ทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน รวมไปถึงการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งผู้สูงอายุทั่วไปหรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคและมีอาการเจ็บป่วย

โดยการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองในงานวิจัยที่พบนั้น มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาที่หลากหลายทั้งศึกษาในการอธิบายทำความเข้าใจในพฤติกรรมดูแลตนเอง การหาความสัมพันธ์ตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง หรือจะเป็นการหาตัวแปรสาเหตุที่มีอิทธิพลในการทำนายต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง

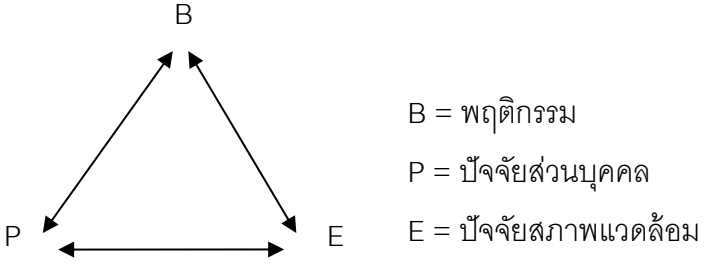
ทั้งนี้ผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่างๆ เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ ยงยุทธ วัฒนาไชย (2554) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในจังหวัดอุบลราชธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ยังสามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในจังหวัดอุบลราชธานีได้ร้อยละ 70 ส่วน กาญจนา บริสุทธิ์ (2553) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน และบุคลากรด้านสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ มนต์ธิรา ไชยแขวง (2548) พบว่า การ

รับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุนั้น พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.6 และ ธีระชัย พรหมคุณ และคณะ (2557) พบว่า ตัวแปรในกลุ่ม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษมีความสัมพันธ์กันในระดับมาก โดยตัวแปรทั้ง 3 กลุ่มสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 56 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 0.24

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงคาดว่าปัจจัยต่างๆ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อีกด้วย

ตอนที่ 3 แนวทางการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (ประทีป. 2540 : 95-96) มาใช้กำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานว่า พฤติกรรมของมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor หรือ P) ซึ่งได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ กับปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environmental Factors หรือ E) ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้จะมีลักษณะที่มีอิทธิพลเชิงเหตุ-ผลซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถเขียนเป็นภาพได้ดังนี้



ภาพประกอบ 1 ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

แบนดูรา (Bandura) เห็นว่า ในชีวิตจริงของมนุษย์ นอกจากจะได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมมนุษย์ก็มีอิทธิพลต่อสิ่งเร้าทั้งสำหรับตนเองและผู้อื่นด้วย นอกจากนี้มนุษย์มีความคิด ความเชื่อ และความคาดหวัง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของเขาเอง

จากแนวคิดพื้นฐานที่แบนดูรา (Bandura) นำเสนอนั้นเน้นว่า พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไม่ได้เป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีผลมาจากกระบวนการทางปัญญาด้วย กล่าวคือ ถ้ากระบวนการทางปัญญาเปลี่ยน พฤติกรรมของบุคคลก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้น แบนดูรา (Bandura) จึงได้เสนอวิธีการที่จะเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางปัญญา หรือพฤติกรรมภายในไว้ 3 ประการ คือ 1) การเรียนรู้จากการสังเกต (Observational Learning) 2) การกำกับตนเอง (Self-Regulatory) และ3) การรับรู้ความสามารถของตน (Self – Efficacy)

ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าวในงานวิจัยนี้จึงได้ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) มาอธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและจากการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดปัจจัยเชิงเหตุ 2 ด้าน ประกอบด้วย

1. ปัจจัยบุคคล ได้แก่ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

2. ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม

3.1 ปัจจัยบุคคล

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยบุคคลที่คาดว่าจะเป็นสาเหตุของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประกอบไปด้วย ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ความหวังกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

ความหมายของความหวัง

การศึกษามีนักวิชาการต่างประเทศได้ให้ความหมายของความหวังไว้หลากหลาย เช่น สไนเดอร์, เออร์วิง และแอนเดอร์สัน (Synder, Irving, & Anderson. 1991) ได้ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นความเชื่อมั่นในการทำเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ เปรียบเสมือนแรงจูงใจในการค้นหาเส้นทางที่จะมุ่งสู่เป้าหมาย ถึงแม้ว่าจะต้องพบกับอุปสรรคแต่ก็ยังมีความตั้งใจในการมองหาเส้นทางต่อไป ส่วนเบก, รอว์ลินส์ และวิลเลี่ยม (Beck, Rawlins, & William. 1984) ได้ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นสภาวะทางจิตใจและความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ของบุคคล

ที่แสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มา หรือ คาดว่าจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และบราวน์ (Brown, 1989) ได้ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นแรงผลักดันที่กระตุ้นให้บุคคลกระทำให้ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้เฮิร์ท (Herth, 1990) ได้ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นความรู้สึกที่บุคคลคาดหวังให้เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตหรือเป็นแรงผลักดันหรือเป็นตัวกระตุ้นให้สามารถฝ่าฟันอุปสรรคหรือเผชิญกับปัญหาแก้ปัญหา เพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ หรือเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น ความหวังมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต 2) ความพร้อมภายในและการคาดหวัง และ3) ปฏิสัมพันธ์ภายในตนเองและบุคคลอื่น

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความหวัง

แนวคิดของของเบก, รอว์ลินส์ และวิลเลี่ยม (Beck, Rawlins, & William. 1984) กล่าวว่า ความหวังมีลักษณะดังนี้

1. ความหวังเป็นการมุ่งอนาคต บุคคลที่มีความหวังจะมีความต้องการเปลี่ยนแปลงสภาพชีวิตของตนเอง และอาจจะพอใจหรือค้นหาความสุขเล็กๆ น้อยๆ หรือความรื่นรมย์ในชีวิตประจำวัน การกระทำของบุคคลนั้นจึงเป็นการใช้ปัจจุบันให้เป็นวิถีทางที่จะสร้างอนาคต เขาจึงพยายามทำให้ดีที่สุดในปัจจุบันโดยไม่ท้อถอยถึงความเป็นไปได้ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งหันมาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองในชีวิตประจำวันให้ดีขึ้นแทนการที่จะหมกหมุ่นวิตกกังวลอยู่กับความจริงที่ว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

2. ความหวังมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น เช่น คนเราโดยทั่วไปต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อ ความอยู่รอด บุคคลที่เจ็บป่วยย่อมต้องพึ่งพาคนอื่นๆ และหวังในความช่วยเหลือจากผู้อื่นในระยะที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลไม่เพียงพอหรือลดลงไป ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างก็จะให้เกิดความหวังขึ้นมาได้

3. ความหวังมีความสัมพันธ์กับทางเลือก บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าตนเองยังมี ทางเลือก การที่คนเรายังมีทางเลือกอยู่บ้างในสถานการณ์ที่ลำบากเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกที่เป็นอิสระในตนเอง ถึงแม้ว่าทางเลือกนั้นจะไม่ใช่หนทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายได้โดยตรงก็ตาม แต่บุคคลนั้นก็ยังใช้ความเป็นอิสระในการเลือกและตัดสินใจเพื่อตนเองด้วยความจริงดังกล่าวนี้ทำให้บุคคลมีความรู้สึกในความเป็นตัวตนในการควบคุมชีวิตของตนเอง

4. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความปรารถนา ความหวังและความปรารถนามีความ คล้ายคลึงกันแต่แตกต่างกันบ้างในเรื่องพื้นฐานและโอกาสที่จะบรรลุในสิ่งที่ตน

มุ่งหวัง ความหวังทำให้บุคคลนั้นมีการวางแผนการที่จะนำไปสู่เป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้สิ่งที่หวังนั้นสำเร็จดังเป้าหมายที่ตนต้องการ

5. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจกับความอุตสาหะ มีความเชื่อว่าบุคคลอื่นๆ จะมีความสามารถและช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤต ส่วนความอุตสาหะเป็นความสามารถในการกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งไปสู่การแก้ปัญหาที่จะช่วยหยุดยั้งความทุรนทุรายหรือเปลี่ยนแปลงสภาพที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น ความอุตสาหะจึงทำให้คนเราสามารถเผชิญกับปัญหาได้โดยไม่สูญเสียกำลังใจ

6. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความกล้า ความหวังทำให้บุคคลนั้นยังคงยืนกรานต่อ เป้าหมายของตนเอง ถึงแม้ว่าการที่จะไปถึงเป้าหมายนั้นมีความไม่แน่นอนรอคอยอยู่ บุคคลที่มีความกล้าก็อาจจะมีความกลัวอยู่บ้างแต่ก็สามารถมองข้ามความกลัวนั้นไปได้เพื่อแสวงหาความสำเร็จตามเป้าหมาย เขาจะแสดงความสามารถในการยืนหยัดมั่นคงในบางโอกาสและพยายามควบคุมความกลัวให้ได้ ถึงแม้จะไม่ประสบผลสำเร็จแต่ตนเองจะรู้สึกพอใจที่ตนไม่ได้ปฏิเสธหรือวิ่งหนีปัญหา ในที่สุดบุคคลนั้นก็จะสามารถรับมือกับสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี ถ้าคนเราปราศจากความกล้าและความอุตสาหะแล้วความหวังก็จะเป็นเพียงความปรารถนาเท่านั้น

ความหวังทั้ง 6 ลักษณะพอสรุปได้ว่าบุคคลจะมีความหวังในสถานการณ์ดังต่อไปนี้

1. ภาวะเครียด เช่น การสูญเสียหรือภาวะที่คุกคามความหวัง

2. บุคคลจะให้ความช่วยเหลือคนอื่นบรรเทาความเดือดร้อนและให้กำลังใจคนอื่น

3. บุคคลจะให้ความไว้วางใจคนอื่นที่สามารถเป็นที่พึ่งได้

4. บุคคลจะรู้สึกว่าไม่ท้อแท้และไม่สิ้นหวัง ที่จะสัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายที่เป็นไปได้

5. ความหวังคือการดำรงไว้

สรุปได้ว่า ความหวัง หมายถึง สภาวะทางจิตใจและความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ของบุคคล ที่แสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มาหรือคาดว่าจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยแบ่งความหวังเป็น 6 ด้านตามแนวคิดของเบก, รอว์ลินส์ และวิลเลี่ยม (Beck, Rawlins, & William. 1984) คือ 1) ความหวังที่เป็นการมุ่งอนาคต 2) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น 3) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับทางเลือก 4) ความหวังที่มี

ความสัมพันธ์กับความปรารถนา 5) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจและความอุตสาหะ และ6) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความกล้า

การวัดความหวัง

จากการศึกษา พบว่า มีผู้สร้างแบบวัดความหวัง โดยงานวิจัยของ สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540) ได้สร้างแบบวัดความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ของทฤษฎีเกี่ยวกับความหวังของเบก, รอว์ลินส์ และวิลเลี่ยม (Beck, Rawlins, & William. 1984) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก เป็นความจริงมากที่สุด (4) ถึง ไม่เป็นความจริงเลย (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และงานวิจัยของ จันทนา เตชะคฤห (2540) ได้สร้างแบบวัดความหวังของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตามดัชนีชี้วัดความหวังของเฮิร์ท (Herth. 1992) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 ส่วนงานวิจัยของ จิราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์ (2541) ได้สร้างแบบวัดความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามดัชนีชี้วัดความหวังของเฮิร์ท (Herth. 1992) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ดังนั้นในการวัดความหวัง จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากสำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540) โดยแบบวัดได้ปรับปรุงมาใช้ให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแปลมาจากทฤษฎีเกี่ยวกับความหวังของเบก, รอว์ลินส์ และวิลเลี่ยม (Beck, Rawlins, & William. 1984) มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีความหวังมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีความหวังน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง พบว่า ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต กลุ่มตัวอย่าง 80 คน พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ ละเอียด ภักดีจิตต์ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา กลุ่มตัวอย่าง 40 คน พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน

ผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วน มรรยาท เจริญสุขโสภณ และนงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต (2537) ศึกษากระบวนการสร้างสัมพันธภาพระดับความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะ นอกจากนี้ มารยาท วงษาบุตร (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง 70 คน พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และนภาพร วงศ์ใหญ่ (2549) ศึกษาความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง 200 คน พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงคาดว่าความหวังจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อีกด้วย

3.1.2 การมองโลกในแง่ดีกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

ความหมายของการมองโลกในแง่ดี

จากการศึกษามีนักวิชาการไทยและต่างประเทศได้ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดีไว้หลากหลาย เช่น โกลแมน (Goleman. 1998) ได้กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดีจะเห็นว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้าย มีโอกาสที่จะพลิกผันสถานการณ์ที่เลวร้ายให้กลับกลายเป็นดีได้ ส่วนเซลิกแมน (Seligman, 1990) ได้ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดี คือ แนวโน้มที่จะเชื่อว่าการไม่ประสบความสำเร็จเป็นความล้มเหลวเพียงชั่วคราวเท่านั้น และเชื่อว่าไม่ใช่เป็นเพราะความผิดของตนเอง แต่เป็นเพราะสภาพแวดล้อม ความโชคร้ายหรือบุคคลอื่นเป็นผู้กระทำ จะไม่วิตกกังวลกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้าย จะรับรู้ว่าเป็นสิ่งท้าทายและพยายามเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับเกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์ (2554) ได้ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดี หมายถึง การคิดและการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก และต้องนำมาซึ่งความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะอธิบายเหตุการณ์ที่ดีที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นสม่ำเสมอ จะขยายไปสู่เหตุการณ์อื่นที่เกี่ยวข้อง และเกิดจากการกระทำของตนเอง สำหรับเหตุการณ์ที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นจะอธิบายว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงชั่วครั้งชั่วคราว เกิด

ขึ้นกับเฉพาะเหตุการณ์นั้นไม่ขยายไปสู่เหตุการณ์อื่นที่เกี่ยวข้อง และเกิดจากปัจจัยภายนอก มิได้เกิดจากตนเองเป็นผู้กระทำ

แนวคิดของการมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดีมองเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ความคงทนถาวร โดยมองว่าเหตุการณ์หรือสิ่งที่ไม่ดีจะเกิดเพียงชั่วคราว ส่วนเหตุการณ์หรือสิ่งที่ดีจะเกิดถาวร

2. ความครอบคลุม โดยมองเหตุการณ์ที่ดีจะส่งเสริมในทุกเรื่องที่เขาทำ ส่วนเหตุการณ์ที่ไม่ดีจะมีสาเหตุมาจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งและเกิดผลกระทบเฉพาะบางเรื่องเท่านั้น

3. ความเป็นตนเอง โดยมองว่าเหตุการณ์หรือสิ่งที่ดีเกิดเพราะตนเอง ส่วนเหตุการณ์หรือสิ่งที่ไม่ดีจะมีสาเหตุมาจากบุคคลหรือสิ่งอื่น

สรุปได้ว่า การมองโลกในแง่ดี หมายถึง ความคิดในด้านบวกต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล โดยคนที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าเหตุการณ์ที่ดีจะเกิดขึ้นถาวร และเกิดเพราะการกระทำของตนเอง ส่วนเหตุการณ์ที่ไม่ดีนั้นจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และเกิดจากบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นเป็นผู้กระทำ

การวัดการมองโลกในแง่ดี

จากการศึกษา พบว่า มีผู้สร้างแบบวัดการมองโลกในแง่ดี โดยงานวิจัยของสุนีย์ สุวรรณศีลศักดิ์ (2551) ศึกษาการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลนครปฐม โดยกลุ่มตัวอย่าง 229 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก มากที่สุด (5) ถึง น้อยที่สุด (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 และงานวิจัยของ จรินทร รัตนวาณิชกุล (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรค โดยกลุ่มตัวอย่าง 153 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก เห็นด้วยมากที่สุด (7) ถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

ดังนั้นในการวัดการมองโลกในแง่ดี จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดการมองโลกในแง่ดี ของ สุนีย์ สุวรรณศีลศักดิ์ (2551) มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมองโลกในแง่ดี

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมองโลกในแง่ดี พบว่า ขจรศรี แสนปัญญา (2553) ศึกษาความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง 385 คน พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ วราภรณ์ ผาทอง (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการมองโลกในแง่ดีต่อความสุขในชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง 40 คน พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการมองโลกในแง่ดีมีความสุขในชีวิตมากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วน เพียงดาว จุลบาท (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่าง 80 คน พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ อะเคื้อ กุลประสูติดิลก และคณะ (2557) ศึกษาการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง394 คน พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ 0.826 ($p < .001$) หมายความว่าผู้ที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีคุณภาพชีวิตสูง และ กนิษฐา ลิ้มทรัพย์ (2557) ศึกษาการตระหนักรู้ในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 180 คน พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงคาดว่าการมองโลกในแง่ดีจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้อีกด้วย

3.1.3 การรับรู้ความสามารถของตน

ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตน

การรับรู้ความสามารถของตน เป็นแนวคิดที่สำคัญอีกแนวคิดหนึ่งที่อยู่ในทฤษฎีปัญญาสังคมที่พัฒนาขึ้นโดยอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ที่ให้คำจำกัดความว่า การรับรู้ความสามารถของตน เป็นการที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556; อ้างอิงจาก Bandura. 1986) แบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคลบุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนๆ เดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูราเห็นว่า ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556 ; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

แบนดูรา (ประทีป จินงี่. 2540 ; อ้างอิงจาก Bandura. 1986) ได้กล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของตนที่มีผลต่อบุคคลในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ผลต่อการเลือกกระทำพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน บุคคลจะต้องตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่าเขาจะต้องทำพฤติกรรมใด และต้องทำอีกนานเท่าใด รวมทั้งต้องตัดสินใจเลือกกิจกรรมต่างๆ การที่บุคคลตัดสินใจว่าจะแสดงพฤติกรรมใดในสภาพการณ์ใดนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่มีการรับความสามารถของตนสูงจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถของตนให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงาน ขาดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งเป็นการปิดโอกาสที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง อย่างไรก็ตามบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนสูงเกินไปก็มักจะประสบกับความล้มเหลวในการทำงาน และส่งผลให้เกิดความเครียด ความผิดหวัง และรู้สึกว่าความล้มเหลวนี้เป็นสิ่งเลวร้าย ไม่สามารถแก้ไขได้ ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนต่ำกว่าความสามารถที่เป็นจริง มักจะขาดความพยายาม และความมุนานะในการทำงาน และมีความสงสัยเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ดังนั้นถ้าบุคคลประเมิน

ความสามารถของตนถูกต้องจะส่งผลต่อการเลือกกระทำพฤติกรรม ทำให้การกระทำนั้นมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง

2. ผลต่อการใช้ความพยายามและความมุมานะในการทำงาน การรับรู้ความสามารถของตนของบุคคลนั้น เป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความพยายามมากเท่าไร และจะต้องใช้ความมุมานะพยายามที่จะเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ หรือประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจไปอีกนานเท่าใด (Bandura. 1986) เมื่อเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ บุคคลซึ่งมีการรับรู้ความสามารถของตนสูง จะมีความกระตือรือร้น และจะใช้ความพยายาม ความมุมานะในการทำงานนานว่าคนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ (Bandura; & Cervone. 1983) และการที่บุคคลใช้ความพยายาม และความมุมานะในการทำงานอย่างเต็มที่ตลอดเวลา เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำงานได้ประสบความสำเร็จสูง

3. มีผลต่อการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถของตน จะมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลในขณะที่ทำพฤติกรรม และมีผลต่อการคาดคะเนเกี่ยวกับการจัดการกับสภาพแวดล้อมในภายหน้าของเขา บุคคลซึ่งรับรู้ว่าตนมีความสามารถสูงจะมีความพยายามและเอาใจใส่ในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มาก และเมื่อพบกับอุปสรรคต่างๆ บุคคลก็จะกระตุ้นตนเองให้ใช้ความพยายามมากยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อตนเองทางลบ เช่น ไม่มีความสุข มีความหวาดหวั่น มีความเครียดสูง และเขาจะกระทำพฤติกรรมต่างๆ อย่างไม่เต็มความสามารถอันจะส่งผลให้บุคคลประสบกับความล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของ Collin (1985) พบว่าในการแก้ปัญหาที่ยากๆ นั้น นักเรียนที่รับรู้ว่าตนมีความสามารถสูงมักจะอนุมานสาเหตุของความล้มเหลวว่าเกิดจากการขาดความพยายาม ส่วนนักเรียนที่มีการรับรู้ว่าตนมีความสามารถต่ำ จะอนุมานสาเหตุของความล้มเหลวว่าเกิดจากการขาดความสามารถ

4. เป็นผู้กำกับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม นั่นคือบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง มักจะเป็นคนที่พยายามกระทำพฤติกรรมและจะยอมรับผลต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน จะเลือกกระทำที่มีลักษณะท้าทาย และจะใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้การกระทำนั้นบรรลุเป้าหมาย แม้ว่าในบางครั้งการกระทำนี้จะประสบความล้มเหลวบ้างก็ตาม เขาก็จะไม่ท้อถอยและจะไม่อ้างว่าเป็นเรื่องโชคชะตา แต่เขาจะให้เหตุผลของความล้มเหลวที่เกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จต่อไป ซึ่งต่างจากบุคคลที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ มักจะ

เป็นคนที่ไม่ค่อยกระทำพฤติกรรม จะรอให้ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการกระทำเป็นไปตามความเชื่อหรือคำทำนายและมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำที่มีลักษณะยากๆ ขาดความพยายาม มีความทะเยอทะยานต่ำและมีความเครียดสูง เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น แบนดูรา เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2556 ; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็น วิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้ (Kazdin. 1974)

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Evans. 1989) ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกันก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัว และจะ

นำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง การที่บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี

การวัดการรับรู้ความสามารถของตน

จากการศึกษา พบว่า มีผู้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน โดยงานวิจัยของ เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่ม ตัวอย่าง 362 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และงานวิจัยของ สุรพีย์ มาสมบูรณ์ (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 ส่วนงานวิจัยของ กัลยา จิระนคร (2547) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยกลุ่มตัวอย่าง 314 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

ดังนั้นในการวัดการรับรู้ความสามารถของตน จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตน

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตน พบว่า ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก กลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก และ ทิพวรรณ แย้มศรีบัว (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่าง 101 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 27.9 นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองเป็นตัวแปรที่ทำนายได้ดีที่สุด สามารถทำนายได้ร้อยละ 16.1 ส่วน ภัสราวลัย ศีติสาร (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง 302 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร (2552) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล กลุ่มตัวอย่าง 155 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เจตนาต่อพฤติกรรม ความรับผิดชอบต่อตนเอง และการควบคุมทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็ก และเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 67.8 และสุจิตรา บุญประเสริฐ (2550) ศึกษาการรับรู้ความสามารถในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชุมชนลำสาลี เขตบางกะปิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนลำสาลี จังหวัดกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าผู้สูงอายุ ชุมชนลำสาลี เขตบางกะปิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูง

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงคาดว่าการรับรู้ความสามารถของตนจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อีกด้วย

3.1.4 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

ความหมายของการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง เป็นตัวแปรหนึ่งในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดย Becker กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง คือการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย (อารญา โถวรุ่งเรือง. 2544 : 27 ; อ้างอิงจาก Becker. 1974)

สรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับทราบถึงประโยชน์ที่เกิดจากการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

การวัดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

การศึกษา พบว่า มีผู้สร้างแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง โดยงานวิจัยของ ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จาก มาก (3) ถึง น้อย (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และงานวิจัยของ รัศมี สิทธิพันธ์ (2548) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี โดยกลุ่มตัวอย่าง 218 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 ส่วนงานวิจัยของ สุดารัตน์ ฉิมตระกูล (2549) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ จาก ใช่ (1) ถึง ไม่ใช่ (0) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77

ดังนั้นในการวัดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ของขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัด

นี้สูง แสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง พบว่า อารญา โถวรุ่งเรือง (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่าง 255 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 45.4 และ สุขุมาล แสนพวง (2543) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 38.3 ส่วน พนัชญา ประดับสุข (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง 321 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29.9 นอกจากนี้ สายทอง ภูแม่นเขียน (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง 67 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ ปานจิต นามพลกรัง (2547) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง 180 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลีนิคโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง 244 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนิพาวรรณ์ แสงพรม (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุ ตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัด

นครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง 260 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและอุบัติเหตุในระดับดี

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงคาดว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อีกด้วย

3.2 สภาพแวดล้อมทางสังคม

3.2.1 การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

ความหมายของการบริการ

จากการศึกษามีนักวิชาการไทยและต่างประเทศได้ให้ความหมายของการบริการไว้หลากหลาย เช่น คอตเลอร์ (Kotler, 1994) ได้ให้ความหมายของการบริการ หมายถึง กิจกรรมใดๆ หรือ การปฏิบัติที่กลุ่มหรือคณะใดคณะหนึ่งสามารถเสนอสิ่งสำคัญที่มองไม่เห็นเป็นตัวเป็นตนและไม่มีผลในการเป็นเจ้าของผลผลิตของบริการ อาจเป็นหรือไม่เป็นผลิตภัณฑ์ก็ได้ ส่วน วีรพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์ (2543) ได้ให้ ความหมายของคุณภาพการให้บริการ หมายถึง ความสอดคล้องกันของความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ หรือระดับของความสามารถในการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการอันทำให้ลูกค้าหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจจากบริการที่เขาได้รับ และ สมฤดี ธรรมสุรัติ (2554) ได้ให้ ความหมายของคุณภาพการให้บริการ หมายถึง คุณสมบัติ คุณลักษณะทั้งที่จับต้องได้และจับต้องไม่ได้ของการบริการที่ดีเป็นที่รับรู้และพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่องานบริการ ในด้านความสามารถในการให้บริการลูกค้าครบตามมาตรฐานวิชาชีพ ครบตามมาตรฐานที่แต่ละโรงพยาบาลได้รับการรับรอง และเป็นสิ่งที่สร้างความแตกต่างให้เหนือกว่าคู่แข่ง

แนวคิดเกี่ยวกับการบริการของโรงพยาบาล

จิตติมา ธีรพันธุ์เสถียร (2549) กล่าวว่า การบริการทางการแพทย์ เป็นการบริการทางวิชาชีพที่เกิดขึ้นตามความต้องการของสังคมโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทั้งในภาวะสุขภาพดีและในภาวะเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และอารมณ์

การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยจะต้องยึดหลักใหญ่ 4 ประการคือ

1. ช่วยให้ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเอง โดยบุคลากรทางการแพทย์จะต้องรับฟังความคิดเห็นด้วยความเข้าใจและจริงใจต่อผู้ป่วย

2. ช่วยผู้ป่วยให้หายกลับคืนสภาวะปกติโดยเร็วที่สุด บุคลากรด้านการแพทย์ต้องเข้าใจว่า ความเจ็บป่วย คือ การที่สุขภาพไม่ปกติ ฉะนั้นบุคลากรทางการแพทย์จะต้องทำให้ที่เสมือนครูอธิบายสอน และแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่จำเป็น

3. ป้องกันจากผู้ป่วยจากอันตรายหรือจากการติดโรค บุคลากรทางการแพทย์จะต้องพยายามระมัดระวังอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจเกิดจากเครื่องมือ รวมถึงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจากผู้อื่นจากบุคลากรทางการแพทย์และตัวผู้ป่วยเอง

4. ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นอย่างปกติ

ยงยุทธ์ พงษ์สุภาพ (2541) กล่าวว่า การบริการที่ดีนอกจากจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการแล้ว ยังต้องอาศัยระบบบริการที่มีโครงสร้างเอื้อให้เกิดบริการที่ดีด้วย ซึ่งคุณสมบัติของการให้บริการที่ดีสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การดูแลอย่างองค์รวม

ผู้รับบริการจะไม่ถูกมองเป็นเพียงแต่คนไข้หรือผู้ใช้บริการเท่านั้นแต่จะมองไปถึงความเชื่อ ความกลัว ความกังวลใจ หรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้น (Phychological Approach) ซึ่งรวมถึงความสามารถในการเข้าใจผู้รับบริการในเชิงสังคม เศรษฐกิจ และขนบธรรมเนียมประเพณี (Socioculural and Economic) อีกด้วยเพื่อประโยชน์ในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในลักษณะมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Mutual Understanding) ทำความเห็นให้ตรงกัน (Mutual Agreement) มีการตัดสินใจร่วมกัน (Common Decision) และนำการตัดสินใจนั้นไปประยุกต์ใช้หรือปฏิบัติ (Decision Implementing) ตลอดจนส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง (Self-reliance) ของคนไข้หรือผู้รับบริการ

2. การดูแลอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้รับบริการทั้งผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานบริการควรได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มมีปัญหาสุขภาพจนกระทั่งปัญหานั้นสิ้นสุดหรือในทางอุดมคติคือตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดระบบ เพื่อให้เกิดการติดตามได้อย่างต่อเนื่องทั้งในระดับรายบุคคลและระดับครอบครัว การเกิดความต่อเนื่องได้นั้นเป็นผลมาจากการให้การดูแลอย่างองค์รวม การเริ่มต้นด้วยการเข้าใจถึงสภาพจิตใจ (Empathic Approach) จะช่วยทำให้ผู้รับบริการยอมรับที่จะมาติดตามผล ถึงแม้ในการให้บริการบางอย่างอาจไม่ตอบสนองสิ่งที่คนไข้หรือผู้รับบริการต้องการ (Initial Demand) ได้ทั้งหมด การที่ยังคงมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความสัมพันธ์ซึ่งมี

ลักษณะเข้าใจซึ่งกันและกัน (Empathic Relationship) และจะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการแบบองค์รวมได้ในที่สุด ซึ่งการดูแลอย่างองค์รวมและการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้นช่วยส่งเสริมกันและกัน

3. การดูแลอย่างผสมผสาน

ซึ่งจะประกอบด้วยการให้บริการทั้งด้านการรักษา (Curative) การป้องกัน (Preventive) การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ในทางปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการหรือผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาล สามารถดำเนินการควบคู่ไปกับการรักษาโรค ถ้าสถานบริการให้การดูแลในเรื่องการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency) จะช่วยทำให้เกิดศรัทธาและความเชื่อมั่นมากขึ้น ส่งผลให้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้ความรู้มีประสิทธิภาพตามมา อย่างไรก็ตามการดูแลอย่างผสมผสาน มีส่วนเชื่อมโยงกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการดูแลอย่างองค์รวมเป็นอย่างสูง ทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องและการดูแลองค์รวมจะช่วยให้เกิดความชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้นว่าลักษณะการให้การดูแลที่เหมาะสมในขณะนั้นคืออะไร ในแง่มุมของการดูแลอย่างผสมผสานไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรค ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ หรือฟื้นฟูสภาพกับแต่ละบุคคล ครอบครัวหรือแม้แต่ชุมชน

คุณลักษณะทั้งสามประการจะส่งเสริมซึ่งกันและกัน หากขาดประการใดประการหนึ่งจะทำให้ส่วนที่เหลือขาดประสิทธิภาพในตัวเองลงไปทันที

การบริการของโรงพยาบาล ควรจะให้อยู่ในรูปของความต้องการของผู้รับบริการโดยคำนึงถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยก็จะเป็นไปในแนวเดียวกันกับบุคคลทั่วไป เพราะผู้รับบริการก็มนุษย์บุคคลหนึ่ง แต่ความเจ็บป่วยทำให้ความสามารถทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้รับบริการถูกจำกัดลง ผู้รับบริการจึงไม่สามารถตอบสนองได้ตามความต้องการของตนเองหลายประการนอกจากนี้ผู้รับบริการแต่ละรายมาจากครอบครัวขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมที่แตกต่างกัน จึงมีระดับความต้องการที่แตกต่างกัน ความคาดหวังเกี่ยวกับบริการพยาบาลที่ได้รับก็แตกต่างกัน ดังนั้นการให้บริการจึงอาศัยพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพราะบริการเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจในบริการ

ปัจจุบันปัญหาในการให้บริการของโรงพยาบาลพบว่าบุคลากรยังขาดความรู้ความสามารถในการตัดสินใจที่ถูกต้อง ทำให้การบริการยังไม่ได้มาตรฐานขาดระบบการกำกับและการตรวจสอบคุณภาพ การให้บริการที่ล่าช้า ผู้ป่วยได้รับบริการไม่ครบถ้วน ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่ได้

รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ให้บริการเท่าที่ควร ได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ไม่ละเอียด ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ นำไปสู่ภาพพจน์ที่ไม่ดีของ โรงพยาบาลซึ่งทำให้เกิดกรณีฟ้องร้องโรงพยาบาล (อนงค์ เอื้อวัฒนา. 2542 : 3)

แนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ สภาพปัญหาที่ผู้สูงอายุกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันและมีแนวโน้มว่าจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคต ทำให้บริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นที่ต้องการเป็นอย่างมาก รัฐบาลและเอกชนจึงได้พยายามจัดบริการสวัสดิการสังคมในลักษณะต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (สุนันทา คุ้มเพชร. 2545 : 55-58) ดังนี้

1. แนวความคิดสวัสดิการสังคม

สวัสดิการสังคม หมายถึง การจัดบริการต่างๆ โดยสถาบันทางสังคมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไข ปรับปรุง ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคล กลุ่มคน และชุมชน ให้สามารถพัฒนาตนเองและสังคมให้มีความเป็นปกติสุข และความเรียบร้อยของสังคม ซึ่งจำแนกสวัสดิการสังคมเป็นบริการด้านสังคมตามประเภทต่างๆ ดังนี้ ด้านการศึกษา ด้านสุขภาพอนามัย ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการทำงานและการมีรายได้ ด้านความมั่นคงทางสังคม ด้านบริการสังคม และนันทนาการ

2. แนวคิดด้านรัฐสวัสดิการ

รัฐสวัสดิการเป็นกลไกที่รัฐนำมาใช้ในการกระจายรายได้ และความเป็นอยู่ที่ดีให้เกิดขึ้นเท่าเทียมกันในสังคม โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะดีกับผู้ที่มีฐานะด้อย หรือหมายถึงการที่รัฐจะให้ความคุ้มครองในเรื่องมาตรฐานขั้นต่ำของรายได้ โภชนาการ สุขอนามัย ที่อยู่อาศัย และการศึกษาแก่ประชาชนของตนโดยเท่าเทียมกัน โดยรัฐถือว่าเป็นหน้าที่สำคัญในการดูแลทุกข์สุขของประชาชนในประเทศตน

3. แนวคิดด้านมนุษยธรรม

แนวความคิดนี้ มาจากการประชุมสมัชชาสมัยสามัญครั้งที่ 3 ณ กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส ค.ศ.1948 (พ.ศ.2491) โดยมีประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติรวมทั้งประเทศไทย ได้ร่วมกันลงคะแนนเป็นเอกฉันท์ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ 25 (1) โดยกำหนดว่า “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความ

เป็นอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์ และการบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในความมั่นคง ยามว่างงาน เจ็บป่วย พิการ เป็นหม้าย ชราภาพ หรือขาดอาชีพอื่นในพฤติกรรมที่นอกเหนืออำนาจตน”

4. แนวความคิดเรื่องปัจเจกบุคคล

การจัดสวัสดิการสังคมตามหลักปัจเจกชน เชื่อว่า บุคคลมีความภาคภูมิใจในศักยภาพของตน และมีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกแตกต่างกัน การจัดกิจกรรมผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความสามารถหรือศักยภาพของผู้สูงอายุในการแสดงออกต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกสังคมและควรใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อช่วยเสริมการจัดกิจกรรมหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุให้ได้มากที่สุด

5. แนวความคิดขององค์การสหประชาชาติ

องค์การสหประชาชาติ ได้มีแผนปฏิบัติการระยะยาวระหว่างประเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และมีมติให้สมาชิกได้ดำเนินการจัดสวัสดิการตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ ประกอบด้วย 2 แนวคิดหลัก ได้แก่ แนวคิดด้านมนุษยธรรมและแนวคิดด้านการพัฒนา ดังนี้

5.1 แนวคิดด้านมนุษยธรรม หมายถึง ผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม และตามความต้องการในด้านต่างๆ ดังนี้

5.1.1 ด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ ผู้สูงอายุควรได้รับการรักษาพยาบาลฟื้นฟูการบริการสุขภาพ การโภชนาการ และมีมาตรการป้องกันเกี่ยวกับโรคในผู้สูงอายุและการป้องกันความพิการ

5.1.2 ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ควรให้ผู้สูงอายุได้อยู่อาศัยในบ้านตนเองอย่างมีอิสระให้มากที่สุด การสร้างที่อยู่อาศัยควรพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพผู้สูงอายุ

5.1.3 ด้านครอบครัว ควรสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้รัฐบาลและองค์การมหาชนควรจัดให้มีมาตรการหรือบริการในการสนับสนุนครอบครัวที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุโดยเฉพาะครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ

5.1.4 ด้านสวัสดิการสังคม การให้บริการด้านนี้ควรมีเป้าหมายที่เสริมสร้าง และคงไว้ซึ่งบทบาทที่เป็นประโยชน์ของผู้สูงอายุในสังคมให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ รวมทั้งการสนับสนุนให้กลุ่มเยาวชนและอาสาสมัครต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม

สำหรับผู้สูงอายุหรือการจัดกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลต้องพยายามยกเลิกกฎระเบียบต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานนี้

5.1.5 ด้านความมั่นคงทางรายได้และการจ้างงาน รัฐควรมีหลักประกันรายได้ขั้นต่ำสำหรับผู้สูงอายุ อาจดำเนินการโดยการออกกฎหมายประกันสังคมหรือมาตรการอื่นๆ

5.1.6 ด้านการศึกษาควรจัดให้มีการศึกษาที่ให้ผู้สูงอายุเป็นครูหรือเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ต่างๆ ทางวัฒนธรรมประเพณี ศีลธรรม และควรให้การศึกษาแก่ประชาชนทั่วไปถึงกระบวนการชราภาพ และวิธีการเตรียมตัวเพื่อรับกับวัยสูงอายุ และการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์

5.2 แนวคิดด้านพัฒนา หมายถึง บทบาทของผู้สูงอายุในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งรัฐบาลจะต้องรับผิดชอบในการพัฒนาผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในด้านการพัฒนาประเทศโดยส่วนรวมด้วย นั่นคือ รัฐบาลต้องช่วยพัฒนาผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยพัฒนาประเทศ สำหรับประเทศไทยรัฐบาลได้กำหนดแนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ กัน โดยมีแนวคิดพื้นฐานต่อผู้สูงอายุในปัจจุบันดังนี้คือ

5.2.1 ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์แก่สังคมในฐานะ “ผู้ให้” มามากกว่าครึ่งชีวิตแล้วจึงควรได้รับผลตอบสนองในฐานะเป็น “ผู้รับ” จากสังคม โดยเฉพาะความชอบธรรมในสิทธิมนุษยชนที่พึงมีทั้งในด้านสุขภาพอนามัย การศึกษา ความมั่นคงทางรายได้ สังคมวัฒนธรรม และสวัสดิการสังคม

5.2.2 ผู้สูงอายุยังมีความรู้ ความสามารถ พลังความคิด โดยเฉพาะประสบการณ์ที่ควรนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้อีกมาก และการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทมีส่วนร่วมในสังคมนั้น นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุไม่ว้าเหว่ โดดเดี่ยว เห็นชีวิตมีคุณค่าแล้ว ยังจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ได้ด้วย

5.2.3 ผู้สูงอายุจะสามารถเตรียมตัวที่จะใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพได้เพียงไรนั้น ย่อมขึ้นกับผลของขบวนการอันต่อเนื่องมาแต่วัยเด็ก ในการพัฒนาความพร้อมในด้านต่างๆ เช่น สุขภาพอนามัย การศึกษา การประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในสังคมของแต่ละบุคคล

5.2.4 ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความเคารพนับถือ การดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และควรลดความสำคัญในบทบาทของผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวลง

5.2.5 ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัวไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม ควรจะได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม

5.2.6 ผู้สูงอายุควรจะได้รับข่าวสารข้อมูล รวมทั้งคำแนะนำถึงวิธีการป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง ส่วนในกรณีที่เจ็บป่วยควรจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังควรได้รับข่าวสารที่เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตนเองให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้

บริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

บริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินงานโดยภาครัฐบาล

เป็นการดำเนินงานในรูปแบบของการให้บริการ ที่ยึดหลักมนุษยธรรมและการพัฒนาควบคู่กันไป โดยผ่านหน่วยงานในระดับกรม และกระทรวงต่างๆ ซึ่งมีขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการและกรมประชาสัมพันธ์ สำนักนายกรัฐมนตรี (สุนันทา คุ้มเพชร. 2545 ; 58-62 อ้างอิงจาก ศรีทับทิม พานิชพันธ์. 2534 : 68-86) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก. ด้านมนุษยธรรม เป็นการจัดบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสวัสดิการสังคม การให้บริการสุขภาพอนามัย การสงเคราะห์ในเรื่องต่างๆ การส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุ การจัดบริการการศึกษา การเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ และบริการอื่นๆ ดังต่อไปนี้

บริการด้านสวัสดิการสังคม เป็นบริการหลักที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ในรูปของการจัดสาธารณูปการ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการปรับตัว บริการป้องกัน และบริการเลี้ยงดูผู้สูงอายุหรือบริการทางด้านสังคม โดยแยกเป็นบริการต่างๆ ได้แก่ บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุตลอดจนสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาผู้สูงอายุ บริการช่วยเหลือทางกฎหมาย บริการให้การดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน บริการช่วยเหลือครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ โดยการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ในกรณีที่บุตรหลานมี

ปัญหาในการเลี้ยงดู บริการนันทนาการหรือพักผ่อนหย่อนใจ โดยจัดบริการต่างๆ ให้ผู้สูงอายุ หน่วยงานที่ให้บริการคือ กรมประชาสงเคราะห์ และศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

บริการด้านสุขภาพอนามัย รัฐบาลได้ดำเนินการให้บริการด้านนี้ ผ่านทางด้านกรมการแพทย์และกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข โดยการจัดทำโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมงานสาธารณสุขมูลฐาน การอบรมความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น โดยบริการต่างๆ จัดขึ้นควรเน้นรูปแบบที่แตกต่างกัน คือ

ก. การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยตนเองและครอบครัวได้ ตลอดจนมีโครงการป้องกันโรค ด้วยการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในทุกระดับ โดยมีเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้สุขศึกษา และการส่งเสริมสุขภาพ โดยการสนับสนุนโรงพยาบาลของรัฐในการให้สุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ทางด้านการแพทย์และงานสาธารณสุข

ข. การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ โดยจัดตั้งคลีนิกและโรงพยาบาลดำเนินการให้การรักษาแบบเบ็ดเสร็จ เป็นการดูแลรับผิดชอบตั้งแต่ต้นจนเบ็ดเสร็จ ดำเนินการโครงการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุตามโรงพยาบาลต่างๆ สนับสนุนโรงพยาบาลจังหวัดจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ มีการเยี่ยมเยียนและติดตามผู้สูงอายุถึงบ้านโดยนักสังคมสงเคราะห์ด้านการแพทย์ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการจัดให้มีการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเล่นกีฬา หรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ค. งานสาธารณสุขมูลฐาน โดยจัดอบรมผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) และอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้มีบทบาทในการเผยแพร่ความรู้ทางด้านการแพทย์ และการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้านและตำบล

ง. การสนับสนุนและฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ โดยฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานและสถาบันต่างๆ ทำการศึกษาค้นคว้าและวิจัยเรื่องที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

จ. การประสานงาน มีการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบบ้านกึ่งวิถี เพื่อฝึกให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยตนเองได้

บริการด้านการสงเคราะห์ โดยเฉพาะในด้านที่อยู่อาศัย และการอุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาเดือดร้อนขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้

ให้ดำเนินการในลักษณะการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ และจัดตั้งศูนย์บริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยกรมประชาสงเคราะห์ ซึ่งการสังเคราะห์มีดังนี้ คือ

ก. การสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น มีฐานะยากจน ไร้ญาติ ขาดผู้ให้การเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัย หรืออยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข เข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพชีวิตในหลายๆ ด้านสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด งานอดิเรก ศาสนกิจ สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรมนันทนาการ และฌาปนกิจ

ข. บริการสงเคราะห์เฉพาะหน้า เป็นการจัดบริการให้สำหรับผู้สูงอายุภายนอกสถานสงเคราะห์ เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนบริการในสถานสงเคราะห์ และเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ลักษณะการให้บริการชนิดนี้เรียกว่า ศูนย์บริการคนชราและหน่วยบริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่

บริการสงเคราะห์ครอบครัวคนยากจน เป็นการบริการที่มุ่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวยากจนทั่วไป รวมทั้งครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย บริการที่ให้มีทั้งการช่วยเหลือเครื่องอุปโภคบริโภค และการช่วยเหลือเรื่องการเงินบริการนี้จะจัดผ่านทางประชาสงเคราะห์จังหวัดและหน่วยเคลื่อนที่ของกองสวัสดิการสังคมสงเคราะห์

บริการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุ รัฐบาลได้จัดกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทในสังคม โดยเฉพาะทางด้านการส่งเสริมและรักษาวัฒนธรรมไทย เช่น การจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ในวันที่ 13 เมษายนของทุกปี เพื่อเป็นการระลึกถึงพระคุณของผู้สูงอายุและปลูกฝังค่านิยมในการให้การเคารพยกย่อง และนับถือผู้สูงอายุแก่บุคคลทั่วไป

บริการศึกษา เป็นบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุมาก เนื่องจากการศึกษาจะช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุ ให้สามารถจัดการกับชีวิตในบั้นปลายของตนได้อย่างมีความสุขและจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอ การศึกษาดังกล่าวจะอยู่ในรูปโครงการศึกษาผู้ใหญ่ การศึกษาวิชาชีพ การเผยแพร่ความรู้ในด้านการดูแลผู้สูงอายุแก่สมาชิกในครอบครัว การฝึกอบรมก่อนการเกษียณอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจในสภาพการเป็นผู้สูงอายุในระยะต้นๆ และระยะต่อไป

บริการเผยแพร่ข่าวสารและข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การส่งเสริมความรู้ในด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การรักษาสุขภาพอนามัย และโรคของผู้สูงอายุ เป็นต้น

บริการหางานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ งานที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าเป็นงานหนัก ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเพลิดเพลินและความสบายใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการบำเพ็ญประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม

บริการพิเศษ เป็นบริการพิเศษที่นอกเหนือไปจากบริการที่มีอยู่ ได้แก่ บริการเปิดบ้านพักฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจกับครอบครัวออกมาอยู่อาศัยในบ้านพักฉุกเฉินแบบชั่วคราว เมื่อมีความสบายใจและก็กลับไปบ้านเดิมของตน หรือกรณีที่สมาชิกในครอบครัวจะไม่อยู่บ้านเป็นการชั่วคราว ก็อาจจะนำผู้สูงอายุมาอยู่ชั่วคราวได้ นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดจะเข้ามารักษาตัวในกรุงเทพฯ ก็อาจจะใช้บริการพิเศษดังกล่าวได้

บริการด้านการรักษาระดับความมั่นคงของรายได้ ได้แก่ การประกันสังคม การประกันชราภาพ หรือการประกันสุขภาพ ซึ่งสามารถช่วยตนเองได้ในบั้นปลายของชีวิตอย่างมีความผาสุกและมีความมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่อัตภาพ

บริการอื่นๆ ได้แก่ การให้การตรวจสอบสมรรถภาพร่างกาย และความสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจร่างกายประจำปี จัดการอบรมหรือการสัมมนาผู้สูงอายุ ตลอดจนการสนับสนุนการทำการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ด้วย

ข. ด้านการพัฒนา จากแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2525-2544) ได้เน้นในเรื่องผู้สูงอายุที่ยังมีความรู้ ความสามารถและพลังความคิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในด้านต่างๆ ควรจะได้มีส่วนร่วมในการก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมได้อีก โดยการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น เป็นการรวบรวมบรรดาผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาตนเอง ท้องถิ่น และสังคม ตามกำลังความสามารถ นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว้าเหว่และโดดเดี่ยวแล้วยังสามารถปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ได้อีกด้วย

บริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ดำเนินงานโดยหน่วยงานเอกชน

บริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่จัดโดยภาคเอกชนนั้น พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นการให้บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการพื้นฐานที่จำเป็นในลักษณะการสงเคราะห์ผู้ไร้ที่พึ่ง นอกนั้นเป็นบริการด้านสุขภาพอนามัย บริการสนับสนุนการศึกษาวิจัยและการค้นคว้าสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างเชื้อชาติเดียวกัน เช่น ชาวจีนหรือผู้ที่มีศาสนาเดียวกัน ลักษณะของการบริการและการให้บริการมีดังนี้

1. บริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการพื้นฐาน เป็นสถานสงเคราะห์ที่ให้บริการที่พักอาศัย มีการจัดเครื่องนอน เครื่องนุ่งห่มและอาหารให้ตามความเหมาะสม โดยผู้เข้าอาศัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด สถานสงเคราะห์ที่มีชื่อเสียง เช่น มูลนิธิวัยวัฒนานิวาส มูลนิธิมิตรภาพสงเคราะห์ เป็นต้น

2. บริการด้านการแพทย์ ส่วนใหญ่จะจัดให้รวมอยู่ในบริการสถานสงเคราะห์ ซึ่งมีทั้งการป้องกันโรคและการรักษาโรค โดยทั่วไปสถานสงเคราะห์จะมีการตกลงร่วมกันเป็นพิเศษกับโรงพยาบาลที่อยู่ในความอุปถัมภ์ของมูลนิธิเดียวกัน รวมทั้งขอความร่วมมือจากแพทย์อาสาสมัครที่สนใจ สละเวลาอุทิศตนช่วยตรวจสุขภาพและรักษาผู้ที่เจ็บป่วย เป็นต้น

3. บริการนันทนาการ เป็นบริการเกี่ยวกับห้องอ่านหนังสือ เสียงตามสาย กีฬาในร่ม เช่น หมากรุก มหรสพ ภาพยนตร์ เป็นต้น

4. บริการฌาปนกิจ เมื่อผู้สูงอายุถึงแก่กรรมก็จะจัดการฌาปนกิจหรือฝังศพพร้อมทั้งทำพิธีทางศาสนานั้นๆ ด้วย

5. ชมรมผู้สูงอายุ เป็นลักษณะการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุซึ่งมีจุดหมายสำคัญที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกันเพื่อพัฒนาตนเองและพัฒนาสังคมท้องถิ่น โดยมีสถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐานในการดำเนินการ

โดยสรุป บริการสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย เน้นทั้งด้านมนุษยธรรมและด้านการพัฒนาบริการดังกล่าว จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและเกิดสันติสุขในครอบครัว สามารถปรับตนเองให้เข้ากับกลุ่มและสังคมได้ อันจะนำไปสู่การพัฒนาสังคม และเกิดความมั่นคงของประเทศ

สรุปได้ว่า การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับจากการให้บริการของโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย การบริการของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสิ่งอำนวยความสะดวกระหว่างรอรับบริการ ทั้งนี้ยังรวมถึงสวัสดิการสังคมที่ได้รับจากรัฐบาลหรือเอกชน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสุขภาพที่ดีและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

การวัดการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข

จากการศึกษา พบว่า มีผู้สร้างแบบวัดการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข โดยงานวิจัยของ เบญจพร ทองเที่ยงดี (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มตัวอย่าง 254 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จาก ใช่ (2) ถึง ไม่ใช่ (0) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 และ รสสุคนธ์ พื้นสะอาด (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยกลุ่มตัวอย่าง 171 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ จาก มาก (4) ถึง ไม่มีเลย (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 ส่วน วิภาวรรณ เพ็งพานิช (2555) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์สุขาภิบาล 3 โดยกลุ่มตัวอย่าง 105 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ จาก มากที่สุด (4) ถึง น้อยที่สุด (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

ดังนั้นในการวัดการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากนิยามเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่าได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่าได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข พบว่า เขมณัฏฐ์ ยุทธวิสุทธิ์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มตัวอย่าง 104 คน พบว่า การมีและการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ ลักษณา ทรัพย์สมบูรณ์ (2551) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่าง 274 คน พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วน อัญศินีย์ นันตะสุคนธ์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มตัวอย่าง 104 คน พบว่า การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ เสาวนีย์ โคตรดก (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการการรักษาในห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กลุ่มตัวอย่าง 350 คน พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 32.0 และ ศิริรัตน์ รอดแสวง (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง 130 คน พบว่า การเข้าถึงการบริการการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วน สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง 280 คน พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 64.7

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงคาดว่าการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อีกด้วย

3.2.2 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลรอบข้างจะช่วยบรรเทาความเครียดสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (สุพร พริ้งเพริศ. 2538 : 35 ; อ้างอิง จาก Tilden; & Weinert. 1987 : 613)

จากการศึกษามีนักวิชาการต่างประเทศได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย เช่น เฮาส์ (ชลาทิพย์ ทองมอญ. 2549 : 43 ; อ้างอิงจาก House. 1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้ใจ การสนับสนุนทางความคิดตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่า และ

การให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเอง ส่วนคอบบ์ (วารุณี นาดูน. 2551 : 26 ; อ้างอิงจาก Cobb. 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ ยกย่อง และมองเห็นคุณค่า มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน นอกจากนี้เพนเดอร์ (จรินทรรัตน์ ขันการไถ. 2549 : 28 ; อ้างอิงจาก Pender. 1996 : 259) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ความรักและนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลหนึ่ง แต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่นๆ

แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี. 2547 : 41 ; อ้างอิงจาก House. 1981) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงซึ่งอาจจะเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสาร

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ทิลเดน (พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี. 2547 : 41 ; อ้างอิงจาก Tilden. 1985) กล่าวถึง เซพเฟอร์ และคณะ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพันรักใคร่และความรู้สึกเป็นเจ้าของตลอดจนความรู้สึกไว้เนื้อเชื่อใจและไว้วางใจผู้อื่น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการแนะนำข้อมูลในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทองหรือบริการ

เพนเดอร์ (เสวิกุล จำสนอง. 2546 : 19 ; อ้างอิงจาก Pender. 1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีหน้าที่ 4 ประการ ดังนี้

1. ส่งเสริมการเจริญเติบโตและการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย พัฒนาสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความผาสุกในชีวิต

2. ลดความเครียดของเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ถือว่าเป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

3. มีการป้อนกลับ ยืนยัน รับรอง หรือทำให้เกิดความมั่นใจและคาดการณ์กับการกระทำของบุคคลนั้นว่าเป็นที่ต้องการของสังคม

4. เป็นกันชนหรือที่รองรับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤติในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการแปลเหตุการณ์ และการสนองตอบทางอารมณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดี จึงช่วยลดการเจ็บป่วยและเป็นการป้องกันโรค

เพนเดอร์ (เสวิกุล จำสนอง. 2546 : 17 ; อ้างอิงจาก Pender. 1987) ได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

1. การสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุด

2. การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Pear support system) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากผู้มีประสบการณ์

3. การสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religion organization or Denomination) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน จากพระ นักบวช หมอสอนศาสนา หรือกลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม

4. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมแหล่งแรกที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และมีความสำคัญเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว และกลุ่มเพื่อนสนิทไม่เพียงพอ

5. การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organization support system not directed by health professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ในการดูแลตนเองต่อการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ เพื่อน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ การ

สนับสนุนในการให้การประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

การวัดการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษา พบว่า มีผู้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยงานวิจัยของ วิลาวัลย์ รัตนา (2552) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก จริงมากที่สุด (5) ถึง จริงน้อยที่สุด (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และงานวิจัยของ มาริสา ประทุมมา (2550) ศึกษาการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่าง 346 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก มากที่สุด (5) ถึง น้อยที่สุด (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 ส่วนงานวิจัยของ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดตาข่าย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก มากที่สุด (4) ถึง น้อยที่สุด (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 นอกจากนี้งานวิจัยของ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยกลุ่มตัวอย่าง 280 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ จาก ใช่ (2) ถึง ไม่ใช่ (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72

ดังนั้นในการวัดการสนับสนุนทางสังคม จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของวิลาวัลย์ รัตนา (2552) เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กชชุกร หว่างนุ่ม (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่

ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ศิริวรรณ สุริยวงศ์ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยัน กลุ่มตัวอย่าง 85 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน เนตรดาว จิตโสภากุล (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง 100 คน พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 40 นอกจากนี้ อัปสร รังสิปราการ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมืองเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 143 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติถิรศักดิ์ (2553) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง 416 คน พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและสังคมยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วน อินทุกานต์ กุลไวย (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 377 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังสามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 59

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงคาดว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อีกด้วย

3.3 ลักษณะทางชีวสังคม

จากการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเอง พบว่า ลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลมีส่วนในการอธิบายพฤติกรรมด้วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย และรายได้ ดังต่อไปนี้

3.3.1 เพศ

จากการศึกษาของ เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม (2556) ทำการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง 382 คน พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองที่เคร่งครัดกว่าเพศชาย ทั้งด้านการรับประทานอาหาร พักผ่อนให้เพียงพอ จึงทำให้เพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพสูงกว่าเพศชาย และการศึกษาของ วณิดา กองแก้ว (2549) ทำการศึกษาลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 150 คน พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเสพสารที่เป็นโทษ ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการศึกษาของ จิราภรณ์ ใจสบาย และคณะ (2554) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 242 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากนี้การศึกษาของ (กิ่งเพชร ศรีเทียน และคณะ, 2555) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง 291 คน พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันโดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า และการศึกษาของ รุ่งทิวาห์ สุขารมย์ และไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ (2558) ทำการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง 150 คน พบว่า เพศที่แตกต่างกันจะมีการดูแลตนเองแตกต่างกันในเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ เพศหญิงมีการดูแลเรื่องการพักผ่อนมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเป็นผลมาจากหน้าที่ที่รับผิดชอบของผู้สูงอายุเพศชายที่ต้องหารายได้มาใช้จ่ายภายในครอบครัว

จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดได้ว่าเพศแตกต่างกันจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน จึงนำมาใช้เป็นตัวแปรแบ่งกลุ่มในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

3.3.2 **ลักษณะการอยู่อาศัย**

จากการศึกษาของ นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ (2556) ทำการศึกษาทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความผาสุกในชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่าง 296 คน พบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกันมีความผาสุกในชีวิตโดยรวมเฉลี่ยแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสมีความผาสุกในชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และการศึกษาของ กนกพร สุคำวัง (2540) ทำการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง 150 คน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสและ/หรือลูกหลาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงจากระบบสังคมเกษตรกรรมไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมที่ลูกหลานหรือหนุ่มสาววัยทำงานต้องละทิ้งครอบครัวเพื่อไปหางานทำในถิ่นอื่นหรือแยกครอบครัวไปก็ตาม แต่ก็พบว่าในสังคมวัฒนธรรมไทยโดยเฉพาะในต่างจังหวัดผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะยังคงอยู่กับคู่สมรส ลูกหลาน หรือญาติคนอื่นๆ ซึ่งคอยให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุทำให้มีความอบอุ่นไม่รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งหรือมีความเหงา ส่วนการศึกษาของ ธาริน สุขอนันต์ และคณะ (2555) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ นอกจากนี้การศึกษาของ สิริพร สุธัญญา (2550) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนาถ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครอง/บุตรหลานหรือญาติคนอื่นๆ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และการศึกษาของ นงรัตน์ โมปลอด (2542) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง 132 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว

จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดได้ว่าลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกันจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน จึงนำมาใช้เป็นตัวแปรแบ่งกลุ่มในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

3.3.3 **รายได้**

จากการศึกษาของ ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แสดงว่ารายได้และคุณภาพชีวิตเป็นไปในลักษณะ

คล้อยตามกันหรือมีทิศทางเดียวกัน นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตดี เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีพ ผู้ที่มีรายได้สูงมีโอกาสสูงในการที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง การตอบสนองความต้องการ การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การทำงานอดิเรก ซึ่งบางครั้งจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่าย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ และการศึกษาของ ศรัณยา ยอดสุด (2553) ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ และในรายด้านต่างๆ คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการขจัดความเครียด และด้านการดูแลสุขภาพอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันโรคด้านรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท รายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท และรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งรายได้เป็นสิ่งที่แสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลผู้ที่มีฐานะทางการเงินสูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ส่วนการศึกษาของ ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 235 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับเพียงพอและเหลือใช้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ นอกจากนี้การศึกษาของจิราภรณ์ ใจสบาย (2553) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 242 คน พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อยรายได้ต่อเดือนต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และ10,001-15,000 บาท รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขและสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช่สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการได้ในที่สุด

ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาทางการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ และการศึกษาของ ฉัตรทอง อินทร์นอก (2540) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า รายได้คือแหล่งประโยชน์เป็นสิ่งเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ตลอดจนสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ส่งเสริมการดูแลตนเองได้ จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการ ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือมีรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาการเงิน ส่วนในเรื่องการตรวจสุขภาพนั้น พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีการตรวจสุขภาพทุกปีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีรายได้สูงก่อให้เกิดความรู้สึกที่มั่นคง มีหลักประกันของชีวิต ตลอดจนทำให้สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้มีโอกาสเข้าถึงแหล่งประโยชน์ได้มากกว่าการที่บุคคลมีรายได้สูงจะให้คุณค่ากับการป้องกันโรคมากกว่า ทั้งนี้เพราะผู้มีรายได้น้อยมักทำงานหนักเพื่อหาเงินมาใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันจึงทำให้การดูแลสุขภาพลดน้อยลง

จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดได้ว่ารายได้แตกต่างกันจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน จึงนำมาใช้เป็นตัวแปรแบ่งกลุ่มในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ตอนที่ 4 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่จะศึกษา: นิยามเชิงปฏิบัติการ สมมุติฐานการวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. **พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง** การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่แสดงออกถึงความสนใจ และดูแลสุขภาพของตนเองที่เหมาะสมเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี โดยพฤติกรรมดูแลตนเอง ประกอบด้วย การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

การวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากนิยามเชิงปฏิบัติการโดยอาศัยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อวัดพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 3 องค์ประกอบ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก ปฏิบัติมากที่สุด (6) ถึง ไม่ปฏิบัติเลย

(1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองน้อย

2. **ความหวัง หมายถึง** สภาวะทางจิตใจและความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มาหรือคาดว่าจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยแบ่งความหวังเป็น 6 ด้านตามแนวคิดของเบก, รอว์ลินส์ และวิลเลี่ยม (Beck, Rawlings, & William, 1984) คือ 1) ความหวังที่เป็นการมุ่งอนาคต 2) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น 3) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับทางเลือก 4) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความปรารถนา 5) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจและความอุตสาหะ และ 6) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความกล้า

การวัดความหวัง จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากสำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540) โดยแบบวัดได้ปรับปรุงมาใช้ให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแปลมาจากทฤษฎีเกี่ยวกับความหวังของเบก, รอว์ลินส์ และวิลเลี่ยม (Beck, Rawlins, & William. 1984) มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีความหวังมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีความหวังน้อย

3. **การมองโลกในแง่ดี หมายถึง** ความคิดในด้านบวกต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล โดยคนที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าเหตุการณ์ที่ดีจะเกิดขึ้นถาวร และเกิดเพราะการกระทำของตนเอง ส่วนเหตุการณ์ที่ไม่ดีนั้นจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และเกิดจากบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นเป็นผู้กระทำ

การวัดการมองโลกในแง่ดี จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดการมองโลกในแง่ดี ของสุนีย์ สุวรรณศีลศักดิ์ (2551) มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีน้อ

4. **การรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง** การที่บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี

การวัดการรับรู้ความสามารถของตน จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ของ เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่

ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนน้อย

5. **การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง หมายถึง** ความเชื่อของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับทราบถึงประโยชน์ที่เกิดจากการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

การวัดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ของขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2554) เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองน้อย

6. **การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข หมายถึง** การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับจากการให้บริการของโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย การบริการของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสิ่งอำนวยความสะดวกระหว่างรอรับบริการ ทั้งนี้ยังรวมถึงสวัสดิการสังคมที่ได้รับจากรัฐบาลหรือเอกชน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสุขภาพที่ดีและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

การวัดการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากนิยามเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่าได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่าได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขน้อย

7. **การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง** การรับรู้ในการดูแลตนเองต่อการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ เพื่อน ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนในการให้การประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

การวัดการสนับสนุนทางสังคม จะวัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของวิลาวัลย์ รัตนา (2552) เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเพศแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

2. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

3. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความหวังมากและได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขมากจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น

5. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีมากและมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น

6. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนมากและมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น

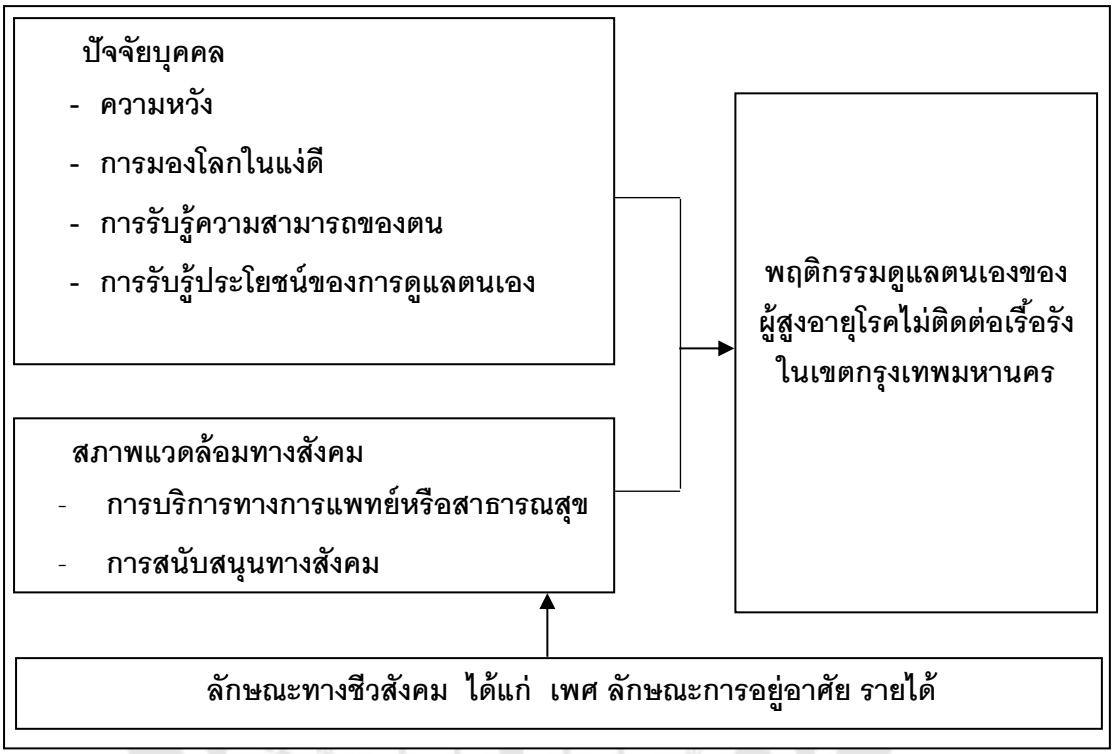
7. ปัจจัยบุคคล ได้แก่ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง กับปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา ที่ว่าบุคคลมีการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมและลักษณะภายในของบุคคลที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (ประทีป. 2540 : 95) มาใช้กำหนดเป็นกรอบในการศึกษา จากการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดปัจจัยเชิงเหตุ 2 ด้าน ได้แก่ 1. ปัจจัยบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรเชิงเหตุ 4 ตัวแปร คือ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง 2. ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วยตัวแปรเชิงเหตุ 2 ตัวแปร คือ การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม

สำหรับการกำหนดตัวแปรตามด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยโอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการได้รับการตอบสนอง และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการ และมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สมจิต หนุเจริญกุล. 2536 : 30) โดยทฤษฎีดังกล่าวสามารถอธิบายตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ดังแสดงในกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเพศ ลักษณะการอยู่อาศัย และรายได้ที่แตกต่างกัน เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน และเพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมในการร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน

ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน คือ การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การหาคุณภาพเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การหาคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือในศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 20,882 คน (ข้อมูลสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร. 2560)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือในศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 393 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane. 1967 : 886) โดยผู้วิจัยได้ปรับจำนวนเป็น 400 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 400 คน และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาวิจัยในครั้งนี้

โดยมีขั้นตอนการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาโดยเลือกจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีของยามาเน่ (Yamane. 1967 : 886) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 393 คน ผู้วิจัยจึงได้ปรับจำนวนเป็น 400 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 400 คน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1 ขั้นที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยการแบ่งชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือในศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ 50 สำนักงานเขตของกรุงเทพมหานครตามที่ตั้งของพื้นที่ แบ่งเป็น 3 กลุ่มเขตใหญ่ๆ คือ กลุ่ม*เขตชั้นใน* กลุ่มเขตชั้นกลาง *และกลุ่มเขตชั้นนอก* ดังนี้ (ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพ. 2560)

2.1.1 กลุ่มเขตชั้นใน ประกอบด้วย 21 เขต คือ พระนคร ป้อมปราบศัตรูพ่าย สัมพันธวงศ์ ปทุมวัน บางรัก ยานนาวา สาทร บางคอแหลม ดุสิต บางซื่อ พญาไท ราชเทวี ห้วยขวาง คลองเตย จตุจักรธนบุรี คลองสาน บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ ดินแดง วัฒนา

2.1.2 กลุ่มเขตชั้นกลาง ประกอบด้วย 18 เขต คือ พระโขนง ประเวศ บางเขน บางกะปิ ลาดพร้าว บึงกุ่ม บางพลัด ภาษีเจริญ จอมทอง ราษฎร์บูรณะ สวนหลวง บางนา ทุ่งครุ บางแค วังทองหลาง คันนายาว สะพานสูง สายไหม

2.1.3 กลุ่มเขตชั้นนอก ประกอบด้วย 11 เขต คือ มีนบุรี ดอนเมือง หนองจอก ลาดกระบัง ตลิ่งชัน หนองแขม บางขุนเทียน หลักสี่ คลองสามวา บางบอน ทวีวัฒนา

2.2 ขั้นที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับฉลากเพื่อเลือกตัวแทนในแต่ละกลุ่มเขตจำนวน 1-2 เขต ได้ทั้งหมด 4 เขต ดังนี้

2.2.1 กลุ่มเขตชั้นใน ได้เขตตัวแทน คือ เขตป้อมปราบศัตรูพ่ายและเขตดุสิต

2.2.2 กลุ่มเขตชั้นกลาง ได้เขตตัวแทน คือ เขตประเวศ

2.2.3 กลุ่มเขตชั้นนอก ได้เขตตัวแทน คือ เขตดอนเมือง

2.3 ขั้นที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีใช้ตารางตัวเลขสุ่มตามรายชื่อของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุขหรือในโรงพยาบาล ตามเขตต่างๆ จำนวน 4 เขต เขตละ 100 คน รวมทั้งหมด 400 คน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้ง

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบวัดที่ใช้กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1 ฉบับ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตอน มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดลักษณะทางชีวสังคม

ตอนที่ 2 แบบวัดด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตอนที่ 3 แบบวัดด้านปัจจัยบุคคล

ตอนที่ 4 แบบวัดด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม

ตอนที่ 1 แบบวัดลักษณะทางชีวสังคม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย และรายได้ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ ดังนี้

ตัวอย่างแบบวัดลักษณะทางชีวสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความจริงมากที่สุด และตอบคำถามให้ครบทุกข้อเพื่อสามารถนำข้อมูลจากแบบสอบถามนี้เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

2. ลักษณะการอยู่อาศัย

( ) อยู่กับคู่สมรส ( ) อยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ

( ) อยู่คนเดียว

3. รายได้

( ) 5,000-10,000 บาท ( ) 10,001-15,000 บาท

( ) มากกว่า 15,000 บาท

ตอนที่ 2 แบบวัดด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในการวิจัยครั้งนี้ วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากนิยามเชิงปฏิบัติการโดยอาศัยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อวัดพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 3 องค์ประกอบ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก ปฏิบัติมากที่สุด (6) ถึง ไม่ปฏิบัติเลย (1) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

<u>ตัวอย่างแบบวัดด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</u>

ข้อ (0) ฉันเลือกรับประทานอาหารไม่มากหรือน้อยจนเกินไป เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติ

....

ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ไม่ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติเลย

ข้อ (00) ฉันรับประทานยา และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

....

ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ไม่ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ “ปฏิบัติมากที่สุด” ถึง “ไม่ปฏิบัติเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบได้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองน้อย

ตอนที่ 3 แบบวัดด้านปัจจัยบุคคล

ความหวัง การวัดความหวัง วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากสำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข (2540) โดยแบบวัดได้ปรับปรุงมาใช้ให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแปลมาจากทฤษฎีเกี่ยวกับความหวังของเบก, รอว์ลินส์ และวิลเลี่ยม (Beck, Rawlins, & William.1984) มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

ตัวอย่างแบบวัดความหวัง

ข้อ (0) ฉันต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ดีขึ้น

.....	.....	.....	.....	.....	.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

ข้อ (00) ฉันปรารถนาที่จะเป็นคนมีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

.....	.....	.....	.....	.....	.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบได้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีความหวังมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีความหวังน้อย

การมองโลกในแง่ดี การวัดการมองโลกในแง่ดี วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจาก แบบวัดการมองโลกในแง่ดี ของสุนีย์ สุวรรณศีลศักดิ์ (2551) เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

ตัวอย่างแบบวัดการมองโลกในแง่ดี

ข้อ (0) ฉันคิดว่าความเจ็บป่วยสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน

.....	.....	.....	.....	.....	.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

ข้อ (00) ฉันคิดว่าถ้าเจ็บป่วยก็มีโอกาสหายจากการเจ็บป่วยได้

....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบได้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำแสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีน้อย

การรับรู้ความสามารถของตน การวัดการรับรู้ความสามารถของตน วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัย ปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

<u>ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน</u>

ข้อ (0) เมื่อโกรธหรือไม่พอใจ ฉันสามารถควบคุมอารมณ์โกรธไว้ได้เป็นอย่างดี

....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

ข้อ (00) ฉันสามารถจัดสรรเวลาไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีได้ตามกำหนด

....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบได้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนน้อย

การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การวัดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ของขวัญดาว กล่ำรัตน์

(2554) เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

ข้อ (0) ฉันเชื่อว่าการกินอาหารครบ 5 หมู่ ทำให้ร่างกายแข็งแรง

....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

ข้อ (00) ฉันเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด มีผลดีต่อตนเอง

....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบได้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองน้อย

ตอนที่ 4 แบบวัดด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม

การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข การวัดการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากนิยามเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74

ตัวอย่างแบบวัดการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข

ข้อ (0) แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยยิ้มแย้มแจ่มใส กิริยาสุภาพ เมื่อฉันมารับการตรวจรักษา

....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

ข้อ (00) ฉันได้รับสวัสดิการสังคมในการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วน

.....	.....	.....	.....	.....	.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบได้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่าได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่าได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขน้อย

การสนับสนุนทางสังคม การวัดการสนับสนุนทางสังคม วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของวิลาวัลย์ รัตนา (2552) เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด (6) ถึง ไม่จริงเลย (1) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

<u>ตัวอย่างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม</u>

ข้อ (0) คนในครอบครัวนำคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล มาแจ้งแก่ฉัน

.....	.....	.....	.....	.....	.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

ข้อ (00) คนในครอบครัวคอยให้กำลังใจ เมื่อฉันหงุดหงิดหรือเครียดจนเกินไป

.....	.....	.....	.....	.....	.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบได้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดที่สร้างขึ้นเองและแบบวัดที่ได้ปรับมาจากผู้อื่น ไปหาคุณภาพเครื่องมือ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **การหาความเที่ยงตรง** (Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัด (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเข้าใจด้านเนื้อหาของตัวแปรที่ต้องการวัด ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดแต่ละฉบับว่ามีเนื้อหาครอบคลุมตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ตลอดจนตรวจดูสำนวนภาษาว่ามีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item-Objective Congruence : IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า .05 ไว้ โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามบางส่วนตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้แบบวัดที่มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ก่อนนำไปใช้จริง

2. **การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ** (Discrimination) ผู้วิจัยนำแบบวัดแต่ละฉบับที่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน แล้วจึงนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item - Total Correlation) โดยเลือกข้อที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงตั้งแต่ .20 ขึ้นไป และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มาไว้ใช้เป็นข้อคำถามในแบบวัดสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

3. **การหาค่าความเชื่อมั่น** (Reliability) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด หาหลังจากการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อแล้ว จากนั้นเลือกเฉพาะข้อที่มีนัยสำคัญทางสถิติและได้รับการปรับปรุงจนมีเนื้อหาครอบคลุมสิ่งที่ต้องการจะวัด มาหาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Alpha Coefficient) ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่งถึงผู้บริหารของชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลหรือในศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยดำเนินการจัดเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำแบบวัดไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดที่เตรียมไว้ ตามกำหนดวันและเวลาที่ได้นัดหมาย

3. ผู้วิจัยรวบรวมแบบวัดทั้งหมดแล้วเลือกเอาเฉพาะฉบับที่สมบูรณ์เพื่อนำมาจัดกระทำข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดระเบียบข้อมูลลงรหัสและทำการประมวลผลข้อมูล ดังนี้

1. ศึกษาคุณสมบัติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษาโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าร้อยละ (Percent) ค่าพิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ใช้สถิติการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t - test) และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่มี 3 กลุ่ม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) และหากพบผลความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะนำค่าเฉลี่ยไปทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe ใช้ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1-3

3. ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way analysis of variance) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4-6

4. ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองจากปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเพศ ลักษณะการอยู่อาศัย และรายได้ที่แตกต่างกัน 2) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม 3) เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมในการร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม โดยมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยบุคคลคือ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมคือ การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม และลักษณะทางชีวสังคมคือ เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย และรายได้ โดยมีการทดสอบสมมุติฐานในการวิจัย 7 ข้อ

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทนี้เป็นการนำเสนอผลตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้จำนวน 7 ข้อโดยมีลำดับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

ตอนที่ 2 ผลวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐาน ได้แก่

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขต กรุงเทพมหานครที่มีเพศแตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขต กรุงเทพมหานครที่มีลักษณะการอยู่อาศัยและรายได้แตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2 และ 3

2.3 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 4

2.4 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 5

2.5 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ที่มี ผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 6

2.6 การทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้ตัวทำนายกลุ่มปัจจัยบุคคล (ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง) และกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม (การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 7

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
Range	แทน	พิสัย
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบเอฟ (F-distribute)
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบที (t-distribute)
B	แทน	ความชันหรือสัมประสิทธิ์ถดถอย
β	แทน	ค่าเบต้า
R^2	แทน	ค่าทำนาย
Code 1	แทน	ค่าเฉลี่ยของตัวแปรอยู่ในระดับต่ำ
Code 2	แทน	ค่าเฉลี่ยของตัวแปรอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้คือผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตดุสิต เขตประเวศ และเขตดอนเมือง จังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400

คน ผู้วิจัยนำเสนอจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
เพศ (n=400)		
ชาย	119	29.80
หญิง	281	70.20
ลักษณะการอยู่อาศัย (n=400)		
อยู่กับคู่สมรส	108	27.00
อยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ	235	58.80
อยู่คนเดียว	57	14.20
รายได้ (n=400)		
5,000-10,000 บาท	233	58.30
10,001-15,000 บาท	85	21.20
มากกว่า 15,000 บาท	82	20.50

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 400 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 70.20 และรองลงมาเป็นเพศชายมีจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 29.80 นอกจากนี้ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ มีจำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 58.80 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 27.00 ตามด้วยอาศัยอยู่คนเดียวมีจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 14.20 และรายได้ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท มีจำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 58.30 รองลงมามีรายได้ 10,001-15,000 บาท มีจำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 21.20 ตามด้วยมีรายได้มากกว่า 15,000 บาท มีจำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 20.50

สถิติข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

สถิติข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ พฤติกรรมดูแลตนเอง ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลพื้นฐานจากตัวแปรที่ศึกษา ทั้งในภาพรวมและกลุ่มสูงกลุ่มต่ำ

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	(n)	(%)	Range	$\bar{X}$	SD
1. พฤติกรรมดูแลตนเอง	400	100	64.00	67.89	10.11
2. ความหวัง	400	100	63.00	75.43	10.71
กลุ่มต่ำ	205	51.20	44.00	67.30	8.24
กลุ่มสูง	195	48.80	18.00	83.98	4.59
3. การมองโลกในแง่ดี	400	100	48.00	54.27	9.12
กลุ่มต่ำ	201	50.20	31.00	47.21	6.64
กลุ่มสูง	199	49.80	16.00	61.40	4.63
4. การรับรู้ความสามารถของตน	400	100	35.00	32.75	6.95
กลุ่มต่ำ	211	52.80	20.00	27.63	4.82
กลุ่มสูง	189	47.20	14.00	38.47	3.76
5. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	400	100	22.00	34.13	4.08
กลุ่มต่ำ	245	61.20	15.00	31.85	3.32
กลุ่มสูง	155	38.80	6.00	37.73	2.09
6. การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข	400	100	24.00	18.92	3.09
กลุ่มต่ำ	248	62.00	13.00	17.10	2.07
กลุ่มสูง	152	38.00	10.00	21.88	2.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	(n)	(%)	Range	$\bar{X}$	SD
7. การสนับสนุนทางสังคม	400	100	75.00	61.11	15.17
กลุ่มต่ำ	203	50.70	48.00	49.18	10.89
กลุ่มสูง	197	49.30	26.00	73.41	6.84

จากตาราง 2 การแสดงค่าสถิติพื้นฐานของที่ตัวแปรที่ศึกษา โดยตัวแปรพฤติกรรมดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 67.89 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 10.11 ตัวแปรความหวังมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 75.43 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 10.71 ตัวแปรการมองโลกในแง่ดีมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 54.27 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 9.12 ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 32.75 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 6.95 ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 34.13 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 4.08 ตัวแปรการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 18.92 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 3.09 และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 61.11 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 15.17

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐาน

2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครที่มีเพศแตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 โดยผลการทดสอบดังต่อไปนี้

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครที่มีเพศแตกต่างกัน

ลักษณะทางชีวสังคม	พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร				
	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
เพศ					
- ชาย	119	67.19	10.69	0.87	0.39
- หญิง	281	68.19	9.85		

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 3 พบว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเพศแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครที่มีลักษณะการอยู่อาศัยและรายได้แตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2 และ 3 โดยผลการทดสอบดังต่อไปนี้

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครที่มีลักษณะการอยู่อาศัยและรายได้แตกต่างกัน

ลักษณะทางชีวสังคม	พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร				
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
ลักษณะการอยู่อาศัย					
ระหว่างกลุ่ม	876.25	2	438.13		
ภายในกลุ่ม	39872.91	397	100.44	4.36	0.01
รวม	40749.160	399			
รายได้					
ระหว่างกลุ่ม	1737.81	2	868.91		
ภายในกลุ่ม	39011.35	397	98.27	8.84	0.00
รวม	40749.16	399			

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 4 พบว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีลักษณะการอยู่อาศัยและรายได้แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ลำดับต่อไปจึงทำการเปรียบเทียบรายคู่เพื่อหาคู่ที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครตามตัวแปรลักษณะการอยู่อาศัยเป็นรายคู่

ลักษณะการอยู่อาศัย	$\bar{X}$	อยู่กับคู่สมรส	อยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่น ๆ	อยู่คนเดียว
- อยู่กับคู่สมรส	68.60		0.16	4.34*
- อยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ	68.44			4.18*
- อยู่คนเดียว	64.26			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 พบว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีลักษณะการอยู่อาศัยอยู่คนเดียวมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองน้อยกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครตามตัวแปรรายได้เป็นรายคู่

รายได้	$\bar{X}$	5,000-10,000 บาท	10,001-15,000 บาท	มากกว่า 15,000 บาท
- 5,000-10,000 บาท	66.26		-2.71	-5.16*
- 10,001-15,000 บาท	68.97			-2.45
- มากกว่า 15,000 บาท	71.42			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 พบว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีรายได้มากกว่า15,000 บาทมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท

2.3 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 4 โดยผลการทดสอบดังต่อไปนี้

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามตัวแปรความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

ส่วนที่ 1

กลุ่ม	จำนวนคน	ความหวัง (ก)	ค่าสถิติเอฟ (F) การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข (ข)	ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กxข)	% ทำนาย
1.กลุ่มรวม	400	94.33*	5.29*	<1	22.60
2.เพศชาย	119	23.01*	1.44	<1	20.20
3.เพศหญิง	281	72.24*	4.37*	<1	24.00
4.อาศัยอยู่กับคู่สมรส	108	21.01*	5.03*	<1	25.10
5.อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคน	235	51.77*	<1	<1	20.10
อื่นๆ	57	15.19*	2.17	<1	27.50
6.อาศัยอยู่คนเดียว	233	44.41*	10.30*	1.12	21.70
7.รายได้ 5,000-10,000 บาท	85	30.77*	1.50	4.04*	31.70
8.รายได้ 10,001-15,000 บาท	82	23.21	3.44		23.50
9.รายได้มากกว่า 15,000 บาท					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 7 (ต่อ)

ส่วนที่ 2

กลุ่ม	ตัวแปร	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	
		กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูง	กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ
1.กลุ่มรวม	ความหวัง	สูง=72.79	ต่ำ=63.73
	การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข	สูง=69.33	ต่ำ=67.19
2.เพศชาย	ความหวัง	สูง=73.09	ต่ำ=63.70
	การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข	สูง=69.57	ต่ำ=67.22
3.เพศหญิง	ความหวัง	สูง=72.67	ต่ำ=63.65
	การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข	สูง=69.27	ต่ำ=67.05
4.อาศัยอยู่กับคู่สมรส	ความหวัง	สูง=73.04	ต่ำ=64.54
	การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข	สูง=70.87	ต่ำ=66.71
5.อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ	ความหวัง	สูง=72.28	ต่ำ=64.28
	การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข	สูง=68.51	ต่ำ=68.05
6.อาศัยอยู่คนเดียว	ความหวัง	สูง=74.96	ต่ำ=61.31
	การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข	สูง=70.71	ต่ำ=65.55

ตาราง 7 (ต่อ)

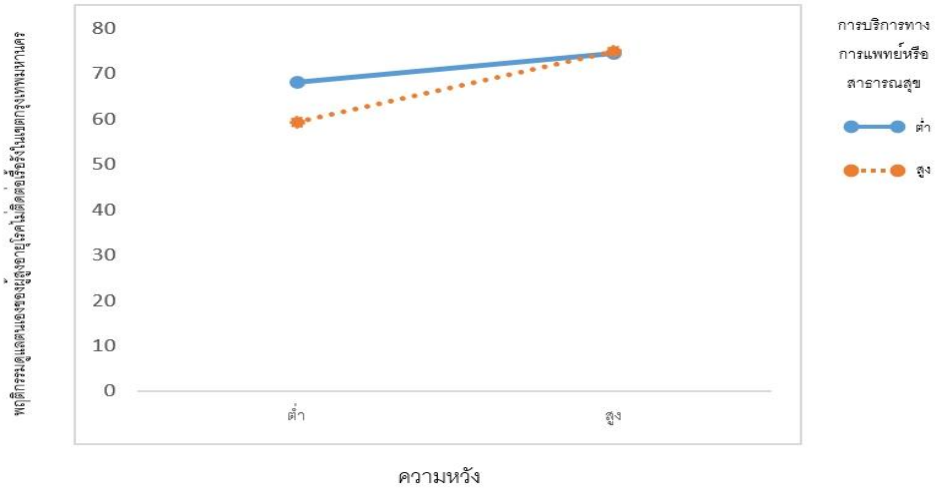
กลุ่ม	ตัวแปร	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	
		กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูง	กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ
7.รายได้ 5,000-10,000 บาท	ความหวัง	สูง=71.16	ต่ำ=63.17
	การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข	สูง=69.09	ต่ำ=65.24
8.รายได้ 10,001-15,000 บาท	ความหวัง	สูง=74.43	ต่ำ=63.39
	การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข	สูง=70.13	ต่ำ=67.69
9.รายได้มากกว่า 15,000 บาท	ความหวัง	สูง=74.77	ต่ำ=63.80
	การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข	สูง=67.18	ต่ำ=71.40

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยอีก 8 กลุ่ม พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร แปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัวทั้ง 2 ตัวแปร เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่แบ่งตามระดับของตัวแปรอิสระนี้ พบว่า 1. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความหวังสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความหวังต่ำ ผลเช่นนี้ปรากฏในกลุ่มรวมและ 8 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ กลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท กลุ่มรายได้ 10,001-15,000 บาท และกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท และ 2. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต่ำ ผลเช่นนี้ปรากฏในกลุ่มรวมและ 7 กลุ่มย่อย

ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ กลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท และกลุ่มรายได้ 10,001-15,000 บาท

นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขผลเช่นนี้ปรากฏใน 1 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท

และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของ 4 กลุ่มที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ (Scheffe) พบว่า **ในกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท (ภาคผนวก ก ตาราง 12ภาพประกอบ 2)** 1. ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายได้มากกว่า 15,000 บาท ที่มีการได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความหวังสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความหวังต่ำ 2. ในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายได้มากกว่า 15,000 บาท ที่มีการได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความหวังสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความหวังต่ำ 3. ในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายได้มากกว่า 15,000 บาท ที่มีความหวังสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขสูง 4. ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายได้มากกว่า 15,000 บาท ที่มีความหวังต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



ภาพประกอบ 3 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท

สรุปได้ว่า ความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 5 โดยผลการทดสอบดังต่อไปนี้

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

ส่วนที่ 1

กลุ่ม	จำนวนคน	ค่าสถิติเอฟ (F) การมองโลกในแง่ดี (ก)	การสนับสนุนทางสังคม (ข)	ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กxข)	% ทำนาย
1.กลุ่มรวม	400	54.48	21.54	17.95*	23.80
2.เพศชาย	119	13.54	22.14	8.79*	33.10
3.เพศหญิง	281	44.69	4.57	6.86*	21.60
4.อาศัยอยู่กับคู่สมรส	108	7.25	25.65	4.48*	31.40
5.อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคน	235	29.95	1.29	8.96*	16.30
อื่นๆ	57	12.14*	4.07*	2.33	43.70
6.อาศัยอยู่คนเดียว	233	33.33	4.45	7.49*	23.00
7.รายได้ 5,000-10,000 บาท	85	15.04*	6.33*	3.92	27.90
8.รายได้ 10,001-15,000 บาท	82	3.99*	10.90*	2.81	15.70
9.รายได้มากกว่า 15,000 บาท					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 8 (ต่อ)

ส่วนที่ 2

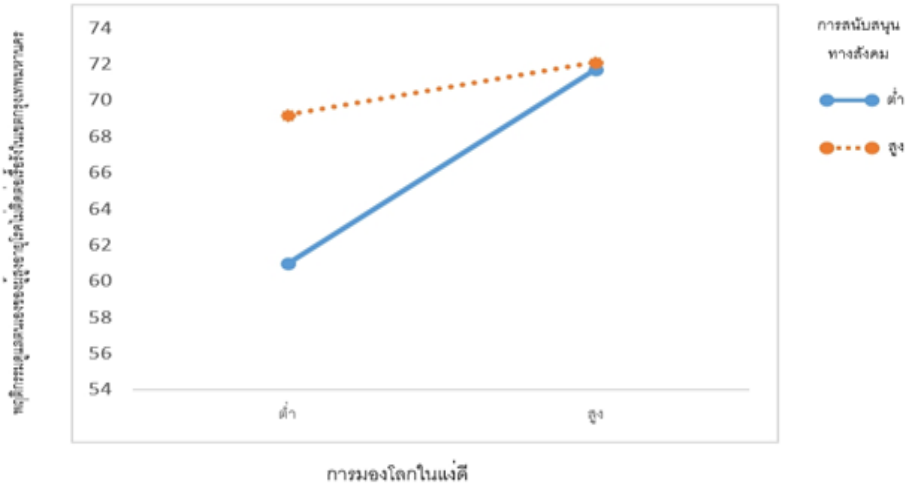
กลุ่ม	ตัวแปร	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	
		กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูง	กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ
1.กลุ่มรวม	การมองโลกในแง่ดี	สูง=71.92	ต่ำ=65.09
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=70.66	ต่ำ=66.36
2.เพศชาย	การมองโลกในแง่ดี	สูง=71.26	ต่ำ=65.10
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=72.12	ต่ำ=64.24
3.เพศหญิง	การมองโลกในแง่ดี	สูง=72.21	ต่ำ=64.68
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=69.65	ต่ำ=67.24
4.อาศัยอยู่กับคู่สมรส	การมองโลกในแง่ดี	สูง=70.56	ต่ำ=65.78
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=72.67	ต่ำ=63.67
5.อาศัยอยู่กับลูกหลาน/	การมองโลกในแง่ดี	สูง=71.85	ต่ำ=65.81
ญาติคนอื่นๆ	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=69.46	ต่ำ=68.21
6.อาศัยอยู่คนเดียว	การมองโลกในแง่ดี	สูง=73.97	ต่ำ=62.23
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=71.50	ต่ำ=64.71
7.รายได้ 5,000-10,000 บาท	การมองโลกในแง่ดี	สูง=71.20	ต่ำ=63.78
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=68.85	ต่ำ=66.14
8.รายได้ 10,001-15,000 บาท	การมองโลกในแง่ดี	สูง=73.36	ต่ำ=65.37
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=71.96	ต่ำ=66.77
9.รายได้มากกว่า 15,000 บาท	การมองโลกในแง่ดี	สูง=72.49	ต่ำ=68.61
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=73.76	ต่ำ=67.34

จากตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยอีก 8 กลุ่ม พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร แปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัวทั้ง 2 ตัวแปร เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่แบ่งตามระดับของตัวแปรอิสระนี้ พบว่า 1. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ผลเช่นนี้ปรากฏในกลุ่มรวมและ 8 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ กลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท กลุ่มรายได้ 10,001-15,000 บาท และกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท และ 2. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผลเช่นนี้ปรากฏในกลุ่มรวมและ 8 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ กลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท กลุ่มรายได้ 10,001-15,000 บาท และกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท

นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ผลเช่นนี้ปรากฏในกลุ่มรวม และ 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ และกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท

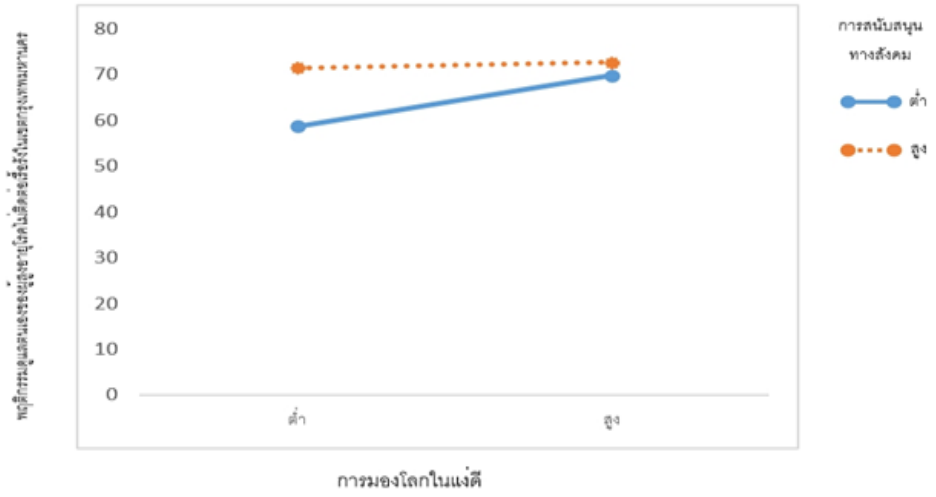
และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของ 4 กลุ่มที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ (Scheffe) พบว่า

1. **ในกลุ่มรวม (ภาคผนวก ก ตาราง 13 ภาพประกอบ 3)** 1.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำและการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 1.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ 1.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



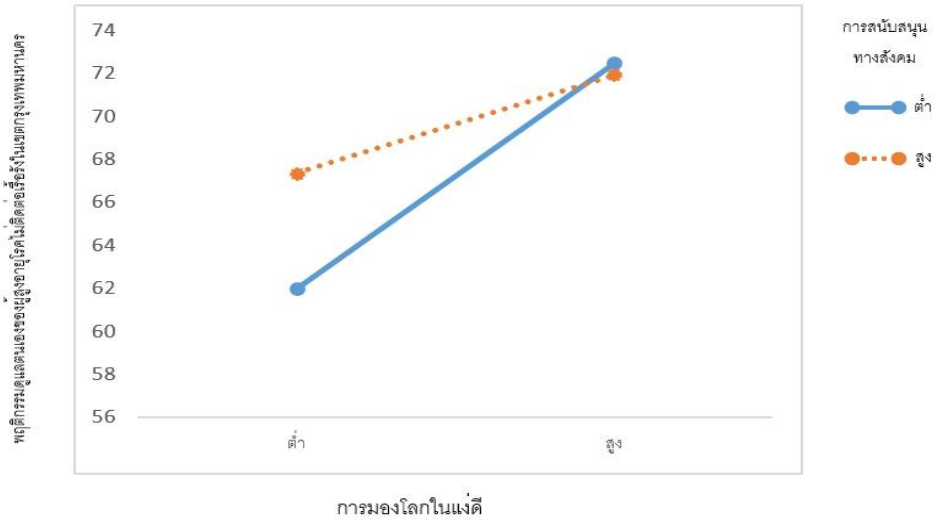
ภาพประกอบ 4 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มรวม

2. **ในกลุ่มเพศชาย (ภาคผนวก ก ตาราง 14 ภาพประกอบ 4)** 2.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 2.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 2.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ 2.4 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



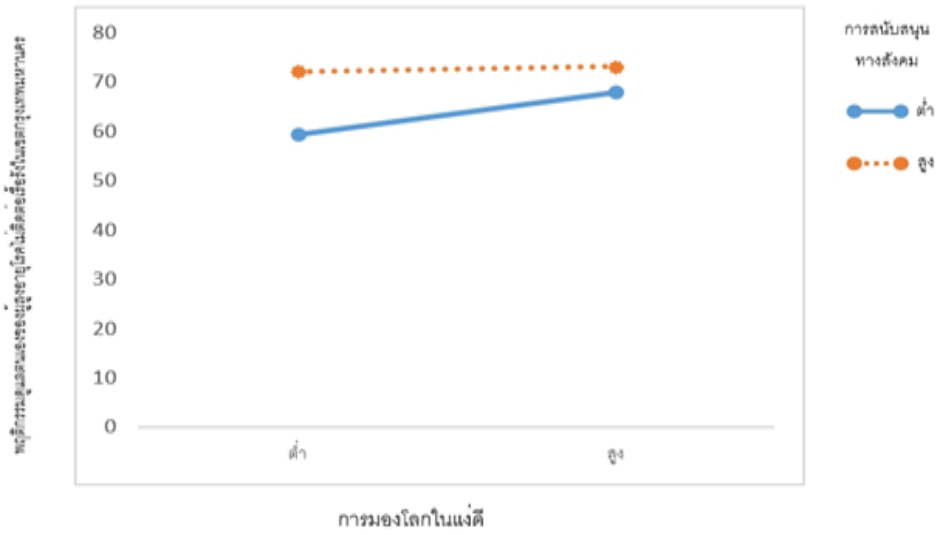
ภาพประกอบ 5 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มเพศชาย

3. **ในกลุ่มเพศหญิง (ภาคผนวก ก ตาราง 15 ภาพประกอบ 5)** 3.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศหญิงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ 3.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศหญิงที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 3.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศหญิงที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



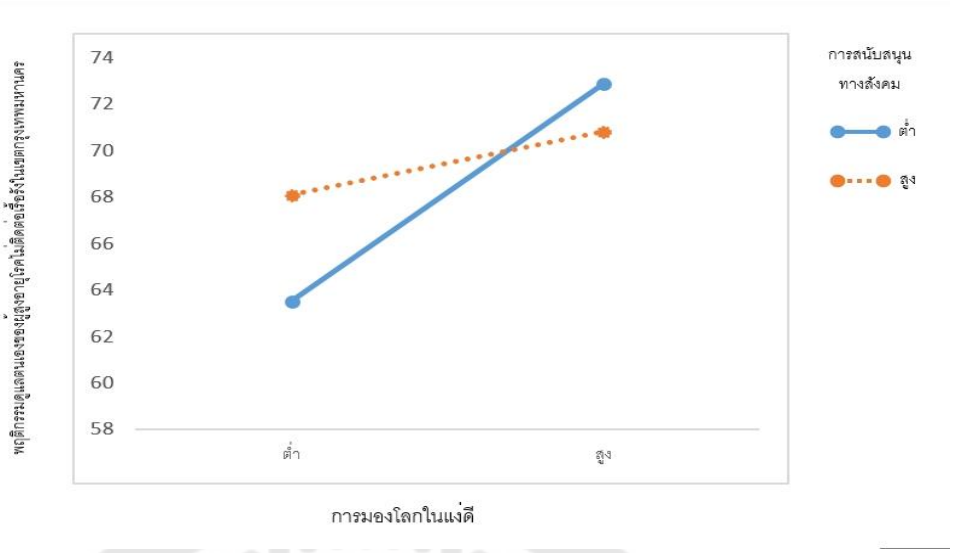
ภาพประกอบ 6 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มเพศหญิง

4. **ในกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ภาคผนวก ก ตาราง 16 ภาพประกอบ 6)** 4.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับคู่สมรสที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 4.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับคู่สมรสที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 4.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับคู่สมรสที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



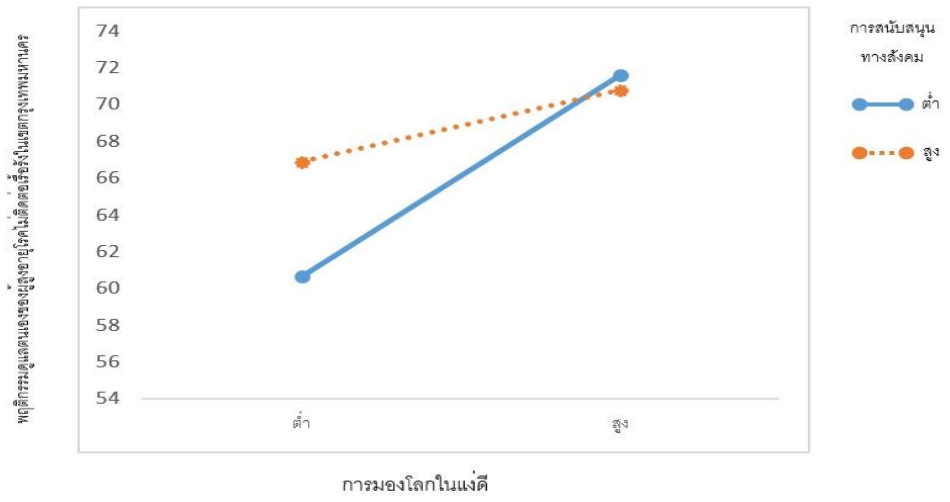
ภาพประกอบ 7 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส

5. **ในกลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ (ภาคผนวก ก ตาราง 17 ภาพประกอบ 7)** 5.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ 5.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ ที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 5.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ ที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



ภาพประกอบ 8 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ

6. ในกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท (ภาคผนวก ก ตาราง 18 ภาพประกอบ 8) 6.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายได้ 5,000-10,000 บาท ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ 6.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายได้ 5,000-10,000 บาท ที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 6.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายได้ 5,000-10,000 บาท ที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



ภาพประกอบ 9 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท

สรุปได้ว่า การมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มรวมและ 8 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ กลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท กลุ่มรายได้ 10,001-15,000 บาท และกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 6 โดยผลการทดสอบดังต่อไปนี้

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

ส่วนที่ 1

กลุ่ม	จำนวนคน	ค่าสถิติเอฟ (F) การรับรู้ความสามารถของตน (ก)	การสนับสนุนทางสังคม (ข)	ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กxข)	% ทำนาย
1.กลุ่มรวม	400	82.47	17.87	13.04*	27.10
2.เพศชาย	119	14.05	23.39	4.49*	31.50
3.เพศหญิง	281	76.94	2.79	7.85*	28.10
4.อาศัยอยู่กับคู่สมรส	108	9.11	20.22	4.33*	32.10
5.อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ	235	63.74	<1	5.90*	24.50
6.อาศัยอยู่คนเดียว	57	9.59*	10.02*	2.22	42.50
7.รายได้ 5,000-10,000 บาท	233	46.52	5.25	5.43*	25.80
8.รายได้ 10,001-15,000 บาท	85	16.94*	5.59*	3.65	30.10
9.รายได้มากกว่า 15,000 บาท	82	9.31*	7.77*	2.85	20.80

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 9 (ต่อ)

ส่วนที่ 2

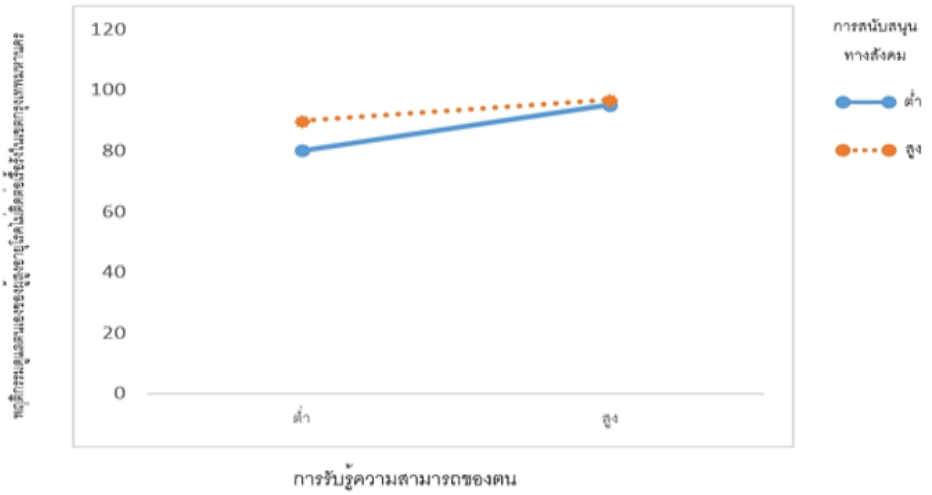
กลุ่ม	ตัวแปร	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร	
		กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูง	กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ
1.กลุ่มรวม	การรับรู้ความสามารถของตน	สูง=72.71	ต่ำ=64.50
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=70.51	ต่ำ=66.69
2.เพศชาย	การรับรู้ความสามารถของตน	สูง=71.10	ต่ำ=64.78
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=72.02	ต่ำ=63.87
3.เพศหญิง	การรับรู้ความสามารถของตน	สูง=73.44	ต่ำ=64.15
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=69.68	ต่ำ=67.91
4.อาศัยอยู่กับคู่สมรส	การรับรู้ความสามารถของตน	สูง=71.19	ต่ำ=65.71
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=72.54	ต่ำ=64.37
5.อาศัยอยู่กับลูกหลาน/	การรับรู้ความสามารถของตน	สูง=73.32	ต่ำ=64.92
ญาติคนอื่นๆ	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=69.41	ต่ำ=68.82
6.อาศัยอยู่คนเดียว	การรับรู้ความสามารถของตน	สูง=72.05	ต่ำ=62.45
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=72.16	ต่ำ=62.34
7.รายได้ 5,000-10,000 บาท	การรับรู้ความสามารถของตน	สูง=71.87	ต่ำ=63.43
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=69.07	ต่ำ=66.23
8.รายได้ 10,001-15,000 บาท	การรับรู้ความสามารถของตน	สูง=73.34	ต่ำ=64.69
	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=71.50	ต่ำ=66.53
9.รายได้มากกว่า 15,000	การรับรู้ความสามารถของตน	สูง=73.74	ต่ำ=68.09
บาท	การสนับสนุนทางสังคม	สูง=73.50	ต่ำ=68.33

จากตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยอีก 8 กลุ่ม พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร แปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัวทั้ง 2 ตัวแปร เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่แบ่งตามระดับของตัวแปรอิสระนี้ พบว่า 1. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ผลเช่นนี้ปรากฏในกลุ่มรวมและ 8 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ กลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท กลุ่มรายได้ 10,001-15,000 บาท และกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท และ 2. ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผลเช่นนี้ปรากฏในกลุ่มรวมและ 8 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ กลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท กลุ่มรายได้ 10,001-15,000 บาท และกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท

นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ผลเช่นนี้ปรากฏในกลุ่มรวม และ 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ และกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท

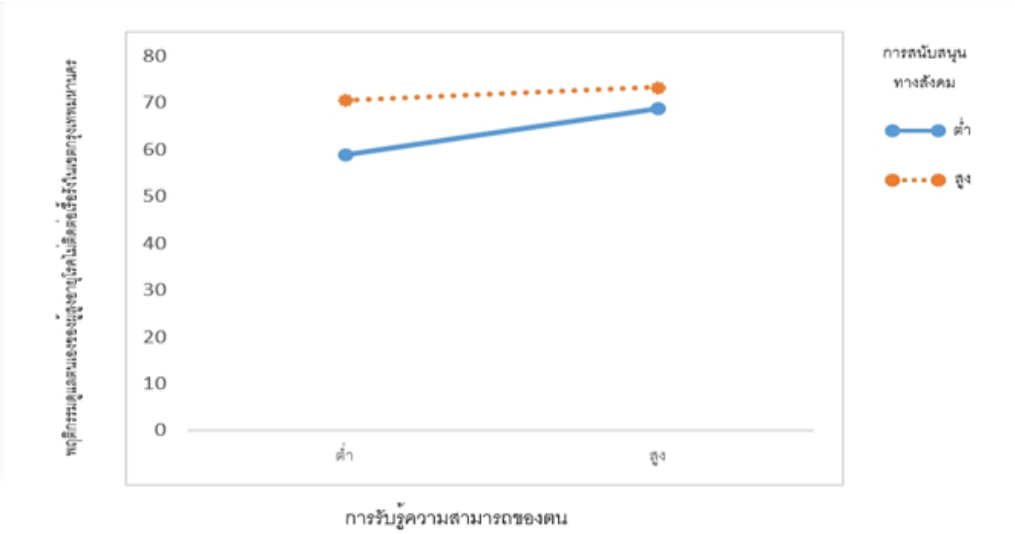
และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของ 4 กลุ่มที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ (Scheffe) พบว่า

1. **ในกลุ่มรวม (ภาคผนวก ก ตาราง 19 ภาพประกอบ 9)** 1.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 1.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ 1.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



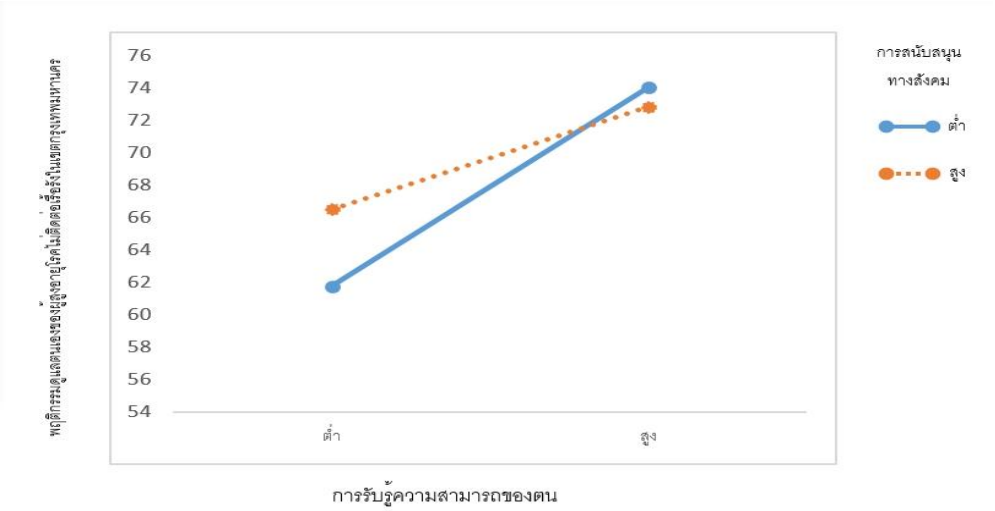
ภาพประกอบ 10 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตน และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มรวม

2. **ในกลุ่มเพศชาย (ภาคผนวก ก ตาราง 20 ภาพประกอบ 10)** 2.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 2.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 2.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



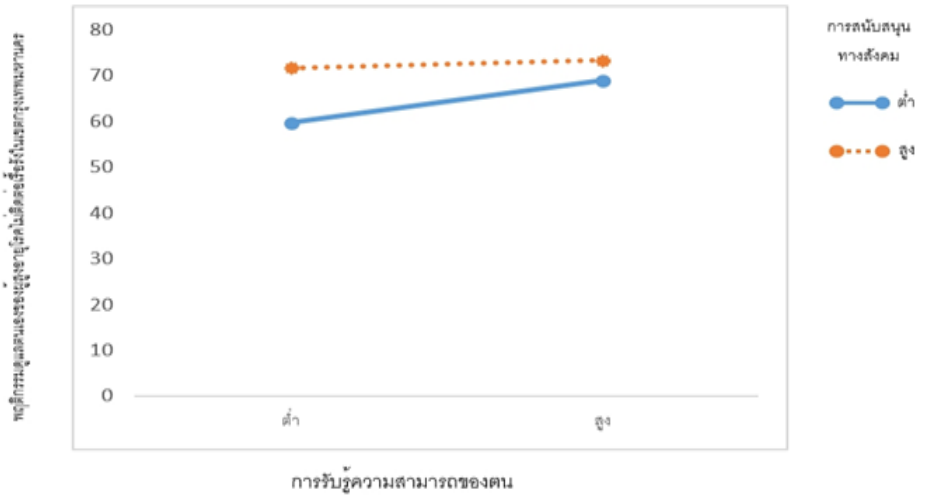
ภาพประกอบ 11 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตน และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มเพศชาย

3. ในกลุ่มเพศหญิง (ภาคผนวก ก ตาราง 21 ภาพประกอบ 11) 3.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศหญิงที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ 3.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศหญิงที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 3.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศหญิงที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



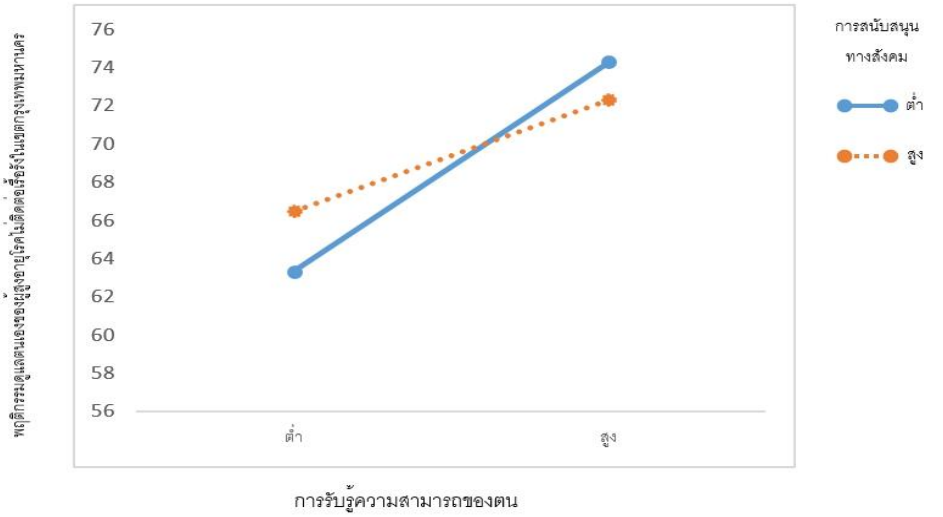
ภาพประกอบ 12 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มเพศหญิง

4. **ในกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ภาคผนวก ก ตาราง 22 ภาพประกอบ 12)** 4.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับคู่สมรสที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 4.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับคู่สมรสที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 4.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับคู่สมรสที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



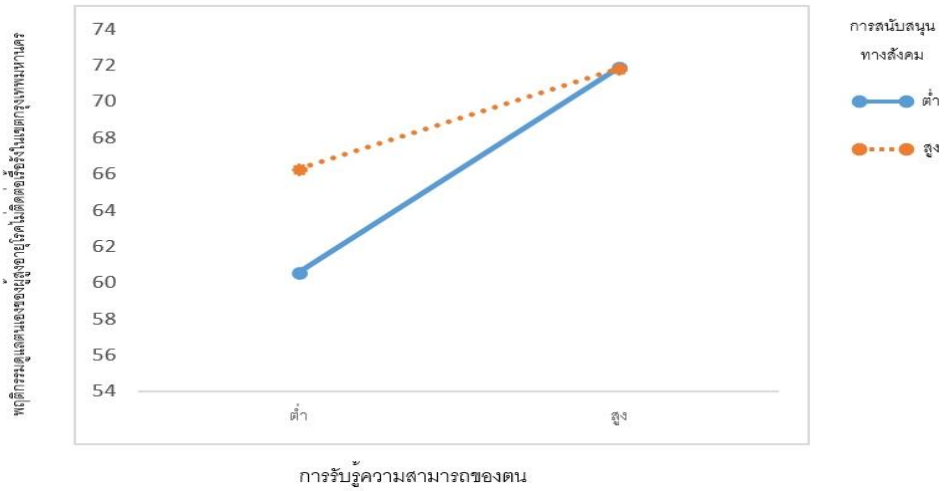
ภาพประกอบ 13 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส

5. **ในกลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ (ภาคผนวก ก ตาราง 23 ภาพประกอบ 13)** 5.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ 5.2 ในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง 5.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 5.4 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



ภาพประกอบ 14 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตน และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ

6. ในกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท (ภาคผนวก ก ตาราง 24 ภาพประกอบ 14) 6.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายได้ 5,000-10,000 บาท ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ 6.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายได้ 5,000-10,000 บาท ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 6.3 ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายได้ 5,000-10,000 บาท ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองต่ำที่สุด



ภาพประกอบ 15 ปฏิสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มรวมและ 8 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ กลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท กลุ่มรายได้ 10,001-15,000 บาท และกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 การทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้ตัวทำนายกลุ่มปัจจัยบุคคล (ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง) และกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม (การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 7 โดยผลการทดสอบดังต่อไปนี้

ตาราง 10 ข้อมูลเบื้องต้นในการทดสอบเป็นไปตามเงื่อนไขการวิเคราะห์สถิติการถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression)

ตัวแปร	Mean	SD	1	2	3	4	5	6	7
1	75.43	10.71	1	.70**	.61**	.55**	.27**	.51**	.65**
2	54.27	9.12		1	.73**	.53**	.26**	.44**	.50**
3	32.75	6.95			1	.49**	.33**	.43**	.50**
4	34.13	4.08				1	.17**	.28**	.45**
5	18.92	3.09					1	.24**	.20**
6	61.11	15.17						1	.42**
7	67.89	10.11							1

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1 = ความหวัง 2 = การมองโลกในแง่ดี 3 = การรับรู้ความสามารถของตน 4 = การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง 5 = การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข 6 = การสนับสนุนทางสังคม 7= พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

จากตาราง 10 พบผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่า ตัวแปรปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง นอกจากนี้ตัวแปรปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับที่ไม่เกิน .85 (Kline, 2005) จึงไม่ก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุ (Multicollinearity) ทำให้ตัวแปรทั้งหมดสามารถนำมาวิเคราะห์ต่อไปได้

ตาราง 11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและการทดสอบนัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

พฤติกรรมดูแลตนเอง	จำนวนคน	% ทำนาย	R Square Adjust	ตัวทำนายที่สำคัญ	β
1. กลุ่มรวม	400	45	.444	1,3,4,6	.46,.12,.11,.10
2. เพศชาย	119	38.4	.368	1,4,6	.30,.23,.22
3. เพศหญิง	281	48.4	.480	1,3	.58,.16
4. อาศัยอยู่กับคู่สมรส	108	44.8	.432	1,6,4	.31,.26,.22
5. อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติ	235	39.4	.389	1,3	.52,.17
คนอื่นๆ	57	57.8	.562	1,3	.49,.32
6. อาศัยอยู่คนเดียว	233	43.6	.429	1,4,6	.43,.22,.14
7. รายได้ 5,000-10,000 บาท	85	57.7	.572	1	.76
8. รายได้ 10,001-15,000 บาท	82	29	.281	1	.54
9. รายได้มากกว่า 15,000 บาท					

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตัวทำนายลำดับที่ 1 = ความหวัง 2 = การมองโลกในแง่ดี 3 = การรับรู้ความสามารถของตน 4 = การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง 5 = การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข 6 = การสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 11 พบว่า **ในกลุ่มรวม** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ความหวัง การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 45 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรกคือ ความหวัง (Beta = .46) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตน (Beta = .12) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (Beta = .11) และการสนับสนุนทางสังคม (Beta = .10) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม 8 กลุ่ม พบว่า 1. **ในกลุ่มเพศชาย** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความหวัง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 38.4 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรกคือ ความหวัง (Beta = .30) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (Beta = . 23) และการสนับสนุนทางสังคม (Beta = .22) **2. ในกลุ่มเพศหญิง** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความหวัง และการรับรู้ความสามารถของตน สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 48.4 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรกคือ ความหวัง (Beta = .58) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตน (Beta = .16) **3. ในกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความหวัง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 44.8 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรกคือ ความหวัง (Beta = .31) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta = .26) และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (Beta = .22) **4. ในกลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่น ๆ** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความหวังและการรับรู้ความสามารถของตน สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 39.4 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรกคือ ความหวัง (Beta = .52) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตน (Beta = .17) **5. ในกลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความหวังและการรับรู้ความสามารถของตน สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 57.8 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรกคือ ความหวัง (Beta = .49) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตน (Beta = .32) **6. ในกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความหวัง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 43.6 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรกคือ ความหวัง (Beta = .43) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (Beta = . 22) และการสนับสนุนทางสังคม (Beta = .14) **7. ในกลุ่มรายได้ 10,001-15,000 บาท** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 มี 1 ตัวแปร ได้แก่ ความหวัง สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 57.7 (Beta = .76) **8. ในกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ตัวแปร ได้แก่ ความหวัง สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 29 (Beta = .54)

การวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปได้ว่า 1. ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการทำนายมีทั้งหมด 4 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวแปรกลุ่มปัจจัยบุคคล 3 ตัวแปร ได้แก่ ความหวัง การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ตัวแปรกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม 1 ตัวแปร ได้แก่ การ สนับสนุนทางสังคม 2. ความหวังเป็นตัวแปรทำนายที่สำคัญโดยเข้าสู่สมการการทำนายเป็นอันดับ 1 ในกลุ่มรวมและ 8 กลุ่มย่อย 3. ความหวังและการรับรู้ความสามารถของตนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากที่สุดในกลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว ทำนายได้ร้อยละ 57.8

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยประเภทสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบ(Correlational-Comparative Study) ศึกษาในกลุ่มของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยบุคคล ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ตลอดลักษณะทางชีวสังคม มีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในครั้งนี้มากน้อยเพียงใดและเพราะเหตุใด โดยความมุ่งหมายของการวิจัย 1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเพศ ลักษณะการอยู่อาศัย และรายได้ที่แตกต่างกัน 2. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน 3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมในการร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนกับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 400 คน ได้แก่ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตดุสิต เขตประเวศ และเขตดอนเมือง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดลักษณะทางชีวสังคม 1 ตอน จำนวน 3 ข้อ แบบวัดเพื่อวัดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบวัดเพื่อวัดกับตัวแปรอิสระมีทั้งหมด 6 ตอน ได้แก่ แบบวัดความหวัง แบบวัดการมองโลกในแง่ดี แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของตนเอง แบบวัดการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าอยู่ระหว่าง .74 ถึง .95

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 1. สถิติพื้นฐานใช้พรรณนาข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percent) พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) 2. การวิเคราะห์ค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2 และ 3 3. การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way analysis of variance) มีกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพบการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ทำการ

เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 4 5 และ 6 4. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 7

สรุปผลการวิจัย

สรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 70.20 และรองลงมาเป็นเพศชายมีจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 29.80 นอกจากนี้ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ มีจำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 58.80 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 27 ตามด้วยอาศัยอยู่คนเดียว มีจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 14.20 และรายได้ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท มีจำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 58.30 รองลงมามีรายได้ 10,001-15,000 บาท มีจำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 21.20 ตามด้วยมีรายได้มากกว่า 15,000 บาท มีจำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 20.50

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครมีค่าเฉลี่ย 67.89

ตัวแปรอิสระ 6 ตัว ได้แก่ ความหวังมีค่าเฉลี่ย 75.43 การมองโลกในแง่ดีมีค่าเฉลี่ย 54.27 การรับรู้ความสามารถของตนมีค่าเฉลี่ย 32.75 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ย 34.13 การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ย 18.92 และการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 61.11

สรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐาน

สมมุติฐานข้อที่ 1: ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเพศแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นไม่ให้การสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1

อธิบายได้จากผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพกันมากในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการกิน การออกกำลังกาย การพักผ่อน และอีกมากมาย เพราะพบว่ามีประชากรเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและ

หญิงจึงหันมาตื่นตัวเรื่องการดูแลสุขภาพกันมากขึ้นเพื่อจะดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและเป็นบุคคลที่มีสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพศชายและเพศหญิงจึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน จากงานวิจัยของ จรรวมล แพ่งโยธา (2548) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง 150 คน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และงานวิจัยของ บัวษร เวชพันธ์ (2548) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มตัวอย่าง 150 คน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเหมือนกัน จึงมีผลให้การทำกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน

สมมุติฐานข้อที่ 2: ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นให้การสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2

โดยพบว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและอาศัยอยู่คนเดียว จะเห็นได้จากกลุ่มที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ หรือคู่สมรส จะมีบุคคลคอยให้กำลังใจ คำแนะนำ และกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเอง โดยถ้าเกิดปัญหาก็สามารถพูดคุยปรึกษากันได้อย่างสนิทใจ ตรงกันข้ามกับกลุ่มที่อาศัยอยู่คนเดียวจะไม่มีบุคคลคอยให้คำปรึกษา จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีลักษณะการอยู่อาศัยแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกัน จากงานวิจัยของสิริพร สุธัญญา (2550) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในสวนรมณีนาถ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครอง/บุตรหลานหรือญาติคนอื่นๆ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว และงานวิจัยของนงรัตน์ โมปลอด (2542) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง 132 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว นอกจากนี้งานวิจัยของธาริน สุขอนันต์ และคนอื่นๆ (2555) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ในเขตเทศบาลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

สมมุติฐานข้อที่ 3: **ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นให้การสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 3

โดยพบว่ากลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท และรายได้ 5,000-10,000 บาท อธิบายได้จากในปัจจุบันเศรษฐกิจมีความสำคัญอย่างมากส่งผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงหรือมีฐานะทางการเงินมั่นคงจะสามารถแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้กับตนเองมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ เพราะกลุ่มนี้จะขาดแคลนการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองเนื่องจากมีรายได้น้อย ส่งผลต่อการดูแลตนเองได้ไม่ดีเท่ากับกลุ่มที่มีรายได้มาก จากงานวิจัยของจิราภรณ์ ใจสบาย (2553) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 242 คน พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อยรายได้ต่อเดือนต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และ10,001-15,000 บาท รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขและสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช่สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการได้ในที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาทางการเงิน และทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ สอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง 400 คน พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายและการตรวจสุขภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า รายได้คือแหล่งประโยชน์เป็นสิ่งเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ตลอดจนสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ส่งเสริมการดูแลตนเองได้ จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่

จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการ ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือมีรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาการเงิน ส่วนในเรื่องการตรวจสุขภาพนั้นพบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีการตรวจสุขภาพทุกปีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีรายได้สูงก่อให้เกิดความรู้สึกที่มั่นคง มีหลักประกันของชีวิต ตลอดจนทำให้สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้มีโอกาสเข้าถึงแหล่งประโยชน์ได้มากกว่า การที่บุคคลมีรายได้สูงจะให้คุณค่ากับการป้องกันโรคมากกว่า ทั้งนี้เพราะผู้มีรายได้น้อยมักทำงานหนักเพื่อหาเงินมาใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน จึงทำให้การดูแลสุขภาพลดน้อยลง และงานวิจัยของ อัสรา อาวรณ์ (2540) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 235 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน คือผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับเพียงพอและเหลือใช้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ

สมมุติฐานข้อที่ 4: **ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความหวังมากและได้รับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขมากจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นให้การสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 4

จากการศึกษาและค้นคว้ายังไม่ค้นพบงานวิจัยที่ทำการศึกษาปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระ 2 ตัวนี้โดยตรง แต่พบว่ามีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาได้ทำการศึกษาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร โดยแนวคิดของเบก, รอว์ลินส์ และวิลเลี่ยม (Beck, Rawlins, & William. 1984) กล่าวว่า ความหวังมีลักษณะคือ 1) ความหวังที่เป็นการมุ่งอนาคต 2) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น 3) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับทางเลือก 4) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความปรารถนา 5) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจและความอุตสาหะ และ6) ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความกล้า และได้มีงานวิจัยที่สนับสนุนการศึกษาความหวัง เช่น งานวิจัยของนภาพร วงศ์ใหญ่ (2549) พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 และงานวิจัยของมารยาท วงษาบุตร (2539) พบว่า ความหวังมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้งานวิจัยของมรรยาท เจริญสุขโสภณและ**นงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต** (2537) พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะ

ในส่วนของการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขนั้น จิตติมา ธีรพันธุ์เสถียร (2549) กล่าวว่า การบริการทางการแพทย์ เป็นการบริการทางวิชาชีพที่เกิดขึ้นตามความต้องการของสังคมโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทั้งในภาวะสุขภาพดีและในภาวะเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และอารมณ์ การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยจะต้องยึดหลักใหญ่ 4 ประการคือ 1) ช่วยให้ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเอง 2) ช่วยผู้ป่วยให้หายกลับคืนสภาวะปกติโดยเร็วที่สุด 3) ป้องกันผู้ป่วยจากอันตรายหรือจากการติดโรค 4) ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นอย่างปกติ และได้มีงานวิจัยที่สนับสนุนการศึกษาการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เช่น งานวิจัยของสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล (2553) พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และงานวิจัยของศิริรัตน์ รอดแสวง (2559) พบว่า การเข้าถึงการบริการการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้งานวิจัยของอัญศินีย์ นันตะสุคนธ์ (2555) พบว่า การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมุติฐานข้อที่ 5: ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการมองโลกในแง่ดีมากและมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มรวมและ 8 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ กลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท กลุ่มรายได้ 10,001-15,000 บาท และกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นให้การสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 5

จากการศึกษาและค้นคว้ายังไม่ค้นพบงานวิจัยที่ทำการศึกษาปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระ 2 ตัวนี้โดยตรง แต่พบว่ามีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาได้ทำการศึกษาตัวแปร

อิสระทีละตัวแปร โดยเกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์ (2554) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดีคือการคิดและการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก และต้องนำมาซึ่งความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะอธิบายเหตุการณ์ที่ดีที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นสม่ำเสมอ จะขยายไปสู่เหตุการณ์อื่นที่เกี่ยวข้อง และเกิดจากการกระทำของตนเอง สำหรับเหตุการณ์ที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นจะอธิบายว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงชั่วครั้งชั่วคราว เกิดขึ้นกับเฉพาะเหตุการณ์นั้นไม่ขยายไปสู่เหตุการณ์อื่นที่เกี่ยวข้อง และเกิดจากปัจจัยภายนอก มิได้เกิดจากตนเองเป็นผู้กระทำ และได้มีงานวิจัยที่สนับสนุนการศึกษาการมองโลกในแง่ดี เช่น งานวิจัยของอะเคื้อกุลประสูติดิลก และคนอื่นๆ (2557) พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลของการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ 0.826 ($p < .001$) หมายความว่าผู้ที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีคุณภาพชีวิตสูงต่อมางานวิจัยของกนิษฐา ลิ้มทรัพย์ (2557) พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และงานวิจัยของขจรศรี แสนปัญญา (2553) พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมนั้น ทิลและเวเนียท (สุพร พริ้งเพริศ. 2538 : 35; อ้างอิงจาก Tilden; & Weinert. 1987 : 613) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากบุคคลรอบข้างจะช่วยบรรเทาความเครียดสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี และได้มีงานวิจัยที่สนับสนุนการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม เช่น งานวิจัยของเสาวนิจ นิจอนันต์ชัยและมาลี สันติถิรศักดิ์ (2553) พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและสังคมยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และงานวิจัยของเนตรดาว จิตโสภากุล (2557) พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมุติฐานข้อที่ 6: ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการรับรู้ความสามารถของตนมากและมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคมมี ปฏิสัมพันธ์ร่วมกันส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครในกลุ่มรวมและ 8 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส กลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ กลุ่มอาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท กลุ่มรายได้ 10,001-15,000 บาท และกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นให้การสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 6

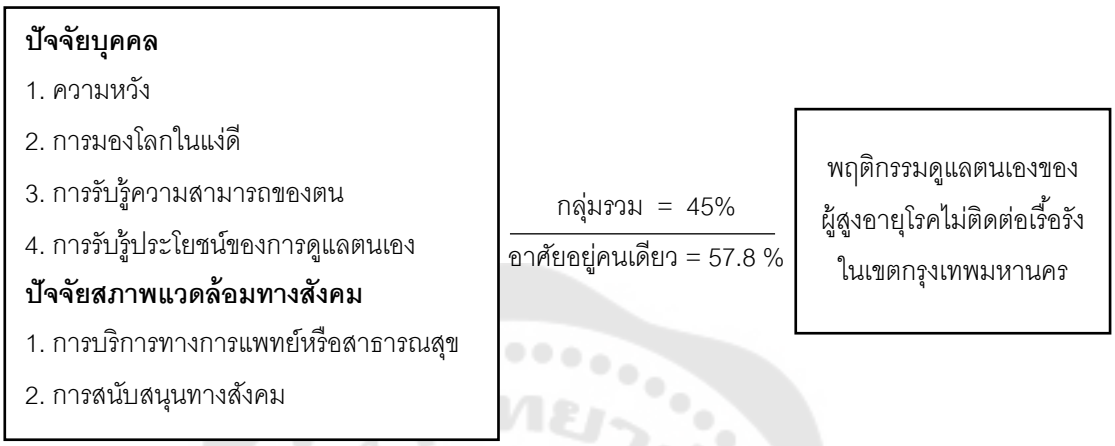
จากการศึกษาและค้นคว้ายังไม่ค้นพบงานวิจัยที่ทำการศึกษาปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระ 2 ตัวนี้โดยตรง แต่พบว่ามีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาได้ทำการศึกษาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร แบนดูรา (ประทีป จินงี่. 2540 ; อ้างอิงจาก Bandura. 1986) ได้กล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของตนที่มีผลต่อบุคคลในด้านต่างๆคือ 1) มีผลต่อการเลือกกระทำพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน 2) มีผลต่อการใช้ความพยายามและความมุมานะในการทำงาน 3) มีผลต่อการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ 4) เป็นผู้กำกับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม ได้มีงานวิจัยที่สนับสนุนการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตน เช่น งานวิจัยของสุจิตรา บุญประเสริฐ (2550) พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนลำสาลีจังหวัดกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 โดยพบว่าผู้สูงอายุชุมชนลำสาลีเขตบางกะปิจังหวัดกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูง และงานวิจัยของภัสราวลัย ศีติสาร (2556) พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้งานวิจัยของพรทิพย์พา ธิมายอม (2554) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมนั้นเฮาส์ (ชลาทิพย์ ทองมอญ. 2549 : 43 ; อ้างอิงจาก House. 1981) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้ใจ การสนับสนุนทางความคิดตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูล

ย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเอง และได้มีงานวิจัยที่สนับสนุนการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม เช่น งานวิจัยของอินทุกานต์ กุลไวย (2552) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ**อัปสร รังสิปราการ** (2539) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้กชชุกร หว่างนุ่ม (2550) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมุติฐานข้อที่ 7: **ปัจจัยบุคคล ได้แก่ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง กับปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เมื่อนำคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครมาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น (ตาราง11) เพื่อค้นหาตัวทำนายสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้ชุดกลุ่มตัวแปรปัจจัยบุคคล 4 ตัวแปร (ได้แก่ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง) กลุ่มตัวแปรสภาพแวดล้อมทางสังคม 2 ตัวแปร (ได้แก่ การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม) เป็นตัวทำนาย **พบในกลุ่มรวม** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความหวัง การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 45 เมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม พบว่า ค่าการทำนายสูงสุดพบใน 3 กลุ่ม คือ **กลุ่มที่อาศัยอยู่คนเดียว** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความหวัง และการรับรู้ความสามารถของตน สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 57.8 **กลุ่มรายได้** 10,001-15,000 **บาท** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความหวัง สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 57.7 **เพศหญิง** ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความหวัง และการรับรู้

ความสามารถของตน สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 48.4



ภาพประกอบ 16 ผลการทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยโดยใช้ตัวแปรกลุ่มปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคม

สรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นให้การสนับสนุนสมมุติฐานข้อ 5 แสดงว่า ตัวแปรกลุ่มปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย โดยที่ 1) ความหวัง พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของนภาพร วงศ์ใหญ่ (2549) ที่ได้ศึกษาความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง 200 คน พบว่า ความหวังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดพะเยาอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) การมองโลกในแง่ดี พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของกนิษฐา ลิ้มทรัพย์ (2557) ที่ได้ศึกษาการตระหนักรู้ในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 180 คน พบว่า การมองโลกในแง่ดีสามารถร่วมทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และงานวิจัยของอะเคื้อ กุลประสูติดิลก และคนอื่นๆ (2557) ที่ได้ศึกษาการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 394 คน พบว่าการมองโลกในแง่ดีสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) การรับรู้ ความสามารถของตน พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของสุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร (2552) ที่ได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล กลุ่มตัวอย่าง 155 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม เจตนาต่อพฤติกรรม ความรับผิดชอบต่อตนเอง และการควบคุมทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็ก และเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 67.8 และงานวิจัยของทิพวรรณ แย้มศรีบัว (2552) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ากลุ่มตัวอย่าง 101 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 27.9 นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลตนเองเป็นตัวแปรที่ทำนายได้ดีที่สุด สามารถทำนายได้ร้อยละ 16.1 4) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของพนัชญา ประดับสุข (2552) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึกอำเภอสามชุกจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง 321 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29.9 และงานวิจัยของ**สุขุมาล แสนพวง** (2543) ที่ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 38.3 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ**อารญา โถวรุ่งเรือง** (2544) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่าง 255 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 45.4 5) การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล (2553) ที่ได้ศึกษา**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย** กลุ่มตัวอย่าง 280 คน พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 64.7 และงานวิจัยของเสาวนีย์ โคตรดก (2552) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการการรักษาในห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กลุ่มตัวอย่าง 350 คน พบว่าการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 32.0 6) การสนับสนุนทางสังคม พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของอินทุกานต์ กุลไวย (2552) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 377 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 59 และงานวิจัยของเนตรดาว จิตโสภากุล (2557) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง 100 คน พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 40

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้และพัฒนาการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. จากการศึกษา พบว่าบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรมีการพูดคุยในประเด็นที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น 1.1) การมีสุขภาพที่ดีจากการเลือกที่จะกระทำ 1.2) อธิบายผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เข้าใจถึงลักษณะอาการของโรค หากผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดูแลตนเองจะทำให้มีสุขภาพและการเจ็บป่วยจากโรคดีขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรทางการแพทย์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยินดีที่จะให้ความร่วมมือเมื่อผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องการ และ 1.3) การฝึกผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้สามารถดูแลตนเองได้ บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรเริ่มจากการฝึกทักษะการดูแลตนเองที่ง่ายก่อน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง จากนั้นจึงเริ่มฝึกทักษะที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นและอาจใช้ตัวแบบในการช่วยฝึกทักษะของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ควรมีการประเมินความหวังต่อผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นควบคู่กับการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายได้มากกว่า 15,000 บาท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถของตน เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่สามารถพัฒนาได้ ดังนั้นควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยภายในบุคคลดังกล่าว โดยใช้ความหวัง การมองโลก

ในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถของตน เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

2. งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ดังนั้นในงานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการขยายขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างในบริบทต่างจังหวัด เนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยดังกล่าวพบว่าตัวแปรการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และตัวแปรรายได้มีความน่าสนใจในการศึกษาบริบทต่างจังหวัด เพราะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัดอาจมีรายได้น้อย จึงทำให้มีโอกาสในการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุขได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ทำให้อาจส่งผลเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

3. ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วยการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Path Analysis) เพื่อทำให้ทราบว่าตัวแปรเชิงสาเหตุเหล่านี้มีอิทธิพลทางตรงหรืออิทธิพลทางอ้อมกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เพราะจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง

4. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ดังนั้นควรไปทำการสัมภาษณ์หรือสนทนากับกลุ่มผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง รวมถึงการออกแบบการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อจะทำให้ทราบสาเหตุของตัวแปรนั้นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และอาจค้นพบตัวแปรใหม่จากบริบทผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

บรรณานุกรม

Beck, C., Rawlings, R., & William, S. (1984). *Mental health - psychiatric nursing*. St.Louis: CV Mosby.

Brown, P. (1989). The concept of hope : implications for care of the critically ill. *Critical Care Nurse, 9*(5), 97-105.

Department of Health. (2015). *Non-Communicable Diseases (NCDs)*.

Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing, 15*.

Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.

Kotler, P. (1994). *Marketing management: Analysis planning implementation and control*. Engle Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Orem, D. (1985). *Nursing : Concepts of practice*. New York: McGraw–Hill Book Company.

Orem, D. (1991). *Nursing : Concepts of practice*. New York: St Louis Mosby Year Book Company.

Orem, D. (2001). *Nursing : Concepts of practice*. New York: St Louis Mosby Year Book Company.

Seligman, M. E. P. (1990). *Learning optimism*. New York: Pocket Books.

Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis*. New York: Harper and Row.

เขมณัฏฐ์ ยุทธวิสุทธิ์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

เจนจิรา บ.ป.สูงเนิน. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติการดูแลสุขภาพตนเอง การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนบ้านห้วยทรายเหนือ จังหวัดเพชรบุรี. (วิทยานิพนธ์ คศ.ม. (คหกรรมศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร, กรุงเทพฯ.

เนตรดาว จิตโสภากุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, *6*(3), 171-178.

เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, *16*(6), 749-758.

เบญจพร ทองเที่ยงดี. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์วัณโรคเขต *7* จังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งงาม. (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการ มทร. สุวรรณภูมิ, *1*(2), 128-137.

เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดตาข่าย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

เพียงดาว จุลบาท. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.

เสวิกุล จำสนอง. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขภาพจิต)), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย และมาลี สันติถิรศักดิ์. (2553). การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารกองการพยาบาล, *37*(2), 64-76.

เสาวนีย์ โคตรดก. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการการรักษาในห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

กชชุกร หว่างนุ่ม. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

กนกพร สุคำวัง. (2540). แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. (วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

กนิษฐา ลิ้มทรัพย์. (2557). การตระหนักรู้ในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

กมลพรรณ หอมนาน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2561). รายงานผลการดำเนินงานกรมควบคุมโรค รอบ *6* เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ. *2561*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กัลยา จิระนคร. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

กาญจนา บริสุทธิ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์แพทย์เฉลิมพระเกียรติ *80* พรรษา เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

กิ่งเพชร ศรีเทียน และคณะ. (2555). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร. วารสารวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น, *3*(3), 1-10.

ขจรศรี แสนปัญญา. (2553). ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ขวัญดาว กล่ำรัตน์. (2554). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ ศษ.ด. (การศึกษาตลอดชีพและการพัฒนามนุษย์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

จรรวมล แพ่งโยธา. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

จรินทร รัตนวาณิชกุล. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรค. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.

จรินทรรัตน์ ขันการไถ. (2549). ผลการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์, นครสวรรค์.

จันทนา เตชะคฤห. (2540). ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, กรุงเทพฯ.

จิตติมา ธีรพันธุ์เสถียร. (2549). การศึกษาคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สาขาพร้อมมิตร. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

จิรประภา ภาวิไล. (2535). การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

จิราภรณ์ ใจสบาย และคณะ. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

จิราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์. (2541). ความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, กรุงเทพฯ.

ฉัตรทอง อินทร์นอก. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ พย..ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ชลาทิพย์ ทองมอญ. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ทิพวรรณ แย้มศรีบัว. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์. (2544). พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ *3)*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

ธาริณี กาญจนวัลย์. (2551). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของสำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร, กรุงเทพฯ.

ธาริน สุขอนันต์ และคณะ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร.

ธีระชัย พรหมคุณ และคณะ. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, *7*(1), 102-108.

นงรัตน์ โมปลอด. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จังหวัดนครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์. (2556). ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคม และความผาสุกในชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

นภาพร วงศ์ใหญ่. (2549). ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, กรุงเทพฯ.

นิพาวรรณ์ แสงพรม. (2547). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุ ตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา, *5*(2), 31-36.

บัวษร เวชพันธ์. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลรามาธิบดี (วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

ประทีป จินงี่. (2540). เอกสารประกอบการสอนวิชาการวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม (เอกสารประกอบการสอน). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ปานจิต นามพลกรัง. (2547). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

พนัชญา ประดับสุข. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

พรทิพย์พา ธิมายอม. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

พรพรรณ โรจน์ตระกูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคผิวหนัง กรณีศึกษาสถาบันโรคผิวหนัง กรุงเทพมหานคร. วารสารกองการพยาบาล, *39*(1), 79-91.

พรพิมล อ่ำพิจิตร. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

พระสุรชัย อยู่สาโก. (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองท่าเรือ-พระแท่น อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี. (วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (พัฒนศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ และคณะ. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ. *2551-2555*. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลีนิคโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

ภัสราวลัย ศีติสาร. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา, *9*(2), 120-136.

มนต์ธิรา ไชยแขวง. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

มรรยาท เจริญสุขโสภณ และนงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต. (2537). กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระดับความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ โรงพยาบาลชลบุรี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มัลลิกา มัติโก. (2534). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โครงการข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

มารยาท วงษาบุตร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, กรุงเทพฯ.

มาริสา ประทุมมา. (2550). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นบนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.*2559*. นครปฐม: บริษัท พริ้น เทอรี่ จำกัด.

ยงยุทธ์ พงษ์สุภาพ. (2541). ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

ยงยุทธ วัฒนาไชย. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในจังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์ ส.ม. (การสร้างเสริมสุขภาพ)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, กรุงเทพฯ.

รสสุคนธ์ พื้นสะอาด. (2554). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

รัศมี สิทธิพันธ์. (2548). ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

รุ่งทิวาห์ สุขารมย์ และไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2558). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (วิทยานิพนธ์ สธ.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

ละเอียด ภักดีจิตต์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งระหว่างรับรังสีรักษา. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, กรุงเทพฯ.

ลักษณา ทรัพย์สมบูรณ์. (2551). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

วณิดา กองแก้ว. (2549). ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

วราภรณ์ ผาทอง. (2549). ผลของโปรแกรมพัฒนาการมองโลกในแง่ดีต่อความสุขในชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, กรุงเทพฯ.

วลัยรักษ์ อังคะมาตย์. (2553). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. (วิทยานิพนธ์ สส.ม. (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

วารุณี นาดูน. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อ *HIV* และผู้ป่วย *AIDS* ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์ ส.ม. (การสร้างเสริมสุขภาพ)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.

วิชัย เอกพลากร. (2559). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ *5* พ.ศ. *2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2557). ข้อมูลประชากรกรุงเทพมหานคร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

วิภาวรรณ เพ็งพานิช. (2555). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขาภิบาล *3*. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

วิลาวัลย์ รัตนา. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. (วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

วีรพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์. (2543). คุณภาพในงานบริการ. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน จำกัด.

ศรัณยา ยอดสุด. (2553). ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

ศิริรัตน์ รอดแสวง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลทุ่งทอง อำเภอหนองบัว จังหวัดนครสวรรค์. Paper presented at the นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ.

ศิริวรรณ สุริยวงศ์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยัน. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

สกุนตลา รอดไม้. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: วี เจ พริ้นติ้ง.

สมฤดี ธรรมสุรัติ. (2554). ปัจจัยคุณภาพบริการที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการและความภักดีต่อตราสินค้าของโรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ บธ.ม.), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพฯ.

สายทอง ภูแม่นเขียน. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). กลุ่มโรค *NCDs*. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการข้อมูลสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร. (2560). ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ *50* สำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาสังคม.

สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข. (2540). การเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุงและในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี. (วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

สิริพร สุธัญญา. (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในสวนรมณีนาถ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

สุขุมาล แสนพวง. (2543). การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

สุจิตรา บุญประเสริฐ. (2550). การรับรู้ความสามารถในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ชุมชนลำสาลี เขตบางกะปิ จังหวัดกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

สุดารัตน์ ฉิมตระกูล. (2549). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

สุธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

สุนันทา คุ้มเพชร. (2545). อิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง. (วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาชุมชน)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

สุนีย์ สุวรรณศีลศักดิ์. (2551). การดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาชุมชน)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.

สุปราณี แตงวงษ์. (2547). การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.

สุพร พริ้งเพริศ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. (วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมวิทยาประยุกต์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

สุรพีย์ มาสมบูรณ์. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร. (2552). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐ เขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

หยาดรุ้ง อุไรพันธุ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

อนงค์ เอื้อวัฒนา. (2543). ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอำนาจเจริญ. (วิทยานิพนธ์ บธ.ม. (การตลาด)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพฯ.

อรพรรณ อิศราภรณ์. (2536). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, กรุงเทพฯ.

อะเคื้อ กุลประสูติดิลก และคณะ. (2557). การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, *8*(2), 35-46.

อัญศินีย์ นันตะสุคนธ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (วิทยานิพนธ์ ค.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

อัปสร รังสิปราการ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)), บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

อัสรา อาวรณ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

อารญา โถวรุ่งเรือง. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. (วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

อินทุกานต์ กุลไวย. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ตารางแสดงค่าสถิติต่าง ๆ

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามความหวังและการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ในกลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท จำนวน 82 คน

ความหวัง	การบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข	จำนวนคน	รหัส	ค่าเฉลี่ย	21 (74.59)	11 (68.20)	12 (59.40)
สูง	สูง	20	22	74.95	0.36	6.75	15.55*
สูง	ต่ำ	27	21	74.59		6.39	15.19*
ต่ำ	ต่ำ	30	11	68.20			8.8
ต่ำ	สูง	5	12	59.40			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวม จำนวน 400 คน

การมองโลกในแง่ดี	การสนับสนุนทางสังคม	จำนวนคน	รหัส	ค่าเฉลี่ย	21 (71.74)	12 (69.20)	11 (60.99)
สูง	สูง	127	22	72.11	0.37	2.91	11.12*
สูง	ต่ำ	72	21	71.74		2.54	10.75*
ต่ำ	สูง	70	12	69.20			8.21
ต่ำ	ต่ำ	131	11	60.99			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศชาย จำนวน 119 คน

การมองโลกในแง่ดี	การสนับสนุนทางสังคม	จำนวนคน	รหัส	ค่าเฉลี่ย	12 (71.51)	21 (69.80)	11 (58.68)
สูง	สูง	28	22	72.71	1.20	2.91	14.03*
ต่ำ	สูง	31	12	71.51		1.71	12.83*
สูง	ต่ำ	20	21	69.80			11.12*
ต่ำ	ต่ำ	40	11	58.68			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศหญิง จำนวน 281 คน

การมองโลกในแง่ดี	การสนับสนุนทางสังคม	จำนวนคน	รหัส	ค่าเฉลี่ย	22 (71.94)	12 (67.36)	11 (62.00)
สูง	ต่ำ	52	21	72.48	0.54	5.12	10.48*
สูง	สูง	99	22	71.94		4.58	9.94*
ต่ำ	สูง	39	12	67.36			5.36
ต่ำ	ต่ำ	91	11	62.00			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 108 คน

การมองโลกในแง่ดี	**การสนับสนุนทางสังคม**	**จำนวนคน**	**รหัส**	**ค่าเฉลี่ย**	12 (72.16)	21 (67.94)	11 (59.39)
สูง	สูง	44	22	73.18	1.02	5.24	13.79*
ต่ำ	สูง	19	12	72.16		4.22	12.77*
สูง	ต่ำ	17	21	67.94			8.55
ต่ำ	ต่ำ	28	11	59.39			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ จำนวน 235 คน

การมองโลกในแง่ดี	**การสนับสนุนทางสังคม**	**จำนวนคน**	**รหัส**	**ค่าเฉลี่ย**	22 (70.82)	12 (68.09)	11 (63.53)
สูง	ต่ำ	48	21	72.88	2.06	4.79	9.35*
สูง	สูง	68	22	70.82		2.73	7.29*
ต่ำ	สูง	46	12	68.09			4.56
ต่ำ	ต่ำ	73	11	63.53			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท จำนวน 233 คน

การมองโลกในแง่ดี	**การสนับสนุนทางสังคม**	**จำนวนคน**	**รหัส**	**ค่าเฉลี่ย**	22 (70.80)	12 (66.90)	11 (60.66)
สูง	ต่ำ	28	21	71.61	0.81	4.71	10.95*
สูง	สูง	75	22	70.80		3.90	10.14*
ต่ำ	สูง	38	12	66.90			6.24
ต่ำ	ต่ำ	92	11	60.66			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวม จำนวน 400 คน

การรับรู้ความสามารถของตน	**การสนับสนุนทางสังคม**	**จำนวนคน**	**รหัส**	**ค่าเฉลี่ย**	21 (95.18)	12 (89.96)	11 (80.11)
สูง	สูง	121	22	96.81	1.63	6.85	16.7*
สูง	ต่ำ	68	21	95.18		5.22	15.07*
ต่ำ	สูง	76	12	89.96			9.85
ต่ำ	ต่ำ	135	11	80.11			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศชาย จำนวน 119 คน

การรับรู้ความสามารถของตน	**การสนับสนุนทางสังคม**	**จำนวนคน**	**รหัส**	**ค่าเฉลี่ย**	12 (70.64)	21 (68.81)	11 (58.92)
สูง	สูง	31	22	73.39	2.75	4.58	14.47*
ต่ำ	สูง	28	12	70.64		1.83	11.72*
สูง	ต่ำ	21	21	68.81			9.89
ต่ำ	ต่ำ	39	11	58.92			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศหญิง จำนวน 281 คน

การรับรู้ความสามารถของตน	**การสนับสนุนทางสังคม**	**จำนวนคน**	**รหัส**	**ค่าเฉลี่ย**	22 (72.84)	12 (66.52)	11 (61.78)
สูง	ต่ำ	47	21	74.04	1.2	7.52	12.26*
สูง	สูง	90	22	72.84		6.32	11.06*
ต่ำ	สูง	48	12	66.52			4.74
ต่ำ	ต่ำ	96	11	61.78			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 108 คน

การรับรู้ความสามารถของตน	**การสนับสนุนทางสังคม**	**จำนวนคน**	**รหัส**	**ค่าเฉลี่ย**	12 (71.68)	21 (69.00)	11 (59.74)
สูง	สูง	44	22	73.39	1.71	4.39	13.65*
ต่ำ	สูง	19	12	71.68		2.68	11.94*
สูง	ต่ำ	14	21	69.00			9.26
ต่ำ	ต่ำ	31	11	59.74			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มอาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ จำนวน 235 คน

การรับรู้ความสามารถของตน	**การสนับสนุนทางสังคม**	**จำนวนคน**	**รหัส**	**ค่าเฉลี่ย**	22 (72.33)	12 (66.49)	11 (63.35)
สูง	ต่ำ	43	21	74.30	1.97	7.81*	10.95*
สูง	สูง	63	22	72.33		5.84	8.98*
ต่ำ	สูง	51	12	66.49			3.14
ต่ำ	ต่ำ	78	11	63.35			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 24 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความสามารถของตนและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรายได้ 5,000-10,000 บาท จำนวน 233 คน

การรับรู้ความสามารถของตน	**การสนับสนุนทางสังคม**	**จำนวนคน**	**รหัส**	**ค่าเฉลี่ย**	22 (71.85)	12 (66.29)	11 (60.58)
สูง	ต่ำ	28	21	71.89	0.04	5.6	11.31*
สูง	สูง	65	22	71.85		5.56	11.27*
ต่ำ	สูง	48	12	66.29			5.71
ต่ำ	ต่ำ	92	11	60.58			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาคผนวก ข
ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย

ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภา	อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี มิตกิตติ	อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
3. ดร.กุลธิดา กุลประฑีปัญญา	รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ภาคผนวก ค
แบบสอบถามในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร และปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 8 ตอน จำนวน 85 ข้อ ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบวัดลักษณะทางชีวสังคม

ตอนที่ 2 แบบวัดด้านพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตอนที่ 3 แบบวัดความหวัง

ตอนที่ 4 แบบวัดการมองโลกในแง่ดี

ตอนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน

ตอนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

ตอนที่ 7 แบบวัดการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข

ตอนที่ 8 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความจริงมากที่สุด และตอบคำถามให้ครบทุกข้อ เพื่อสามารถนำข้อมูลจากแบบสอบถามนี้เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ตอนที่ 1 แบบวัดลักษณะทางชีวสังคม

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

2. ลักษณะการอยู่อาศัย

( ) อยู่กับคู่สมรส ( ) อยู่กับลูกหลาน/ญาติคนอื่นๆ

( ) อยู่คนเดียว

3. รายได้

( ) 5,000 - 10,000 บาท ( ) 10,001 - 15,000 บาท

( ) มากกว่า 15,000 บาท

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติค่อนข้างมาก	ปฏิบัติค่อนข้างน้อย	ไม่ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติเลย
1	ฉันเลือกรับประทานอาหารไม่มากหรือน้อยจนเกินไป เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในระดับปกติ						
2	ฉันดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์						
3	ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงสุกและสะอาด						
4	ฉันหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรือรสจัด						
5	ฉันสูบบุหรี่						
6	ฉันดื่มน้ำมากเพื่อให้ขับถ่ายอุจจาระได้ง่าย						
7	ฉันเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมและไม่หนักจนเกินไป เช่น การเดินเร็ว วิ่งเบาๆ เป็นต้น						
8	ฉันนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมงในตอนกลางคืน						
9	เมื่อไม่สบาย ฉันจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว						
10	ฉันให้คำปรึกษาหรือข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัว						
11	เมื่อฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากแพทย์แล้วไม่เข้าใจ ฉันจะซักถามจนเข้าใจอย่างชัดเจน						
12	เมื่อเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ฉันมารับการตรวจรักษาจากแพทย์โดยไม่รีรอ						
13	ฉันมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด						

ข้อ	คำถาม	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติค่อนข้างมาก	ปฏิบัติค่อนข้างน้อย	ไม่ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติเลย
14	ฉันรับประทานยา และปฏิบัติตามคำแนะของแพทย์อย่างเคร่งครัด						
15	ฉันสังเกตอาการหรือความผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่						
16	ฉันสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาในขณะเจ็บป่วย						

ตอนที่ 3 แบบวัดความหวัง

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1	ฉันต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ดีขึ้น						
2	ฉันเชื่อว่าความเป็นอยู่ทุกวันนี้ ฉันมีความสุขดีตามอัตภาพของฉัน						
3	ฉันคิดว่าแพทย์และพยาบาลจะต้องดูแลฉันอย่างใกล้ชิด เมื่อฉันเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล						
4	ฉันคิดว่าสมาชิกในครอบครัวและญาติสนิทจะให้ความช่วยเหลือฉัน เมื่อฉันช่วยตัวเองไม่ได้						
5	ฉันคาดว่าสมาชิกในครอบครัว ญาติสนิทและเพื่อนๆ จะช่วยเป็นกำลังใจให้ฉันได้เมื่อฉันต้องการ						
6	ฉันคิดว่าญาติสนิทและเพื่อนๆ จะให้ความช่วยเหลือในด้านการเงินเมื่อมีความจำเป็น						
7	ฉันเลือกที่จะมีชีวิตอยู่ด้วยตัวเองถึงแม้จะต้องประสบความลำบากอยู่บ้าง						
8	ฉันคิดว่าฉันมีโอกาสที่จะทำในสิ่งที่ต้องการทั้งในเรื่องของหน้าที่การงานหรือครอบครัว						
9	ฉันปรารถนาที่จะเป็นคนมีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ						
10	ฉันยังคิดหาวิธีที่จะทำให้ตนเองมีความสุขสบายขึ้นอยู่เสมอ						
11	ฉันเชื่อว่าแพทย์และพยาบาลมีความสามารถสูงในการดูแลช่วยเหลือเมื่อฉันเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษา						

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
12	ฉันเชื่อว่าแพทย์และพยาบาลจะช่วยเหลือฉันอย่างเต็มที่เมื่อฉันเจ็บป่วยและอยู่ในภาวะเสี่ยง						
13	ฉันหวังว่าสมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือดูแลฉัน เมื่อฉันเจ็บป่วยขณะอยู่ที่บ้าน						
14	ฉันพร้อมเสมอที่จะเผชิญปัญหายุ่งยากเมื่อมีอายุเพิ่มสูงขึ้น						
15	ฉันพอใจที่ตนเองมีความอดทนต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ฉันขาดความสุข						
16	ฉันพร้อมที่จะทำให้สิ่งใหม่ๆ ที่จะช่วยให้ฉันมีสุขภาพดีและอายุยืนยาวขึ้น						

ตอนที่ 4 แบบวัดการมองโลกในแง่ดี

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1	ฉันคิดว่าฉันเป็นคนที่สามารถทำประโยชน์ต่อสังคมได้						
2	ฉันคิดว่าฉันสามารถทำงานทุกอย่างในความรับผิดชอบให้สำเร็จได้						
3	ฉันสามารถยอมรับความคิดเห็นของคนที่มีความคิดที่ขัดแย้งกับฉันได้						
4	ฉันคิดว่าฉันมีชีวิตที่ดีกว่าคนอื่นอีกหลายคน						
5	ฉันคิดว่าเวลาที่ผ่านไปทำให้คนมีประสบการณ์มากขึ้น						
6	ฉันคิดว่าความเจ็บป่วยสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน						
7	ฉันยอมรับความจริงและผลจากการกระทำของฉันทุกครั้ง						
8	ฉันยอมรับผลการรักษาของแพทย์แม้ว่าจะมีความเสี่ยง						
9	ฉันคิดว่าถ้าเจ็บป่วยก็มีโอกาสหายจากการเจ็บป่วยได้						
10	ฉันคิดว่าฉันยังมีโอกาสได้รับสิ่งดีๆ						
11	ฉันมองเหตุการณ์ร้ายๆ ที่เกิดขึ้นกับฉันจะสามารถคลี่คลายไปในทางที่ดีในวันใดวันหนึ่ง						
12	ฉันเชื่อว่าเวลาที่มีปัญหาเกิดขึ้นกับฉันฉันสามารถหาวิธีแก้ไขได้						

ตอนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1	ฉันสามารถควบคุมตนเองให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลหรือไขมันสูงได้						
2	ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่แออัด มีอากาศไม่บริสุทธิ์ได้						
3	ฉันสามารถสรรหาผักผลไม้รับประทานทุกวันเพื่อป้องกันท้องผูก						
4	ฉันสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มได้						
5	เมื่อเกิดเรื่องไม่สบายใจ ฉันสามารถผ่อนคลายความตึงเครียดนั้นได้ด้วยตนเอง						
6	ฉันออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยของตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ						
7	ฉันสามารถแก้ไขความรู้สึกหดหู่ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายของตนเองได้						
8	เมื่อโกรธหรือไม่พอใจ ฉันสามารถควบคุมอารมณ์โกรธไว้ได้เป็นอย่างดี						
9	ฉันกลัวที่จะสอบถามข้อมูลการดูแลรักษาสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์						
10	ฉันไม่แน่ใจว่าฉันจะสังเกตอาการของความผิดปกติในตัวฉันได้อย่างถูกต้อง						
11	ฉันสามารถจัดสรรเวลาไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีได้ตามกำหนด						

ตอนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1	ฉันมั่นใจว่าการหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ช่วยป้องกันโรคไขมันอุดตันได้						
2	ฉันมั่นใจว่าการกินอาหารครบ 5 หมู่ทำให้ร่างกายแข็งแรง						
3	ฉันเชื่อมั่นว่าการล้างมือก่อนกินอาหารช่วยป้องกันโรคติดต่อได้						
4	ฉันเชื่อมั่นว่าแม้จะอยู่ในวัยสูงอายุก็ควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเพราะทำให้ร่างกายแข็งแรง						
5	ฉันเชื่อมั่นว่าการงดดื่มสุรา ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง						
6	ฉันเชื่อมั่นว่าการตรวจสุขภาพช่วยให้ทราบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและรักษาได้ทัน						
7	ฉันเชื่อมั่นว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด มีผลดีต่อตนเอง						

ตอนที่ 7 แบบวัดการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1	ฉันไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระหว่างรอรับการตรวจรักษา						
2	ฉันได้รับการบริการจากโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างล่าช้า						
3	ฉันได้รับสวัสดิการสังคมในการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วน						
4	โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคต่างๆ หรือเรื่องการดูแลตนเองแก่ฉัน						
5	แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยยิ้มแย้มแจ่มใส กิริยาสุภาพ เมื่อฉันมารับการตรวจรักษา						

ตอนที่ 8 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1	คนในครอบครัวดูแลรับ-ส่งฉัน เมื่อต้องไปพบแพทย์หรือรับบริการด้านสุขภาพ						
2	คนในครอบครัวจัดห้องนอนให้ฉันได้อย่างเหมาะสม						
3	คนในครอบครัวจัดหาเสื้อผ้า ของใช้มาให้ฉันได้อย่างพอเพียง						
4	คนในครอบครัวดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมให้ฉัน						
5	คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายแบบใหม่ๆ ที่เหมาะสมให้แก่ฉัน						
6	คนในครอบครัวช่วยฉันสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย						
7	คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องวิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ฉัน						
8	คนในครอบครัวนำคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล มาแจ้งแก่ฉัน						
9	เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพฉันสามารถขอคำปรึกษาจากคนในครอบครัวได้						
10	คนในครอบครัวคอยให้กำลังใจ เมื่อฉันหงุดหงิดหรือเครียดจนเกินไป						
11	คนในครอบครัวคอยเตือนฉันให้ไปพบแพทย์ หากฉันพบความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย						
12	คนในครอบครัวคอยติดตามว่าฉันไปตรวจสุขภาพประจำปีตามที่แพทย์นัดไว้หรือยัง						
13	คนในครอบครัวคอยเตือนเมื่อฉันไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์						

ข้อ	คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
14	ฉันมีคนที่ไว้วางใจ ให้คำปรึกษา และพูดคุยปัญหาได้ทุกเรื่อง						
15	เมื่อฉันเจ็บป่วย หรือมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันมักได้รับความรัก ความห่วงใย จากคนในครอบครัว						

ภาคผนวก ง
ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัย

ตาราง 25 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 16 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.55
2	.27
3	.45
4	.36
5	.20
6	.50
7	.47
8	.49
9	.58
10	.58
11	.68
12	.63
13	.64
14	.65
15	.67
16	.61

ค่าความเชื่อมั่น = .83

ตาราง 26 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความหวัง จำนวน 16 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.40
2	.32
3	.57
4	.62
5	.70
6	.59
7	.49
8	.61
9	.56
10	.54
11	.64
12	.65
13	.59
14	.63
15	.57
16	.65

ค่าความเชื่อมั่น = .90

ตาราง 27 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการมองโลกในแง่ดี จำนวน 12 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.64
2	.69
3	.67
4	.55
5	.65
6	.23
7	.64
8	.54
9	.68
10	.72
11	.71
12	.61

ค่าความเชื่อมั่น = .89

ตาราง 28 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตน จำนวน 11 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.58
2	.64
3	.68
4	.62
5	.68
6	.63
7	.68
8	.61
9	.65
10	.63
11	.62

ค่าความเชื่อมั่น = .88

ตาราง 29 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง จำนวน 7 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.61
2	.67
3	.57
4	.54
5	.32
6	.62
7	.54

ค่าความเชื่อมั่น = .80

ตาราง 30 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการบริการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.56
2	.58
3	.52
4	.51
5	.59

ค่าความเชื่อมั่น = .74

ตาราง 31 ค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	.67
2	.77
3	.75
4	.74
5	.71
6	.78
7	.79
8	.72
9	.78
10	.76
11	.76
12	.76
13	.77
14	.57
15	.64

ค่าความเชื่อมั่น = .95

ภาคผนวก จ
ใบรับรองจริยธรรม

MF4Version1:15/7/2556

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC- 083/60E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: ปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวณหทัย ไกรสรสวัสดิ์

สังกัด: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1. แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 1 ส.ค. 2560
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 1 ส.ค. 2560
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 1 ส.ค. 2560
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 1 ส.ค. 2560

(ลงชื่อ).....

(นายปิยชาติ บุญเพิ่ญ)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E-083/2560

วันที่ให้การรับรอง : 08/08/2560

วันหมดอายุใบรับรอง : 08/08/2561

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวณหทัย ไกรสรสวัสดิ์
วัน เดือน ปี เกิด	25 มีนาคม 2534
สถานที่เกิด	จังหวัดอุบลราชธานี
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2556 สังคมวิทยาและมานุษยวิทยาบัณฑิต สาขาการวิจัยทางสังคม จาก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2562 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 1 ซอยชลประทาน-ท่าบ่อ 3 ถนนชลประทาน-ท่าบ่อ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000