



รายงานโครงการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

คณะผู้วิจัย

โสภนา สุตสมบูรณ์

อัญชลี เหมชะญาติ

ประยงค์ แก่นลา

สุดารัตน์ สุตสมบูรณ์

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2559

รายงานวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งการโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักสูตรการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

รายงานโครงการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

คณะผู้วิจัย

โสภนา สุดสมบูรณ์

อัญชลี เหมชะญาติ

ประยงค์ แก่นลา

สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2559

รายงานวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งการโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาหลักสูตรการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

บทคัดย่อ

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

โสภณา สดสมบุรณ์ อัญชลี เหมชะญาติ ประยงค์ แก่นลา และ สุดารัตน์ สดสมบุรณ์

E-mail : Sopana_s@windowslive.com

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) 2) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 3) ศึกษาสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) 4) ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และ 5) ศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทย จำนวน 400 คน กำหนดโดยใช้สูตรของ Taro Yamane โดยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ 387 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.75 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1) ความคิดและความรู้สึกละเลยต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก

2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก

3) การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก

4) สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก

5) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยรวมอยู่ในระดับมาก

6) ผลการเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

7) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามอายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

สารบัญเรื่อง

	หน้า
สารบัญเรื่อง	ข
สารบัญตาราง	จ
สารบัญภาพ	ฐ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
ความหมายและความสำคัญของผู้สูงอายุ.....	9
จิตวิทยาการเรียนรู้ของผู้ใหญ่.....	17
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ.....	19
นิยามสุขภาพของเพนเดอร์.....	25
ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง.....	28
การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ปฏิบัติตนด้านสุขภาพ.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	39
3 วิธีการดำเนินการวิจัย	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	40
เครื่องมือในการวิจัย	41
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	43
4 ผลการวิจัย.....	44
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	45

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

หน้า

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง.....	53
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง.....	55
การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อ ดูแลตนเอง.....	57
สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุตาม ทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Pender).....	59
ความรู้สึกลึกซึ้งที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง.....	65
ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริม สุขภาพของเพนเดอร์.....	73
ผลการเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูง อายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์.....	86
ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง.....	101
ปัญหาที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ.....	116
ความต้องการของผู้สูงอายุ.....	117
การปรับตัวและการวางตนของผู้สูงอายุ.....	118
การดูแลสุขภาพตนเองตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง.....	119
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	121
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	121
ขอบเขตการวิจัย	122
วิธีการดำเนินการวิจัย	123
สรุปผลการวิจัย	124
อภิปรายผลการวิจัย	134

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

หน้า

ข้อเสนอแนะ	137
ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้	137
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป	138
บรรณานุกรม	140

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเพศ45
4.2	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามอายุ.....45
4.3	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามสถานภาพสมรส46
4.4	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามความสามารถในการ อ่านและเขียนหนังสือ46
4.5	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามระดับการศึกษา47
4.6	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามสถานภาพการอยู่ร่วม กันกับผู้อื่น47
4.7	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย...48
4.8	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....48
4.9	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามแหล่งที่มาของรายได้.....49
4.10	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแล ตนเอง.....49
4.11	แสดงจำนวนและร้อยละของครูของโรงเรียนเอกชน จำแนกตามสุขภาพ/การเจ็บป่วย/ที่ต้อง ไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน.....50
4.12	แสดงจำนวนและร้อยละของครูของโรงเรียนเอกชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับ กิจกรรมของครอบครัว.....50
4.13	แสดงจำนวนและร้อยละของครูของโรงเรียนเอกชน จำแนกตามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับ กิจกรรมของชุมชน.....51
4.14	แสดงจำนวนและร้อยละของครูของโรงเรียนเอกชน จำแนกตามกิจกรรมการดูแลตนเองด้วย การออกกำลังกาย51
4.15	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามสภาพแวดล้อมของ ที่อยู่อาศัย.....52
4.16	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง.....53

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.17	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง.....	55
4.18	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง.....	57
4.19	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ในภาพรวม.....	59
4.20	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ.....	60
4.21	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล.....	61
4.22	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านการออกกำลังกาย.....	62
4.23	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านโภชนาการ.....	63
4.24	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านการจัดการความเครียด.....	64
4.25	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยภาพรวม.....	65
4.26	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านความพอประมาณ.....	65
4.27	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านการมีเหตุผล.....	67
4.28	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี.....	68
4.29	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านเงื่อนไขความรู้.....	70

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.30	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านเงื่อนไขคุณธรรม.....71
4.31	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรเพศ.....73
4.32	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรอายุ.....74
4.33	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสถานภาพสมรส.....74
4.34	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ.....75
4.35	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรระดับการศึกษา..... 76
4.36	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสภาพการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น.....77
4.37	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย.....77
4.38	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรรายได้ของผู้สูงอายุ.....78
4.39	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ.....79
4.40	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการเจ็บป่วย.....79
4.41	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรความถี่ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา.....81

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.42 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมครอบครัว.....	82
4.43 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมชุมชน.....	83
4.44 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย.....	84
4.45 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย.....	85
4.46 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรเพศ.....	86
4.47 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรอายุ.....	87
4.48 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสถานภาพสมรส.....	88
4.49 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ.....	89
4.50 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรระดับการศึกษา.....	90
4.51 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสภาพการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น.....	91

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.52 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย.....	92
4.53 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรรายได้ของผู้สูงอายุ.....	93
4.54 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ.....	94
4.55 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการเจ็บป่วย.....	95
4.56 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรความถี่ในการไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา.....	96
4.57 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมครอบครัว.....	97
4.58 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของชุมชน.....	98
4.59 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย.....	99
4.60 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย.....	100

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.61	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรเพศ.....	101
4.62	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรอายุ.....	102
4.63	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรสถานภาพสมรส.....	103
4.64	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ.....	104
4.65	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรระดับการศึกษา.....	105
4.66	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรสภาพการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น.....	106
4.67	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย.....	107
4.68	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรรายได้ของผู้สูงอายุ.....	108
4.69	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ.....	109
4.70	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หรือการเจ็บป่วย.....	110
4.71	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรความถี่ในการไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน ที่ผ่านมา.....	111
4.72	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรม ครอบครัว.....	112

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
4.73	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรการมีส่วนร่วมกับกิจกรรม ของชุมชน.....113
4.74	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย.....114
4.75	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย.....115

บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ตั้งแต่ปี พุทธศักราช 2552 เป็นต้นไป สังคมจะกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” เนื่องจากปริมาณและสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายและการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชากรทุกช่วงอายุ จากสถิติการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุและเป็นผลให้เกิดการคาดการณ์ว่าสังคมจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุนั้น โดยองค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544-2643 (2001-2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลกและมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน เป็นประเด็นท้าทายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจที่แต่ละประเทศจะต้องมีแผนรองรับ แนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มขึ้นยังเพิ่มขึ้นอีก โดยเฉพาะในพื้นที่ของประเทศในทวีปเอเชีย (United Nations, 2009) สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติสรุปว่าไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 (2005) โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในช่วงปี 2567-2568 (2024-2025) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ .2552) แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุจากรายงานของสหประชาชาติ (United Nations, 2009b) มีความสอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล (2554) ทำการสำรวจประชากรคาดประมาณ กลางปี พ.ศ. 2553 พบว่า ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 7.5 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 15 ล้านคนใน พ.ศ. 2563

จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมกิจการด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับชาติและนานาชาติ อาทิเช่น ปฏิญญามาเก๊า (Macao Action Plan 1999) ปฏิญญาบาร์เซโลนาว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว : การดูแลผู้สูงอายุ (กรมอาเซียน, กระทรวงต่างประเทศ.2010) กรอบแนวคิดในการพัฒนาภาวะพลัดพรกขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ตลอดจนนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกิดขึ้นในประเทศไทย อาทิเช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2557 (ฉบับชั่วคราว) (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2557) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) (คณะกรรมการส่งเสริมและการประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2545) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553 (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554) และปฏิญญาผู้สูงอายุไทย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์,

2542) ซึ่งนโยบายดังกล่าวข้างต้นได้นำมาซึ่งกระบวนการทัศนทางด้านความคิดเชิงบวกที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น สามารถที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุข โดยการพยายามให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในการถ่ายทอดประสบการณ์สู่ชนรุ่นหลังหรือชุมชน สังคม เพื่อที่จะได้นำไปใช้ประโยชน์ให้เกิดขึ้นต่อการพัฒนาประเทศต่อไป จากนั้นนโยบายและมาตรการต่างๆ เหล่านี้นำมาซึ่งยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสังคมด้านผู้สูงอายุ โดยการให้ความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ที่กำหนดไว้ว่า เป็นยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการ ได้แก่ 1) การส่งเสริมความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น 2) การส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ 4) การสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ 5) การส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ และ 6) การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย โดยมีดัชนีชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ คือ 1) ความคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้เป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2) สัดส่วนอายุคาดหวังที่ยังดูแลตนเองได้ต่ออายุคาดหวังเป้าหมายมีสัดส่วนไม่ลดลง และดัชนีคุณภาพภาวะประชากรสูงอายุ พิจารณาจากผลรวมของดัชนีรวมรายการมาตรการที่คัดเลือกจำนวน 12 ดัชนี เป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันสามารถแยกพิจารณาเป็นด้านต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้ 1) โครงสร้างของประชากร พบว่ามีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากความเจริญทางด้าน การแพทย์ เทคโนโลยี ตลอดจนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองมากขึ้น 2) อัตราการเป็นภาระ อัตราการเป็นภาระในวัยเด็กลดลง แต่กลับเพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุ 3) ความ ยืนยาวของชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยอายุขัยของเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 4) ลักษณะทางประชากร มี ผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย และหญิงมีสถานะโสด หม้าย แยกกันอยู่มากกว่าผู้ชาย การศึกษาผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่เคยเรียนหนังสือถ้ามีการเรียนหนังสือก็จะเป็นระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเพศหญิงก็ ยังคงมีสัดส่วนที่มากกว่า 5) ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม พบว่า กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปีมีงาน ทำมากกว่ากลุ่ม 70 ปีขึ้นไป เพศชายทำงานต่อสัปดาห์มากกว่าเพศหญิง แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ จากบุตรและการทำงานเอง ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพโดยเกิดขึ้นในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง 6) ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เพศชายมีสุขภาพดีกว่าเพศหญิง 7) การ เกื้อหนุนส่วนใหญ่จะเป็นบุตร ในส่วนของรัฐบาลจะได้รับการเกื้อหนุนในรูปแบบของค่ารักษาพยาบาล การลดหย่อนต่างๆ เช่น ค่าโดยสาร ภาษี การจัดให้มีสถานสงเคราะห์ และมีเงินใช้ประจำเดือน จาก สถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าถึงแม้ส่วนใหญ่จะเป็นไปในทิศทางที่ดี ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุจะไม่เป็นตัว ถ่วงในการพัฒนาประเทศแต่อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นที่มีความจำเป็นจะต้องพัฒนาหรือส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุสามารถอยู่ได้ในสังคมนี้อย่างมีคุณค่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและเป็นปัจจัยส่งเสริมในการ

พัฒนาประเทศ ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ด้วยตนเองถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด ซึ่งได้มีนักศึกษา นักวิชาการและนักวิจัยได้พยายามทำวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมและแนวทางในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมากมาย แต่ก็ยังไม่มีมติหรือข้อสรุปสุดท้ายว่าวิธีการหรือแนวทางใดที่เหมาะสมและดีที่สุด ดังนั้นในปัจจุบันผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้ได้โดยไม่ต้องเป็นภาระของญาติพี่น้องและผู้อื่น ซึ่งถือได้ว่ามีความพยายามที่จะช่วยประเทศชาติพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (ผู้สูงอายุ) ให้เป็นบุคลากรที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไปในอนาคต การดูแลผู้สูงอายุแบ่งตามภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ประเด็น คือ สุขภาพดี มีโรคหรือร้งและห่อมงบอบบาง หากแบ่งตามเกณฑ์การพึ่งพา คือ ไม่ต้องมีการพึ่งพาเลย พึ่งพาบางส่วนและต้องพึ่งพา ซึ่งนโยบายต้องนำไปสู่เป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี สามารถค้นพบโรคและการให้รักษาที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี โดยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง (Self care & self wisdom) ซึ่งมีมิติของการดูแลผู้สูงอายุ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (สิรินทร ฉันทสิริกาญจน.2552:25) ผลกระทบในทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการเตรียมความพร้อมในการอยู่ตามลำพัง ซึ่งจากข้อมูลทางวิชาการในรูปแบบต่างๆ สามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะนำมาสู่หลักในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งมีแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุดังต่อไปนี้ 1) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งศักยภาพและความภาคภูมิใจแห่งตน และควรประเมินสภาวะของผู้สูงอายุ และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม 2) ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้ไร้ประโยชน์ สูญเสียลักษณะเฉพาะตัวและมีคุณค่า และ 3) ตระหนักในความแตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละคน ใช้กิจกรรมที่เหมาะสมโดยให้การดูแลฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในภาวะเจ็บป่วยและส่งเสริมให้มีสุขภาพดี ด้วยเหตุนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดี ได้มีสุขภาพแข็งแรงยืดเวลาเกิดการเจ็บป่วยและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้หายหรือทุเลาขึ้น ลดความพิการหรือทุพพลภาพ

การศึกษาค้นคว้าหาวิธีการที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุดสำหรับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุยังไม่มีข้อสรุป แต่อย่างไรก็ตามแนวทางการแก้ไขปัญหาหลากหลายในประเทศไทยปัจจุบันได้เริ่มนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้ถูกนำมาใช้รวมถึงเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของคนไทยโดยได้บัญญัติไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 มาจนถึงฉบับปัจจุบัน ซึ่งได้มีแนวทางปฏิบัติเป็นเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบสุขภาพพอเพียง ประกอบด้วย 1) ยึดทางสายกลาง 2) มีความสมดุลพอดี 3) รู้จักพอประมาณ 4) มีเหตุผล 5) มีระบบภูมิป้องกัน 6) รู้เท่าทันโลก และ 7) มีคุณธรรมและจริยธรรม จากการนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้จึงทำให้เกิดหลักการที่ว่า “สุขภาพดีเป็นผลมาจากสังคมดี” ซึ่งอยู่ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และสำหรับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “ประชาชนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียงเป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ” โดยได้ให้ความหมายของคำว่า “ระบบสุขภาพพอเพียง” คือ กระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ไปสู่การมีสุขภาวะทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคมและปัญญา โดยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

มาตรฐาน เข้มแข็ง เพียงพอ และเข้าถึงได้สะดวก ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชนบนต้นทุนที่เหมาะสม ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2002) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ตลอดจนพฤติกรรมที่ได้ โดยมีแนวคิดหลักอยู่ทั้งสิ้น 7 ประเด็น ได้แก่ 1) การเห็นความสำคัญของสุขภาพ 2) การรับรู้สุขภาพสามารถควบคุมได้ 3) การรับรู้ความสามารถของตน 4) การรับรู้สภาวะสุขภาพ 5) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม และ 6) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม จากแนวคิดของทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ให้ความสำคัญกับลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล จะมีความสอดคล้องกับคำว่า “หลักสูตร” ซึ่งหมายถึง ประสบการณ์การเรียนรู้ทั้งหมดที่ผู้รับผิดชอบจัดให้กับผู้เรียนซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะครอบคลุม ตั้งแต่ประสบการณ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง อันได้แก่ประสบการณ์เรียนรู้ที่กำหนดไว้ในจุดหมายของหลักสูตร ประสบการณ์ ในขั้นตอนดำเนินการ อันได้แก่ ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้รับจากเนื้อหาวิชา และการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ตลอดจนประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นผลของการจัดการ เรียนการสอนอันได้แก่ประสบการณ์ที่ผู้เรียนได้รับไปแล้ว และจะนำไปใช้ต่อไปโดยสรุปผล ที่ได้จากแบบประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และการประเมินหลักสูตร (นิรมล ศตวุฒิ, 2543 : 87) หลักสูตรสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เป็นการจัดการเรียนรู้ที่มีความแตกต่างด้านเป้าหมาย การจัดการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนการสอน รวมทั้งการบริหารจัดการต่างๆ ที่ให้เป็นไปตามจุดเน้นหรือศักยภาพและความต้องการที่แตกต่างกันของผู้เรียน การศึกษาจะต้องจัดให้เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพความต้องการ และความจำเป็น เพื่อให้ผู้เรียนมีความสุขและเกิดการเรียนรู้เต็มตามศักยภาพ

จากสถานการณ์และผลกระทบบางประการที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในปัจจุบัน รวมถึงแนวคิดทฤษฎี หลักการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามนิยามสุขภาพของเพนเดอร์ที่นิยามว่า “สุขภาพหมายถึงความต้องการสูงสุดของมนุษย์และต้องใช้ความพยายามในการสร้างพฤติกรรมที่มีความสามารถดูแลตนเองและสัมพันธภาพที่น่าพึงพอใจกับบุคคลอื่นขณะที่มีการปรับตัว เพื่อให้การคงอยู่ของโครงสร้างและความกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์” ความสำคัญของการเรียนรู้ผ่านกระบวนการจัดทำหลักสูตรและการสนับสนุนให้น่าหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้อย่างกว้างขวาง ประกอบกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่น่าสนใจหลักการ แนวคิดของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาบูรณาการกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาเป็นหลักสูตรในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้

- 2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)
- 2.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
- 2.3 เพื่อศึกษาสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)
- 2.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
- 2.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

3. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขอบเขตวิจัยดังต่อไปนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผู้วิจัยได้กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุ) ในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 10,014,705 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2557 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร)

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยจำนวน 400 คน กำหนดโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ดังรายละเอียดล่างข้าง

$$\begin{aligned} \text{สูตร } n &= \frac{N}{1 + N(e)^2} \\ n &= \frac{10,014,705}{1 + 10,014,705(0.05)^2} \\ n &= \frac{10,014,705}{1 + 10,014,705(0.0025)} \\ &= 400 \text{ คน} \end{aligned}$$

n แทน จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนของประชากร

e^2 แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

3.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยได้แนวคิดและทฤษฎีดังต่อไปนี้

3.2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Penders) ประกอบด้วย 1) การรับรู้ประโยชน์จากการได้ปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 2) การรับรู้อุปสรรคในปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

3.2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านโภชนาการ และ 5) ด้านการจัดการความเครียด

3.2.3 ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ด้านความพอประมาณ 2) ด้านการมีเหตุผล 3) ด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี 4) ด้านเงื่อนไขความรู้ และ 5) ด้านเงื่อนไขคุณธรรม

3.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ

3.4 ขอบเขตด้านเวลา

มีระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยทั้งสิ้น 3 เดือน (เริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2559 – สิงหาคม 2559)

4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

4.2 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) และตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

4.3 ผู้สูงอายุมีวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4.4 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้รับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไปซึ่งสามารถจัดทำได้ทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

การดูแลตนเอง หมายถึง การดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Pender)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

ทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Pender) หมายถึง ทฤษฎีที่มุ่งให้ความสำคัญกับการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้การดูแลตนเองโดยแบ่งเป็น 1) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง 2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง 3) การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนสุขภาพและประเมินพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุมีต่อบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้ระบบสนับสนุนทางสังคม

ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายโดยเน้นพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ร่างกายมีสภาพพร้อมที่จะใช้ในการดำเนินชีวิต

ด้านโภชนาการ หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารว่ามีความเหมาะสมและถูกต้องตามหลักโภชนาการของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ด้านการจัดการความเครียด หมายถึง พฤติกรรมที่ใช้ในการประเมินความเครียดในวิถีชีวิตที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง หมายถึง การดูแลสุขภาพด้วยตนเองซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ห่วง 2 เงื่อนไข ได้แก่ ด้านความพอประมาณ ด้านการมีเหตุผล ด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี ด้านเงื่อนไขความรู้ และด้านเงื่อนไขคุณธรรม

ด้านความพอประมาณ หมายถึง ความพอดี ที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไปโดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ

ด้านการมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงในการดูแลสุขภาพของตนเอง จะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ อย่างรอบคอบ

ด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนวัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล

ด้านเงื่อนไขความรู้ หมายถึง ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การจัดการความเครียด และการดูแลสุขภาพโดยรวมอย่างรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกันเพื่อประกอบการวางแผน และความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ

ด้านเงื่อนไขคุณธรรม หมายถึง มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต และมีความอดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดูแลสุขภาพและการดำเนินชีวิต

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง “พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางและกรอบแนวคิดในการดำเนินการศึกษาวิจัย โดยแบ่งออกเป็นหัวข้อ ดังนี้

- 1) ความหมายและความสำคัญของผู้สูงอายุ
- 2) จิตวิทยาการเรียนรู้ของผู้ใหญ่
- 3) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ
- 4) นิยามสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)
- 5) ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
- 6) การประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทางด้านสุขภาพ
- 7) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 8) กรอบแนวคิดในการวิจัย

1) ความหมายและความสำคัญของผู้สูงอายุ

1.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2557) ผู้สูงอายุเป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุข จึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งรัฐบาลไทย และทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายาม และมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจ และพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น

ผู้สูงอายุ หรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่า มีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือ ทั่วไป เรียกว่า คนแก่ หรือ คนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชรา และ ให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้น ยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า ราษฎรอาวุโส (Senior citizen) ส่วน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person or elderly person แต่เท่าที่ผู้เขียนอ่านจากเอกสารต่างๆ ของจากทั้ง องค์การอนามัยโลก และองค์การสหประชาชาติ มักใช้คำว่า Older person มากกว่า Elderly person

องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป (60+) โดยเป็นการนิยาม นับตั้ง แต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่า ประเทศต่างๆทั่วโลกมีการนิยาม ผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้ว มักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศ อาจนิยามผู้สูงอายุ ตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูง อายุ อยู่ในช่วง 55-75 ปี

สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายความว่า บุคคลซึ่ง มีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ส่วนคำว่า “สังคมผู้สูงอายุ” องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ระดับ สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับ Super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทย และรวมทั้งประเทศต่างๆทั่วโลก ใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ ดังนี้

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่า 10% ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ

สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ 60+ปี เพิ่มขึ้นเป็น 20% หรือ ประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 14% ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ

Super-aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ อย่างไรก็ตาม ทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในช่วงเวลาแตกต่างกันตามความเจริญมั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชาชน

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2552) จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552 สรุปได้ว่า

การเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมสูงวัยสามารถที่จะพิจารณาได้อย่างคร่าวๆ จากการที่สังคมนั้นมีประชากรสูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ในประชากรทุกๆ 10 คนจะเป็นผู้สูงอายุ 1 คน

รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ฤๅประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีถึงประมาณ 7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรทั้งประเทศที่มีอยู่ประมาณ 65.6 ล้าน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ๒๕๕1) ข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นชัดว่าสังคมไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว แม้ว่าสัดส่วนประชากรสูงอายุของประเทศไทยยังไม่มากเท่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งในปัจจุบันมีถึงประมาณ 1 ใน 4 หรือ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด แต่การเปลี่ยนเป็นประชากรสูงวัยของประเทศไทยนั้นเกิดขึ้นในระยะเวลาที่สั้นกว่ามาก กล่าวคือการเพิ่มของประชากร อายุ 65 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ใช้เวลาเพียงประมาณ 22 ปี ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา หรือประเทศในยุโรป ใช้เวลากว่าครึ่งศตวรรษหรือเป็นศตวรรษ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ ย่อมหมายความว่าประเทศไทยจะมีเวลาสั้นมากที่จะเตรียมการ ทั้งในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนการเตรียมการในด้านสวัสดิการ การบริการ และการสร้างหลักประกันต่างๆ เพื่อรองรับประชากรสูงอายุ

Knodel and Chayovan (2008) คาดกันว่าภายใน 15-20 ปีข้างหน้า จำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มกว่าเท่าตัวของจำนวนประชากรสูงอายุในปัจจุบัน และสัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มเป็น เกือบ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด และในช่วงเดียวกันนั้นคาดว่าจำนวนประชากรสูงอายุจะเริ่มมีมากกว่าจำนวนประชากรวัยเด็ก

นอกจากนี้ ปราโมทย์ ประสาทกุล (2552) ทั้งแนวโน้มการลดลงของประชากรวัยแรงงานที่จะเป็นกำลังในฐานะผู้ผลิต ผู้สร้างรายได้หรือผู้จ่ายภาษี รวมทั้งผู้ให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุก็ลดลงเป็นลำดับเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากอัตราส่วนศักยภาพเกื้อหนุน กล่าวคือ ลดจากจำนวนประชากรวัยแรงงานประมาณ 10 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งใกล้เคียงกับช่วงแรกของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 เหลือเพียงประมาณ 6 คน ในปี พ.ศ. 2563 หรือในช่วงปลายของแผนผู้สูงอายุฯ (Knodel and Chayovan 2008) ยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มประชากรที่เคยเกิดมามากกว่า 1 ล้านคนต่อปี ซึ่งอยู่ในช่วงอายุประมาณ 26-46 ปี ในปี พ.ศ.2522 ก็จะมีทยอยเข้าสู่วัยสูงอายุในช่วง 14-15 ปี ข้างหน้า หรือในช่วงสิ้นสุดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 จะกลายเป็นเสมือนคลื่นสึนามิลูกใหญ่ ที่กำลังถาโถมเข้ามาสู่สังคมไทย

การที่จะปรับเปลี่ยนนโยบายหรือแนวทางดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสม จำเป็นต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบ หรือลักษณะต่างๆ ของประชากรสูงอายุ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ควบคู่ไปกับแนวโน้มด้านปริมาณด้วย ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีลักษณะแตกต่างกัน มีศักยภาพ ความต้องการ และปัญหาที่แตกต่างกัน

Knodel and Chayovan (2008) องค์ประกอบด้านอายุและเพศ แนวโน้มที่เห็นได้เด่นชัดประการหนึ่ง ในช่วงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 คือการสูงอายุขึ้นของประชากรสูงอายุ ซึ่งสะท้อนจากสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากหรือเป็นผู้สูงอายุในวัยปลาย (อายุ 70-78 ปี) อย่างชัดเจน จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยล่าสุดคาดว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลาย

หรืออายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มจากร้อยละ 9.8 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ในปี พ.ศ.2543 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ. 2568 ลักษณะที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ แนวโน้มของการที่สัดส่วนของเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน หรือเรียกว่า ผู้สูงอายุเป็นเรื่องของผู้หญิง (feminization of the elderly) สาเหตุที่ทำให้สัดส่วนของประชากรเพศหญิงมีสูงกว่าประชากรเพศชายในวัยสูงอายุเนื่องจากอัตราการตายของประชากรเพศหญิงที่ต่ำกว่าเพศชาย Knodel and Chayovan (2008) ได้นำข้อมูลการคาดประมาณประชากรภายใต้ข้อสมมติฐานภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลางขององค์กรสหประชาชาติ มาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนของประชากรเพศหญิง จะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 55 ในปี พ.ศ.2543 เป็นประมาณร้อยละ 59 ในปี พ.ศ.2593 และเป็นที่น่าสังเกตว่าสัดส่วนของประชากรเพศหญิงจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ที่เห็นได้ชัดคือ ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) สัดส่วนของประชากรหญิงจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 64 เป็นประมาณร้อยละ 71 ในปี พ.ศ.2593

การศึกษาของผู้สูงอายุ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า

วิพรรณ ประจวบเหมาะ (2552) ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันนี้ มีการศึกษาน้อยกว่าประชากรในกลุ่มอายุอื่นอย่างชัดเจน ในปี พ.ศ.2550 พบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรสูงอายุไม่รู้หนังสือ และหญิงสูงอายุมีสัดส่วนที่รู้หนังสือสูงกว่าเพศชายอย่างชัดเจน และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาเพียงแค่ระดับประถมศึกษา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2551) การศึกษาที่มีจำกัดนี้จะจำกัดโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรและบริการต่างๆ รวมทั้งจำกัดโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุ เนื่องจากทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมก่อให้เกิดความต้องการแรงงานที่มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น รวมทั้งต้องสามารถใช้เทคโนโลยีมาประกอบในกระบวนการทำงานด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในอนาคตจะมีสัดส่วนที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือสูงกว่าเพิ่มขึ้นกว่าผู้สูงอายุในปัจจุบัน กล่าวคือ ในเพศชายจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 6 ในปี พ.ศ.2548 เป็นประมาณร้อยละ 18 ในปี พ.ศ.2573 และในเพศหญิงจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 2 ในปี พ.ศ.2548 เป็นประมาณร้อยละ 14 ในปี พ.ศ.2573 (Knodel and Chayovan 2008) การที่ผู้สูงอายุในอนาคตมีแนวโน้มที่จะได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นกว่าในปัจจุบัน น่าจะส่งผลต่อการคิดวิเคราะห์ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความต้องการด้านต่างๆ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านภาวะความเป็นอยู่ ภาวะสุขภาพ และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รัฐต้องเตรียมพร้อมในการรองรับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดีขึ้น โดยเฉพาะความต้องการทำงานหรือสวัสดิการที่มีคุณภาพของผู้สูงอายุ การกำหนดนโยบาย แผนการบริการและสวัสดิการต่างๆ จึงต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับคุณลักษณะด้านการศึกษาของผู้สูงอายุในรุ่นต่อไปด้วย

จำนวนบุตรที่มีชีวิต ในสังคมแบบประเพณีรวมทั้งสังคมไทย บุตรนับเป็นหลักประกันยามชราภาพและบิดามารดาส่วนใหญ่ยังคงคาดหวังการได้รับการดูแลเกื้อหนุนจากบุตรเมื่อยามสูงอายุเท่าที่ผ่านมาบุตรเป็นแหล่งสำคัญที่ให้การดูแลเกื้อหนุนบิดามารดาสูงอายุในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ

สังคมและทางจิตใจ ผลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ ในปี พ.ศ.2550 พบว่าบุตรเป็นแหล่งรายได้หลักของบิดามารดาสูงอายุ กล่าวคือร้อยละ 87 ของผู้สูงอายุ ยังคงได้รับการเกื้อหนุนทางการเงินจากบุตรและร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุ มีบุตรเป็นแหล่งรายได้หลัก

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจและสังคมในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้มีการตั้งข้อสังเกตว่า สถาบันครอบครัวของไทยอ่อนแอลง การคาดหวังให้บุตรหรือครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่ให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุอาจเป็นไปได้ยากขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งว่าจำนวนบุตรของผู้สูงอายุในแต่ละรุ่นปีเกิด (Cohort) ได้ลดลงเป็นลำดับ กล่าวคือ ในปี พ.ศ.2550 จำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีประมาณ 4-5 คน ขณะที่ผู้ที่มีอายุ 50-45 ปี มีจำนวนบุตรเฉลี่ยที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 2-3 คน จำนวนบุตรที่น้อยลงของผู้สูงอายุในอนาคตน่าจะมีผลต่อการมีบุตรที่จะดูแลบิดามารดาสูงอายุ ผลการศึกษาของ Knodel และ Chayovan (2008) พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเดียวกันกับบุตรได้ลดลงในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา แนวโน้มดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากการมีบุตรจำนวนน้อยลง การย้ายถิ่นของบุตรอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งของการเกิดแนวโน้มดังกล่าว นอกจากนี้การย้ายถิ่นของบุตรหรือประชากรในวัยแรงงานและการสูญเสียบุตรจากการตายเพราะโรคเอดส์ ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนต้องอาศัยอยู่กับหลานแต่เพียงลำพัง พบว่า สัดส่วนการอยู่อาศัยแบบข้ามรุ่นหรือปู่ย่าตายายอยู่กับหลานเพียงลำพัง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.5 ในปี พ.ศ.2537 เป็นร้อยละ 14.3 ในปี พ.ศ. 2550 และมีผู้สูงอายุในสัดส่วนที่ไม่น้อยที่ยังต้องให้การดูแลเกื้อหนุนแก่หลานที่ยังเล็กที่บุตรนำมาฝากไว้

การทำงาน รายได้ และสถานภาพทางเศรษฐกิจ การทำงานเป็นแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุรองจากบุตรผลการสำรวจภาวะการทำงาน พ.ศ.2545-2550 และการสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2550 พบว่า มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ทำงานในช่วงสัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 32 ในปี พ.ศ.2545 เป็นร้อยละ 35 ในปี พ.ศ.2550 โดยสัดส่วนของผู้ที่ทำงานลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นและเพศชายมีแนวโน้มที่จะทำงานมากกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทมีสัดส่วนที่ทำงานสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง และผู้สูงอายุที่ทำงานมักทำงานในภาคการเกษตรหรือนอกกระบบโดยส่วนใหญ่มีสถานภาพการทำงานเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง (ประมาณร้อยละ 63) อันดับถัดมาเป็นการช่วยธุรกิจครัวเรือนโดยไม่มีรายได้ (ประมาณร้อยละ 17)

ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี และประมาณร้อยละ 15 มีรายได้มากกว่า 100,000 บาทต่อปี และกว่า 1 ใน 5 รายงานว่า มีรายได้ไม่เพียงพอ อีกกว่า 1 ใน 4 ไม่พอใจในสถานะทางการเงิน ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีรายได้สูงกว่า มีสัดส่วนที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่ำกว่าและไม่พอใจในสถานะทางการเงินต่ำกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท การที่ผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำ ส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน และแหล่งรายได้หลักมักมาจากบุตร

การออมและทรัพย์สินน่าจะเป็นเครื่องชี้สถานะทางเศรษฐกิจในยามสูงอายุ หากมีการออมไว้ล่วงหน้าก็จะมีส่วนช่วยบรรเทาปัญหาการขาดรายได้เนื่องจากการหยุดทำงานเมื่อยามสูงวัย ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ.2550 ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยประมาณร้อยละ 69 มีการออมหรือสะสมทรัพย์สินหรือการออมมากกว่า 1 ล้านบาท มีเพียงร้อยละ 6

การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน มีรายได้ต่ำ และมีทรัพย์สินหรือเงินที่ออมไม่มาก และไม่มีหลักประกันรายได้ยามชราภาพ ทำให้ผู้สูงอายุไทยตกอยู่ในภาวะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดีหรือยากจน

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2549) ภาวะสุขภาพ สุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการอยู่ดีมีสุขของประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่มีคุณภาพ นอกจากจะมีปัญหาทางการเงินแล้ว ต้องมีทั้งสุขภาพกายและใจที่ดี อย่างไรก็ตามสำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาต่างชี้ให้เห็นว่า การที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น ในด้านสุขภาพกาย ประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และกลับต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล 2542) รายงานโครงการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของประเทศไทย พ.ศ.2549 แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังหรือกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคข้อและกระดูก กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มโรคทางเดินหายใจ

นอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ในช่วง 5 ปีแรก(พ.ศ. 2545-2549) พบว่า ประมาณร้อยละ 3.8 ของผู้สูงอายุ อยู่ในภาวะทุพพลภาพหรือออกจากบ้านไม่ได้ และร้อยละ 18.5 หรือเกือบ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดผู้ดูแล และมีเพียงร้อยละ 28.9 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการช่วยเหลือหรือบริการจากชุมชนในระยะเวลา 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ และเมื่อพิจารณาตามภาคพบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีเพียงร้อยละ 1.9 ที่เคยได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพทุพพลภาพและขาดผู้ดูแลหรือขาดการช่วยเหลือจากชุมชนจึงเป็นกลุ่มเปราะบางที่น่าห่วงใยเป็นอย่างมาก

การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ. 2545-2549) ให้ผลที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวคือพบว่าโดยรวมแม้ผู้สูงอายุจะมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แต่จำนวนปีที่ต้องพึ่งพา หรือมีปัญหาด้านสุขภาพจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้กลับเพิ่มสูงขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนปีที่จะมีชีวิตอยู่อย่างพึ่งพาของประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ระหว่างปี พ.ศ.2545-2550 เพิ่มขึ้นจาก 0.5 ปี เป็น 0.6 ปี ในเพศชาย และจาก 0.9 ปี เป็น 1.1 ปี ในเพศหญิง สะท้อนให้เห็นว่าการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นนั้น ไม่ได้หมายความว่าสุขภาพผู้สูงอายุจะดีขึ้น แต่ในบางช่วงของชีวิตกลับต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ช่วยตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางกาย การบาดเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ภาวะพหุผลกระทบ รวมทั้งการลดหรือสูญเสียบทบาททางเศรษฐกิจและสังคม อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวปรับใจได้ทัน และอาจนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กรมสุขภาพจิต (2552) ได้สรุปไว้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรควิตกกังวลและเครียด โรคจิต สมองเสื่อม ซึมเศร้า และการติดสารเสพติด

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) จากการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย ปี พ.ศ.2551 พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตตามแบบการประเมินของกรมสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสุขภาพจิตคนทั่วไป (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน) ถึงร้อยละ 21.43 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรวัยอื่นเช่นกันเมื่อจำแนกตามเพศ เขตที่อยู่อาศัย และระดับการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุในเมืองมีสุขภาพจิตที่สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติตามหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอื่น

ปัจจุบัน ประชากรโลกรวมทั้งในประเทศไทย มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามลำดับ ซึ่งสาเหตุน่าจะมาจาก 3 สาเหตุสำคัญ ได้แก่ อัตราเจริญพันธุ์ หรืออัตราเกิด อัตราเสียชีวิต หรืออัตราราย และอายุขัยของประชากร สาเหตุจากอัตราเกิดของประชากรลดลง โดยอัตราเกิด หรือ อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total fertility rate หมายถึง เฉลี่ยแล้ว หนึ่งครอบครัวโดยรวมมีลูกกี่คน) ของประชากรโลก ลดจาก 4.7 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2513-2518 เป็น 2.6 คนในช่วง 2548-2553 ส่วนของประเทศไทย ลดจาก 6.3 คน ในช่วงปี 2507-2508 เป็น 1.53 คน ในช่วงปี 2553-2558 เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติ ได้ลงมติให้มีวันผู้สูงอายุสากล หรือวันผู้สูงอายุโลก (International day of older person) เมื่อ 14 ธันวาคม ค.ศ. 1990 โดยกำหนดให้ตรงกับวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี และเริ่มทั่วโลกเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1991 นอกจากนั้นยังได้จัดให้ปี ค.ศ. 1999 เป็นปีผู้สูงอายุสากล (International year of older persons)

ในประเทศไทย เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้น เมื่อ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2525 ในสมัย พล.เอก เปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้อนุมัติกำหนดให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ ทั้งนี้เพราะความสำคัญของวันสงกรานต์สื่อความหมายตรงกับความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยเริ่มครั้งแรกในปี พ.ศ. 2526 และมีดอกลำดวน (Lamdan, White cheesewood, Devil tree มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Melodorum fruticosum Lour และชื่อวงศ์ว่า Annonaceae) เป็นดอกไม้สัญลักษณ์ของผู้สูงอายุ เนื่องจากลำดวน เป็นไม้ยืนต้นที่มีอายุยืน ให้ความร่มเย็น ให้ร่มเงาดี มีใบเขียวตลอดปี ดอกมีกลิ่นหอม กลีบดอกแข็ง ไม่ร่วงง่าย และยังใช้เป็นสมุนไพรไทยมีสรรพคุณบำรุงหัวใจ ซึ่งทั้งหมดเปรียบเหมือนกับผู้สูงอายุ ที่คงคุณธรรมความดีงามไว้เป็นตัวอย่างต่อบุตรหลานตลอดไป

การศึกษาถึงความเจริญ ความเสื่อม หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เรียกว่า พัฒนาการนั้น มีความสำคัญมาก และเป็นพื้นฐานต่อไปในการศึกษาถึงความเจริญและความเสื่อมทางความคิดด้วย สำหรับช่วงชีวิตที่เรียกว่า “ผู้ใหญ่” เป็นช่วงชีวิตที่ถือว่ามีความสำคัญซับซ้อนและยาวนานมาก มีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้น ซึ่งต้องการการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อให้เห็นได้ชัดขึ้น ในการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จึงแบ่งวัยผู้ใหญ่ออกเป็น 3 ระยะอย่างคร่าว ๆ โดยพิจารณาจากบทบาทภารกิจเชิงพัฒนาการตามที่สังคมยอมรับ ตามแนวของ Havighurst ดังนี้คือ

1. วัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยฉกรรจ์ (Early Adulthood) อายุ 18 – 35 ปี
2. วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (Middle Adulthood) อายุ 35 – 60 ปี
3. วัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยชรา (Late Adulthood) อายุ 60 ปีขึ้นไป

วัยชราหรือวัยผู้สูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ เริ่มประมาณอายุ 60 ปีขึ้นไปจนถึงสิ้นชีวิต ทั้งนี้ความชราจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น มีอาการชราภาพเร็ว อายุสั้น หรืออายุยืน เป็นต้น วัยนี้จะมีร่างกายและจิตใจเสื่อมลงอย่างรวดเร็วแต่แนวโน้มของคนในปัจจุบันนี้ จะมีอายุยืนยาวกว่าสมัยก่อน เพราะวิทยาการต่าง ๆ โดยเฉพาะการแพทย์เจริญก้าวหน้ามาก ช่วยส่งเสริมป้องกันรักษาชีวิตมนุษย์ให้ยืนยาว เป็นที่น่าสังเกตว่า ในบรรดาคนชราทั่ว ๆ ไปมีจำนวนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แม้ว่าอัตราส่วนระหว่างเพศเมื่อเกิดนั้นจะเป็นชายมากกว่าหญิง หรือถ้ามีทารกเกิดเป็นเพศหญิง 100 คน ก็จะมีเพศชาย 106 คน ชายมีจำนวนมากกว่าหญิงเช่นนี้เรื่อย ๆ ไปจนอายุ 30 ปี แต่เมื่ออายุมากขึ้นกว่านี้ ชายจะตายมากกว่าหญิง ดังนั้นผู้หญิงจึงมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางกายและประสาทสัมผัส ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของคนวัยชราจะเป็นไปในลักษณะเสื่อมโทรม ลักษณะที่เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความชราภาพที่เห็นได้ชัดที่สุดคือ

- ผิวหนังจะแห้งหยาบ
- ฟันในวัยชราจะร่อยหรอไปหมด
- ดวงตาจะฝ้าฟาง
- ผมจะบางและหงอก

ลักษณะทั่วไปของวัยชรา

1. วัยชราเป็นวัยแห่งการรำลึกถึงความหลัง และประเมินผลความสำเร็จหรือความล้มเหลวของชีวิต เนื่องจากช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต และภาระต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสังคมและบุคคลอื่นค่อย ๆ หดไป เวลาว่างส่วนใหญ่จึงนึกถึงเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งจะก่อให้เกิดความทุกข์และความสุข

2. วัยชราเป็นวัยแห่งความสุขสมหวัง สำหรับบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามภารกิจเชิงพัฒนาการที่ผ่านมาแต่ละวัย พอเข้าสู่วัยชรา ก็จะปรับตัวได้ง่าย คนชราจึงมีอิสระและความสุข

3. วัยชราเป็นวัยแห่งความทุกข์ ความสิ้นหวังและหดหู่ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดผ่านภารกิจเชิงพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่มาด้วยความยากลำบากหรือประสบความล้มเหลวจะ

ทำให้มีผลสืบเนื่องต่อไปเมื่อเข้าถึงวัยชรา ทำให้มีปัญหาและปรับตัวไม่ได้ ชีวิตในช่วงสุดท้ายก็จะมีความสุข

4. วัยชราเป็นวัยแห่งความเสื่อมโทรม ความสามารถทุกด้านน้อยลง มีแต่ความเจ็บไข้สุขภาพไม่ดี ลักษณะความเสื่อมโทรมของผู้ใหญ่วัยชรา สรุปเป็น 3 ด้านดังนี้

1. ความเสื่อมในสังขาร ทำให้เฉื่อยชาไม่กระฉับกระเฉง ร่างกายอ่อนแอ ปรับตัวกับสภาพดินฟ้าอากาศได้ยาก ทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย

2. ความเสื่อมทางจิตใจ ซึ่งรวมถึงความเสื่อมของสติปัญญา อารมณ์ เพราะคนในวัยชราจะเสื่อมมากทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย ขี้หลงขี้ลืม ต้องการให้คนมาเอาใจใส่เหมือนเมื่อยังเป็นวัยเด็ก

3. ความเสื่อมถอยทางสังคมและการงาน ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางกาย และทางจิตใจ ทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานภารกิจประจำวัน ตลอดจนการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคมทำได้ยากขึ้น เช่น การตัดสินใจที่จะทำอะไรของผู้ใหญ่วัยนี้จะช้า ไม่มั่นใจและไม่แน่นอน

วัยชราหรือวัยผู้ใหญ่สูงอายุ จัดเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต วัยชราเป็นวัยที่เปลี่ยนแปลงทางด้านพัฒนาการทุกด้าน มีปัญหาต้องยอมรับและรู้จักปรับตัว มีระเบียบแบบแผน มีชีวิตที่เป็นสุขและสิ้นหวัง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต และมีความต้องการเช่นเดียวกับคนในวัยอื่น ๆ ถึงแม้ว่าผู้ใหญ่ในวัยตอนต้นและวัยกลางคนจะมีช่วงชีวิตที่สดชื่น น่าชื่นชมและสดใสกว่าวัยชรา ซึ่งมักจะนำความผิดหวังเศร้าใจมาสู่คนชรา โดยทั่วไปเรากำหนดให้อายุ 60 ปี เป็นเส้นแบ่งระหว่างวัยกลางคนกับวัยชรา แต่การตัดสินใจจากอายุตามปฏิทินว่าใครเริ่มเข้าสู่วัยชราแล้วเป็นเกณฑ์ที่ไม่แน่นอน เพราะการเข้าสู่ภาวะชราภาพนั้น แตกต่างไปในแต่ละบุคคล เนื่องจากอัตราความเสื่อมถอยทางร่างกายของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนแก่เร็ว แต่บางคนอาจจะแก่ช้าก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการดำเนินชีวิตในวัยเด็ก วัยหนุ่มสาว และวัยกลางคน เพราะความชราคือผลของการพัฒนาการที่ต่อเนื่องกันในชีวิตของบุคคลนั่นเอง

2) จิตวิทยาการเรียนรู้ของผู้ใหญ่

จิตวิทยาการเรียนรู้ของผู้ใหญ่เป็นวิชาที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ โดยพยายามที่จะศึกษาว่ามีอะไรบ้าง หรือตัวแปรใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะใช้เป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้หรือลดปัญหา อุปสรรคที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ได้ แนวคิด ปรัชญาการศึกษาของ John Dewey และตรงกับที่ สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2551) ได้สรุปพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่สมัยใหม่ (Modern Adult Learning Theory) ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1) ความต้องการและความสนใจ (Need and Interests) ผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี ถ้าหากว่าการเรียนรู้นั้นตรงกับความต้องการและความสนใจในประสบการณ์ที่ผ่านมาและจะเกิดความพึงพอใจเพราะฉะนั้นควรจะมีการเริ่มต้นชักจูงอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดกิจกรรมทั้งหลายเพื่อให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้นั้นจะต้องคำนึงถึงสิ่งนี้เสมอ

2) สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่ (Life Situations) การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะได้ผลดีถ้าหากถือเอาตัวผู้ใหญ่เป็นศูนย์กลางในการเรียนการสอน (Life-Centered) ดังนั้นการจัดหน่วยการเรียนรู้ที่เหมาะสมเพื่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ควรจะยึดถือเอาสถานการณ์ทั้งหมดยที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่เป็นหลักสำคัญ มิใช่ตัวเนื้อหาวิชา

3) การวิเคราะห์ประสบการณ์ (Analysis of Experience) เนื่องจากประสบการณ์เป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับผู้ใหญ่ วิธีการสำคัญของการศึกษาผู้ใหญ่ ก็คือ การวิเคราะห์ประสบการณ์ของผู้ใหญ่แต่ละคนอย่างละเอียดว่า มีส่วนไหนของประสบการณ์ที่จะนำมาใช้ในการเรียนการสอนได้บ้าง แล้วจึงหาทางนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

4) ผู้ใหญ่ต้องการเป็นผู้นำตนเอง (Self Directing) ความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของผู้ใหญ่ก็คือ การมีความรู้สึกต้องการที่จะสามารถนำตนเองได้ เพราะฉะนั้น บทบาทของผู้สอน จึงควรอยู่ในกระบวนการสืบหาหรือค้นหาคำตอบร่วมกันกับผู้เรียน (Mutual Inquiry) มากกว่าการทำหน้าที่ส่งผ่านหรือเป็นสื่อสำหรับความรู้ แล้วทำหน้าที่ประเมินผลว่าเขาคล้อยตามหรือไม่เพียงเท่านั้น

5) ความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Difference) ความแตกต่างระหว่างบุคคลจะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในแต่ละบุคคลเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น เพราะฉะนั้นการสอนนักศึกษาผู้ใหญ่จะต้องจัดเตรียมการในด้านนี้อย่างดีพอ เช่น รูปแบบของการเรียนการสอน (Style) เวลาที่ได้ทำการสอน สถานที่สอนและประการสำคัญ คือ ความสามารถในการเรียนรู้ในแต่ละขั้นของผู้ใหญ่ย่อมเป็นไปตามความสามารถของผู้ใหญ่แต่ละคน (Pace of learning)

จากแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สรุปได้ว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่นั้นได้รับอิทธิพลของกระแสกระแสนทางวิทยาศาสตร์และกระแสนทางศิลปศาสตร์ โดยกระแสทางวิทยาศาสตร์ เน้นเกี่ยวกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ว่าผู้ใหญ่สามารถเรียนรู้ได้และที่สำคัญผู้ใหญ่มีความสนใจและความสามารถที่แตกต่างจากเด็ก ส่วนกระแสทางศิลปศาสตร์ สนใจศึกษาว่าผู้ใหญ่เรียนรู้ได้อย่างไร ซึ่งทั้งนักวิทยาศาสตร์ นักวิชาการศึกษา และนักจิตวิทยา พยายามที่จะหาข้อมูลเพื่ออธิบายเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ และสรุปเป็นสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้ให้กับผู้ใหญ่ โดยคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ได้แก่ ความแตกต่างระหว่างบุคคล การสะสมประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ การเป็นผู้นำตนเอง การใช้สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมาเป็นหลักสำคัญในการเรียนรู้ และสิ่งที่เรียนตรงกับความต้องการและความสนใจผู้ใหญ่ จะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี

วิธีการพัฒนาตนเองของผู้ใหญ่

จินตนา ยูนิพันธ์ (2530) ได้แบ่งวิธีการพัฒนาตนเองไว้ดังนี้

1) การศึกษาด้วยตนเอง ได้แก่ การอ่านหนังสือรายวัน รายสัปดาห์ การอ่านหนังสือวารสาร การอ่านตำราวิชาการ การฟังวิทยุ การดูโทรทัศน์ การเขียนตำราหรือบทความทางวิชาการ ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร การทำวิจัย

2) การพัฒนาตนเองในด้านการเข้ารับการอบรมรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การบรรยาย หรืออภิปรายทางวิชาการ การประชุมอบรม สัมมนาทางวิชาการ

3) การพัฒนาตนเองด้านการศึกษาต่อและการศึกษาดูงาน ได้แก่ การศึกษาต่อ การอบรมหลักสูตรระยะสั้น การศึกษาดูงานในประเทศ หรือต่างประเทศ

จะพบว่าวิธีการพัฒนาตนเองของผู้ใหญ่มีหลากหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการพัฒนาตนเอง และความพร้อมในการพัฒนาตนเองของผู้ใหญ่ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น เวลา งบประมาณ ภาระครอบครัว ภาระทางสังคม และผู้ใหญ่จะพัฒนาตนเองได้ดีเมื่อเลือกวิธีการพัฒนาตนเองที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

3) รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)

Health Promotion Model ฉบับปีคศ. 1987 แบ่งส่วนเป็นการรับรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบ นำมาสู่การประยุกต์ตามบุคคลสถานการณ์การมีปฏิสัมพันธ์เกิดเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อมา Health Promotion Model ฉบับปี 1996 ได้มีการทบทวนและเพิ่ม 3 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อบุคคลคือ activity – related affect commitment to a plan of action และ immediate competing demand and preferences

แนวคิดหลักและคำจำกัดความ (Major concepts and definition)

1. การเห็นความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) คือการที่บุคคลมองว่าสุขภาพคือสิ่งที่มีคุณค่าที่ควรแสวงหา

2. รับรู้ว่าสุขภาพสามารถควบคุมได้ (Perceived control of health) บุคคลรับรู้และเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ตามต้องการ

3. รับรู้ความสามารถของตน (Perceive self – efficacy) บุคคลมีความเชื่ออย่างมากว่าพฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคลกำหนด

4. คำจำกัดความของสุขภาพมีตั้งแต่การไม่มีโรคจนถึงสุขภาพสูงสุดทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม

5. การรับรู้สถานะสุขภาพ (Perceived health status) สถานะที่รู้สึกดีหรือรู้สึกป่วยสามารถแยกได้จากพฤติกรรมสุขภาพ

6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived benefits of behaviors) บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทาต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้นๆถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ

7. การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived barriers to health promoting behaviors) ถ้าบุคคลรับรู้พฤติกรรมนั้นยากลำบากจะทำให้ความตั้งใจลดลงในการปฏิบัติตาม สำหรับองค์ประกอบอื่นเช่นอายุเพศสภาพการศึกษารายได้น่าหนักแบบแผนสุขภาพของครอบครัวการ

คาดการณ์เป็นเพียงผลโดยอ้อมในกระบวนการคิดและปีค.ศ.1996 Health Promotion Model ได้ปรับปรุงใหม่และมีกรอบแนวคิดเพิ่มเติมดังนี้

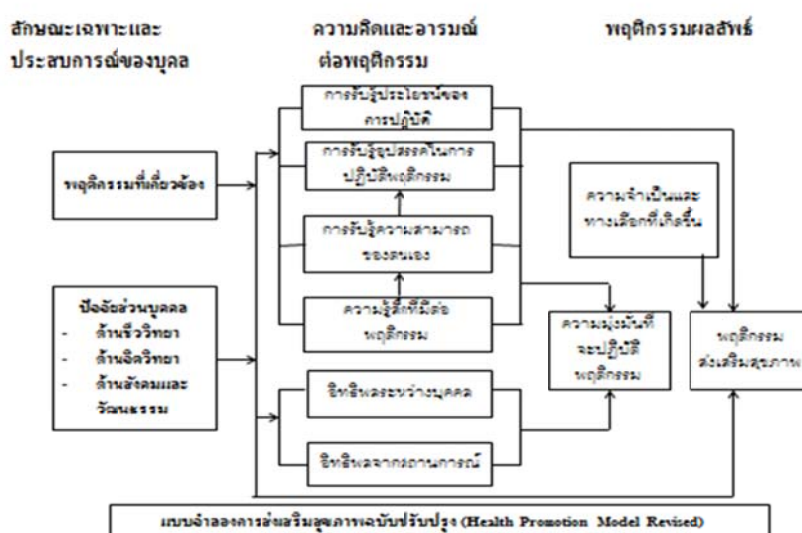
1. พฤติกรรมเดิม (Prior related behavior) คือพฤติกรรมที่เป็นองค์ประกอบที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อมและมีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ถึงความสามารถของตนพฤติกรรมในอนาคตจะได้รับอิทธิพลจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการกระทำที่คล้ายคลึงในอดีต

2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล (Activity-related affect) ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบในพฤติกรรมบางอย่างมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยอ้อมถึงการรับรู้ถึงความสามารถของตน

3. การยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ (Commitment to a plan of action) รวมถึงแนวคิดที่ตั้งใจเป็นแผนกลยุทธ์ที่เป็นเหตุจำเป็นซึ่งความตั้งใจที่จะเป็นแผนในการปฏิบัติซึ่งเกิดขึ้นเองหรือบุคคลอื่นมีส่วนรับรู้

4. ความต้องการความชอบที่เกิดขึ้นแทรกทันที (Immediate competing demands and preferences) ในการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติความต้องการที่จะปฏิบัติอาจไม่สำเร็จเพราะไม่สามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ความชอบเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกปฏิบัติเช่นบางครั้งตั้งใจจะไปออกกำลังกายแต่กลับแวะเดินเที่ยวซื้อของในศูนย์การค้า เป็นต้น

จากแนวคิดหลักของทฤษฎีจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องซับซ้อนหลากหลายปัจจัยที่จะต้องประเมินดังนั้นเพื่อความชัดเจนจึงขออธิบายรายละเอียดแนวคิดต่างๆตามแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์จากภาพข้างล่างนี้



ภาพประกอบที่ 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(ปรับปรุงค.ศ.2002)

คำอธิบายรายละเอียดทฤษฎี

1.คุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล(Individual characteristics and experiences) เป็นส่วนที่ต้องให้ความสำคัญและประเมินในเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่จะนำมาสู่การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 2 ส่วนดังนี้

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior)

พฤติกรรมเดิมเป็นผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผลโดยตรงจากพฤติกรรมสุขภาพเดิมทำให้เกิดเป็นลักษณะนิสัยจนทำเป็นอัตโนมัติและเพิ่มพูนการกระทำซ้ำๆ กลายเป็นพฤติกรรมถาวรอธิบายเช่นเดียวกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมพฤติกรรมเดิมมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ถึงความสามารถของตนประโยชน์อุปสรรคและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับผล Bandura ได้บอกว่าการปฏิบัติจริงและการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นส่วนสำคัญของทักษะหรือความสามารถสิ่งใดที่เคยเรียนรู้ว่ามีอุปสรรคจะเกิดความต้องการที่จะเอาชนะพฤติกรรมจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกเมื่อมีเหตุการณ์ที่ซ้ำเดิมบุคคลจะดึงประสบการณ์มาใช้พยายามมีส่วนร่วมช่วยเสริมให้บุคคลมองเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมสอนให้รู้ถึงวิธีการเอาชนะความยากลำบาก

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการคาดการณ์พฤติกรรมมีการจัดกลุ่มดังนี้ชีววิทยา สังคมวัฒนธรรมจิตวิทยาด้านชีววิทยาได้แก่เพศอายุลักษณะรูปร่างสภาวะวัยรุ่นวัยหมดประจำเดือน ความแข็งแรงความสามารถออกกำลังด้านจิตวิทยาประกอบด้วยแรงจูงใจความสามารถส่วนบุคคลการรับรู้สภาวะสุขภาพการให้คำจำกัดความของสุขภาพด้านสังคมวัฒนธรรมได้แก่ตัวแปรด้านเชื้อชาติ การศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจเป็นต้นแต่อย่างไรก็ตามลักษณะบางอย่างของบุคคลเปลี่ยนไม่ได้ดังนั้นจึงไม่ได้นำมาเป็นส่วนที่จะกระทำเพื่อเพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) เป็น ปัจจัยสำคัญที่ต้องค้นหาและพัฒนาให้เป็นแรงเสริมต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการกระทำปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ(Perceived benefits of action) การรับรู้ถึงประโยชน์ทำให้เกิดพฤติกรรมทั้งในด้าน intrinsic และ extrinsic เช่นด้าน intrinsic ได้แก่เพิ่มความตื่นตัวลดความรู้สึกอ่อนล้าด้าน extrinsic ได้แก่การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจที่สำคัญขณะที่ intrinsic ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ(Perceived barriers to action) การรับรู้ถึงอุปสรรคซึ่งรวมทั้งจินตนาการหรือความจริงเช่นหาได้ยากไม่สะดวกใช้แพงหายากหรือใช้เวลามากอุปสรรคดังกล่าวมองเป็นตัวกั้นเป็นเครื่องกีดขวางเช่นการสูบบุหรี่การกินอาหารที่มีไขมันสูง

2.3 การรับรู้ความสามารถของตน(Perceived Self – Efficacy) แบบดรูราให้คำจำกัดความ Self – efficacy ว่าคือการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการให้สำเร็จการที่บุคคลรับรู้

ตนเองมีทักษะและสามารถจัดการได้จะทำให้มีความต้องการปฏิบัติซึ่งตัดสินอยู่บนฐานของข้อมูล 4
ประการ

1. การที่จะบรรลุสู่พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของตนเองหรือการประเมินจากบุคคลอื่น
2. การมีประสบการณ์จากการสังเกตการปฏิบัติของบุคคลอื่นและการประเมินตนเองและได้รับข้อมูลย้อนกลับ
3. การได้รับความพูดสนับสนุนว่าสามารถทำได้
4. สภาวะร่างกายเช่นความวิตกกังวลกลัวง่วงงามความสงบ

2.4 กิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้ (Activity – related affect)

สภาวะความรู้สึกก่อนระหว่างหรือภายหลังกิจกรรมขึ้นกับคุณสมบัติสิ่งที่มากระตุ้น
ความรู้สึกอาจมากหรือน้อยอยู่ที่ระดับความรู้ความทรงจำและเกี่ยวกับความคิดพฤติกรรมซึ่งมี 3
องค์ประกอบคือสิ่งเร้าการปฏิบัติและสิ่งแวดล้อมมีงานวิจัยที่พบว่าถ้ามีความรู้สึกสนุกเร้าใจมีแนวโน้มที่
จะปฏิบัติแต่ถ้ารู้สึกไม่น่าอินดีมีความรู้สึกอึดอัดก็จะไม่ปฏิบัติแต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยพบว่าทั้ง 2
ความรู้สึกอาจทำให้เกิดพฤติกรรมได้โดยสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่าง 2 ความรู้สึกก่อนระหว่างและ
หลังการปฏิบัติ

2.5 อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอิทธิพลสำคัญซึ่งครอบคลุมเพื่อนและผู้ให้บริการทางด้าน
สาธารณสุขคือแหล่งแรกของอิทธิพลดังกล่าวการสนับสนุนทางสังคมแบบสำหรับปฏิบัติและบรรทัดฐาน
ของสังคม (การคาดหวังของคนอื่น) จะทำให้บุคคลตัดสินใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆหรือไม่

2.6 อิทธิพลของสถานการณ์ (Situational influences)

การรับรู้บริบทของสถานการณ์รวมถึงการรับรู้ว่ามีสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติจากงานของ Kaplan
และ Kaplan ที่พยายามรักษาสุขภาพธรรมชาติสิ่งแวดล้อมมาจากการตระหนักว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อ
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพความรู้สึกเป็นหนึ่งในสถานการณ์ไม่รู้สึกแปลกแยกความรู้สึกมั่นใจ
ปลอดภัยสภาวะแวดล้อมที่น่าสนใจจะทำให้เกิดพฤติกรรมยกตัวอย่างเช่นสิ่งแวดล้อมไม่สุขุมหรือจะส่งผล
ให้บุคคลไม่สุขุมหรือ

3.ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เป็นผลจากความเกี่ยวเนื่องจาก 2 ส่วน
คือ คุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคลการคิดรู้และอารมณ์ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม
โดยจะทำให้เกิดความมุ่งมั่นและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเกี่ยวข้องกับความต้องการความชอบของ
บุคคลดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ ประกอบด้วย

1. การยึดมั่นที่จะดำเนินการกระทำเฉพาะในเวลา สถานที่ และบุคคล

2. แยกแยะกลยุทธ์ในการที่จะปฏิบัติการ ปฏิบัติบนข้อตกลง ด้วยความเข้าใจมีรางวัลที่เห็นชัดเจนกลยุทธ์ในการปฏิบัติสามารถเลือกได้โดยปฏิบัติตามความชอบหรือตามที่บุคคลนั้นถนัดหรือปฏิบัติได้ง่าย การยอมรับที่จะทำแต่ไม่มีกลยุทธ์สนับสนุน ส่วนมากมักจะล้มเหลวในการสร้างพฤติกรรม

3.2 ความต้องการ ความชอบที่เกิดขึ้นขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences)

การที่จะเลือกพฤติกรรมใดปฏิบัติมี 2 ประเด็นคือ Competing demands หมายถึงประเด็นที่ 1 บุคคลสามารถเอาชนะได้บ้างเช่นจากสภาพแวดล้อมเช่นในงานครอบครัวล้มเหลวที่จะตอบสนองความต้องการมีผลต่อตนเองและผู้อื่นและประเด็นที่ 2 Competing preferences หมายถึงบุคคลมีพลังอำนาจในการที่จะควบคุมเล็กน้อยทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการเช่นความชอบในการที่จะกินอาหารไขมันสูงแทนที่จะเลือกไขมันต่ำต้องการพลังและความสามารถในการจัดการสูงแต่ละบุคคลมีความแตกต่างในความสามารถที่จะดำรงไว้หรือหลีกเลี่ยงบุคคลบางคนอาจจะสามารถโน้มน้าวง่ายการที่จะต่อสู้กับความชอบต้องการการจัดการที่ดีและมีความสามารถในการควบคุม

4.พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ(Health promoting behavior)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายที่ต้องการได้รับสูงสุดโดยบูรณาการเป็นวิถีสุขภาพในการดำรงอยู่ผลคือทำให้เกิดสุขภาพที่ดีในแต่ละแนวคิดมีความเชื่อมโยงกันดังภาพที่ 1 ดังนั้นการนำมาประยุกต์ใช้ตามกระบวนการพยาบาลจะเริ่มด้วยการประเมินเพื่อระบุปัญหาปัจจัยที่เอื้อต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไปและการจะใช้ทฤษฎีใดนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีและข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎีเพื่อนำมาเป็นหลักคิดในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี (Assumptions of Health Promotion Model) เป็นความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของทฤษฎี

1. บุคคลจะสร้างเงื่อนไขของการดำรงอยู่ซึ่งสามารถแสดงศักยภาพสูงสุดของสุขภาพของมนุษย์ นั่นคือมนุษย์ทุกคนมีเป้าหมายสุขภาพที่ดี
2. บุคคลมีความสามารถสะท้อนการตระหนักรู้และการประเมินความสามารถของตนเอง บุคคลสามารถทำความเข้าใจจุดอ่อนจุดแข็งเกี่ยวกับความสามารถของตน
3. บุคคลมองคุณค่าของการเติบโตในทางบวกและพยายามที่จะไปถึงเป้าหมายคือความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและความคงที่นั่นคือบุคคลจะพยายามรักษาสมดุลของตนกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทและสิ่งที่เป็นตัวแปรทั้งหลาย
4. บุคคลหาวิธีการที่จะทำให้พฤติกรรมดำเนินไปอย่างดีนั่นคือเชื่อว่าบุคคลต้องการหาวิธีการนำพาตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

5. บุคคลมีความซับซ้อนในลักษณะร่างกายอารมณ์สังคมซับซ้อนในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อมและมีการปรับตัวตลอดเวลา นั่นคือบุคคลจะมีตัวแปรทั้งภายในและภายนอกต่อการที่จะเกิดพฤติกรรมใดๆ

6. บุคลากรทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลทุกช่วงชีวิตนั่นคือพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรม

7. การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อตนเองระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมคือความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั่นคือการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเป็นการริเริ่มตั้งต้นโดยตัวบุคคลนั้นๆ

จากข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าวในขั้นตอนการประเมินเพื่อออกแบบกิจกรรมการพยาบาลสิ่งที่ประเมินมีดังนี้วิถีชีวิตของบุคคลความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมความคิดความเชื่อการตระหนักรู้ของบุคคล

ข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี (Propositions of Health Promotion Model) เป็นข้อความที่เป็นจริงผ่านการพิสูจน์สามารถนำมาเป็นหลักคิดในการออกแบบกิจกรรมกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ข้อความทฤษฎีนำมาซึ่งฐานคิดของการทำงานในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพมีดังนี้

1. พฤติกรรมก่อนหน้านี้และยังคงอยู่มีผลทำให้เกิดคุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อความรู้สึและการกระทำของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนั้นจากความจริงนี้การค้นหาลักษณะที่บุคคลรับรู้พึงพอใจเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นให้ต้องการปฏิบัติ

2. ความเชื่อมั่นของบุคคลสามารถนำมาสู่ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติถือว่าเป็นตัวกลางสำคัญของพฤติกรรมดังนั้นการค้นหาลักษณะที่บุคคลเชื่อมั่นเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นในการทำให้เกิดพฤติกรรม

3. การรับรู้ถึงความสามารถของตนนำมาซึ่งความสำเร็จในการปฏิบัติโดยเสริมกับความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติตามความเป็นจริงของพฤติกรรม

4. การรับรู้ถึงความสามารถของตนมากทำให้การรับรู้ถึงอุปสรรคลดลง

5. ผลในทางบวกต่อพฤติกรรมทำให้รับรู้ในความสามารถของตนยิ่งขึ้นทำให้เกิดผลย้อนกลับในทางบวกเพิ่มมากขึ้น

6. เมื่ออารมณ์ในทางบวกหรือความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความน่าจะเป็นต่อความเชื่อมั่นและกระทำจะเพิ่มขึ้น

7. บุคคลชอบที่จะผูกพันและนำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเห็นความสำคัญของรูปแบบพฤติกรรมและการคาดการณ์ถึงการเกิดขึ้นของพฤติกรรมและความช่วยเหลือสนับสนุนต่อพฤติกรรม

8. ครอบครัวกลุ่มเพื่อนและผู้ให้บริการด้านสุขภาพคือแหล่งประโยชน์สำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคลซึ่งมีผลทั้งเพิ่มหรือลดความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

9. สถานการณ์ที่มีอิทธิพลในสิ่งแวดล้อมภายนอกสามารถเพิ่มหรือลดความยืดหยุ่นหรือการเข้าร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพความยืดหยุ่นต่อแผนการปฏิบัติที่มากนำมาซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่คงอยู่เป็นเวลานาน

11. ความยืดหยุ่นต่อการปฏิบัติจะลดลงเมื่อพฤติกรรมที่ต้องการของบุคคลสามารถควบคุมได้ลดลง

12. ความยืดหยุ่นต่อแผนการปฏิบัติลดลงเมื่อการปฏิบัติอื่นน่าสนใจมากกว่าหรือชอบมากกว่า

13. บุคคลสามารถประยุกต์การเรียนรู้ความรู้สึกและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่อการสร้างสรรค์แรงจูงใจในการปฏิบัติ

จากข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎีจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ต้องแสวงหาเพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพคือการประเมินสิ่งที่ผู้ช่วยให้ความสำคัญขอตัวบุคคลที่ผู้ช่วยยอมรับหรือให้ความสำคัญการทำให้เห็นประโยชน์การรับรู้ต่อสมรรถนะของตนอิทธิพลภายนอกที่จะมีผลต่อพฤติกรรมและการให้กิจกรรมที่ส่งเสริมต่อการคิดรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นต้นทั้งนี้การทำความเข้าใจข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎีจะทำให้มองเห็นแนวทางการใช้ทฤษฎีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

4) นิยามสุขภาพของเพนเดอร์

ความเข้าใจต่อการให้นิยามสุขภาพของนักทฤษฎีจะทำให้เข้าใจเป้าหมายชัดเจนมากขึ้นจากนิยามสุขภาพของเพนเดอร์ที่นิยามว่า “สุขภาพหมายถึงความต้องการสูงสุดของมนุษย์และต้องใช้ความพยายามในการสร้างพฤติกรรมการมีความสามารถดูแลตนเองและสัมพันธภาพที่น่าพึงพอใจกับบุคคลอื่นขณะที่มีการปรับตัวเพื่อให้การคงอยู่ของโครงสร้างและความกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์” จะเห็นว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลต้องสร้างด้วยตนเองและสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเกิดสุขภาพดีสำหรับนิยามของบุคคลการพยาบาลและสิ่งแวดล้อมเพนเดอร์มิได้ระบุโดยตรงแต่จากการวิเคราะห์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์สามารถสรุปได้ว่าเพนเดอร์เชื่อว่าบุคคลมีพฤติกรรมจากการคิดรู้ภายใต้ประสบการณ์พื้นฐานที่เป็นคุณลักษณะของแต่ละบุคคลและผลลัพธ์ที่เกิดทั้งโดยตรงและโดยอ้อมโดยมีสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยกำหนดและการพยาบาลคือการค้นหาปัจจัยเงื่อนไขอุปสรรคของพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายที่ต้องการเพื่อนำมากำหนดกิจกรรมในการส่งเสริมการคิดรู้การปรับเปลี่ยนบริบทสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมโดยเพนเดอร์ได้ให้สัจพจน์เป็นแนวทางการออกแบบกิจกรรมพยาบาลไว้ข้างต้นดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลคือการค้นหาปัจจัยเงื่อนไขอุปสรรคของพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายที่ต้องการเพื่อนำมากำหนดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

คุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคลการคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ผลลัพธ์ของพฤติกรรมกรรับรู้ประโยชน์ของการกระทำการรับรู้อุปสรรคของการกระทำการรับรู้ความสามารถของตนกิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ครอบครัวกลุ่มเพื่อนและผู้ให้บริการ): บรรทัดฐานการสนับสนุนการเป็นแบบอย่างอิทธิพลของสถานการณ์ : ทางเลือกคุณลักษณะสิ่งที่ต้องการสุนทรียภาพความต้องการความชอบที่เกิดขึ้นขณะนั้น ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องปัจจัยส่วนบุคคล : ชีววิทยาจิตวิทยาสังคมวัฒนธรรม

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สามารถนำแนวคิดของทฤษฎีออกแบบ กิจกรรมการพยาบาลได้โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพเพนเดอร์(Pender, N.J., 2004) ได้เสนอว่าความมุ่ง ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้มากยิ่งขึ้นเพราะสิ่งแวดล้อมคือปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของ บุคคล

แนวทางการประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถนำปัจจัยที่กำหนดใน แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบในการประเมินสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล หรือการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กรอบดังกล่าวมาศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริม สุขภาพนอกจากนี้สามารถนำแนวคิดย่อยในแบบจำลองเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมการ พยาบาลเช่นการจัดระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยกตัวอย่างเช่นการ กำหนดให้ทุกที่ทุกเวลาสามารถออกกำลังกายได้เป็นต้นการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมศักยภาพให้บุคคลรับรู้ สมรรถนะแห่งตนและรู้สึกสนุกต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นๆเช่นการอบรมการจัดค่ายอาหาร สำหรับป้องกันโรคอ้วนในวัยเด็กเป็นต้นและจากแนวคิดความยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติสามารถนำมา ออกแบบกิจกรรมในการสร้างพันธะสัญญาในการออกกำลังกายเป็นต้นหรือในกรณีอิทธิพลบรรทัดฐาน สังคมสามารถประยุกต์ใช้โดยการจัดรณรงค์เพื่อสร้างบรรทัดฐานเช่นรณรงค์การรับประทานข้าวผัก เกษตรอินทรีย์เป็นต้นอย่างไรก็ตามการศึกษาเพื่อกำหนดปัจจัยในแต่ละประเด็นแต่ละกลุ่มเป็นขั้นตอน ประเมินที่สำคัญในกรณีประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพบุคคลมีแนวทางที่เพนเดอร์ให้แนวปฏิบัติ 9 องค์ประกอบในการประเมินได้แก่(Pender et al., 2002,p.119)

1. การประเมินแบบแผนสุขภาพ
2. การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย
3. การประเมินด้านอาหาร
4. การประเมินพฤติกรรมเสี่ยง
5. การทบทวนความเครียดในชีวิต
6. การประเมินสุขภาพในมิติจิตวิญญาณ
7. การทบทวนระบบสนับสนุนทางสังคม

8. การทบทวนความเชื่อด้านสุขภาพ

9. การประเมินวิถีชีวิต

จากผลการประเมินดังกล่าวซึ่งต้องมีเครื่องมือการประเมินที่เหมาะสมในแต่ละวัยสอดคล้องกับวัฒนธรรมมาสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเพนเดอร์กำหนดไว้ 9 ขั้นตอนซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องมีส่วนร่วมทั้งผู้รับบริการและพยาบาล(Pender et al., 2002, p.149) ดังนี้

1. การทบทวนและสรุปข้อมูลจากการประเมิน
2. การสร้างความเข้มแข็งและเสริมสมรรถนะของผู้รับบริการ
3. การระบุเป้าหมายสุขภาพและพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
4. การระบุผลลัพธ์พฤติกรรมและสุขภาพที่บ่งชี้ว่าแผนประสบความสำเร็จตามมุมมองของผู้รับบริการ
5. การวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มาจากฐานความชอบของผู้รับบริการภายใต้ระยะของการเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับวิธีการที่เลือก
6. แสดงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงและระบุแรงจูงใจเพื่อเปลี่ยนแปลงจากมุมมองของผู้รับบริการ
7. ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
8. กำหนดกรอบช่วงเวลาในการปฏิบัติ
9. ยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติและสนับสนุนสิ่งที่เป็ความจำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายของผู้รับบริการ

ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพสิ่งสำคัญคือต้องเป็นสิ่งที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมทั้งผู้รับบริการและบุคลากรที่ดูแลซึ่งจะเห็นได้ว่าการวางแผนที่ดีมาจากการประเมินที่ดีเพราะหากไม่สามารถประเมินวิถีชีวิตความชอบไม่ชอบความเชื่อเป้าหมายมุมมองต่อการกำหนดเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพนั้นๆและการให้ข้อมูลที่มาจากการวิเคราะห์จากองค์ความรู้ที่มีการพิสูจน์ชัดเจนรองรับจะช่วยในการตัดสินใจปฏิบัติของผู้รับบริการและจะต้องมีแผนสนับสนุนที่สอดคล้องกับระยะการเปลี่ยนแปลงเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินซ้ำเป็นระยะเพื่อพิจารณาหาปัจจัยสนับสนุนเพิ่มเติมให้ผู้รับบริการยึดมั่นกับแผนปฏิบัติจนบรรลุแผนที่วางไว้

สรุปทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ฉบับปีค.ศ. 1996 เป็นทฤษฎีที่ได้รับการพัฒนาจากทฤษฎีทางสังคมและการศึกษาวิจัยมาอย่างเป็นระบบโดยเฉพาะด้านการส่งเสริมการออกกำลังกายการสร้างแบบแผนการดำเนินชีวิตทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มองคนอย่างเป็นองค์รวมให้ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้องและระบุแนวทางการพยาบาลไว้ชัดเจนจึงเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลองค์รวมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

5) ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทยมาโดยตลอดนานกว่า 25 ปี ตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ และเมื่อภายหลังได้ทรงเน้นย้ำแนวทางการแก้ไขเพื่อให้รอดพ้นและสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืนภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และความเปลี่ยนแปลง มีหลักพิจารณา ดังนี้

กรอบแนวคิดเป็นปรัชญาที่ชี้แนะแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนในทางที่ควรจะเป็น โดยมีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ตลอดเวลาและเป็นการมองโลกเชิงระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มุ่งเน้นการรอดพ้นจากภัยและวิกฤติเพื่อความมั่นคงและความยั่งยืนของการพัฒนา

คุณลักษณะเศรษฐกิจพอเพียงสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติตนได้ในทุกระดับโดยเน้นการปฏิบัติบนทางสายกลาง และการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน

คำนิยาม ความพอเพียงจะต้องประกอบด้วย 3 คุณลักษณะพร้อม ๆ กัน ดังนี้

1. ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไปโดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เช่น การผลิตและการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ

2. ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้นจะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผลโดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ อย่างรอบคอบ

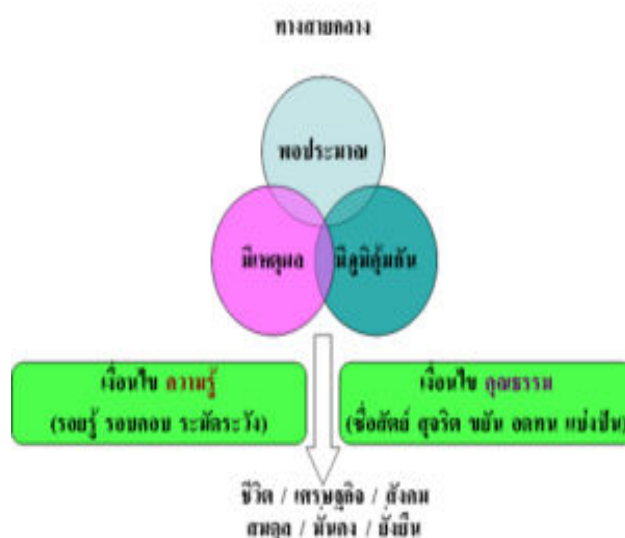
3. การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล

เงื่อนไข การตัดสินใจและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้อยู่ในระดับพอเพียงนั้น ต้องอาศัยทั้งความรู้ และคุณธรรมเป็นพื้นฐานกล่าวคือ

1. เงื่อนไขความรู้ ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่างที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกันเพื่อประกอบการวางแผนและความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ

2. เงื่อนไขความธรรม ที่จะต้องเสริมสร้างประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต และมีความอดทน มีความพากเพียรใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

แนวทางปฏิบัติ/ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ คือ การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืนพร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้และเทคโนโลยี



ภาพประกอบที่ 2 กรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

หลักการดูแลสุขภาพสุขภาพ

หลักในการดูแลสุขภาพสุขภาพโดยทั่วไปมีด้วยกันหลากหลายวิธี ที่จะทำใหร่างกายและจิตใจเกิดความสมบูรณ์และแข็งแรง ซึ่ง วิธีที่จะนำมาเสนอในครั้งนี้คือ

สุขบัญญัติ 10 ประการ

สุขบัญญัติ คือ ข้อกำหนดที่เด็กและเยาวชนตลอดจนประชาชนทั่วไปพึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัยเพื่อให้มีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น การส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ จึงเป็นกลวิธีหนึ่ง ในการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ เพื่อให้เยาวชน และประชาชนปฏิบัติ..เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี

ความสำคัญของการสร้างเสริมและปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ การมี "สุขภาพดี" เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Melvyn Sesser, 1993) และเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคมที่ยอมรับกันทั่วโลก มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะมีความแตกต่างกันทาง เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะเศรษฐกิจและสังคม หรือความเชื่อถือทางการเมือง ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครอง ให้มี "สุขภาพดี" อันหมายถึง การมีสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีใช้เพียงแต่ปราศจากโรคหรือไม่มีความพิการเท่านั้น แต่หมายถึง การมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างดีด้วย (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527)

1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด
2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังขับถ่าย
4. กินอาหารสุกสะอาดปราศจากอันตรายและหลีกเลี่ยง อาหารรสจัดสีฉูดฉาด

5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติดการพนันและการสำส่อนทางเพศ
6. สร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้อบอุ่น
7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพประจำปี
9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ
10. มีส่วนร่วมต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

การปฏิบัติตามแนวของสุขบัญญัติแห่งชาตินอกจากจะมีผลกับตัวเราเองแล้ว การปลูกฝังและสร้างเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและส่งเสริม สุขภาพที่ถูกต้องจนเป็นสุขนิสัยจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยน้อยลง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี...มีความอบอุ่นในครอบครัว...มีความปลอดภัยในชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข อันจะนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของทุกคนในครอบครัว

6) การนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

เศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่ชี้ให้เห็นการดำรงชีวิตในความเป็นจริงของคนทุกระดับชั้น ให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองโดยเฉพาะในเรื่องที่ใกล้ตัวมากที่สุด พยายามใช้สิ่งที่เห็นสิ่งที่มีคุณค่าในท้องถิ่นนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถกระทำได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ป้องกันและสร้างภูมิคุ้มกันก่อนที่จะเจ็บป่วย สร้างสุขภาพตนเองให้แข็งแรงก่อนซ่อม ปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self Health Care) เป็นกระบวนการขั้นพื้นฐานที่บุคคลนั้นสามารถกระทำได้คือ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง พึ่งพาตนเองด้านสุขภาพโดยมีองค์ประกอบของการดูแลตนเองแบบ 5 อ. คือ

1.1 อาหาร ควรเลือกรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการโดยเฉพาะอาหารในท้องถิ่นอุดมไปด้วยคุณค่าของสารอาหาร ปริมาณการรับประทานอาหารของคนจะแตกต่างกัน บางคนมีความต้องการมากจะบริโภคมาก บางคนมีความต้องการน้อยบริโภคน้อย ในความเป็นจริงแต่ละคนต้องมีการบริโภคอาหารให้พอดีกับความต้องการของร่างกาย เพราะถ้ามีการบริโภคเกินพอประมาณมีผลต่อสภาพร่างกายหลายประการ คือ มีผลทำให้เกิดโรคอ้วนและส่งผลต่อโรคความดันโลหิตสูง เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีไขมันในกระแสเลือด ซึ่งโรคทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นเป็นโรคของคนที่มีเงินทองมีฐานะ มีความร่ำรวย มีการบริโภคอาหารเกินความต้องการของร่างกายจะเป็นการทำลายตนเอง อภิสิทธิ์ วิริยานนท์ (2542, หน้า124) ได้ให้ความสัมพันธ์ของรสชาติอาหารกับการเจ็บไข้ได้ป่วยว่า ผู้ชอบรับประทานอาหารรสเปรี้ยวมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเส้นเอ็น ผู้ชอบรับประทานอาหารรสเค็มทำให้ปริมาณของเส้นเลือดเข้มข้นขึ้น ทำให้โลหิตมีการหมุนเวียนไม่สะดวกได้ ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารรสเผ็ดจะมีความตึงของกล้ามเนื้อและเอ็น ผู้ที่ชอบในการรับประทานอาหารรสขมมีอาการอาเจียนง่ายและมีปัญหา

เกี่ยวกับกระดูก ผู้ชอบรับประทานอาหารรสหวานมีปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ดังนั้นการรับประทานอาหารควรรับประทานแบบพอดีไม่มากและไม่น้อยเกินไป

1.2 การออกกำลังกาย จะเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายทุกระบบเพื่อให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายทุกส่วนได้ใช้พลังงานและสังเคราะห์พลังงานหมุนเวียน ทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง การออกกำลังกายที่ดีและให้ผลดีต่อสุขภาพที่สำคัญตรงตามหลักการของเศรษฐกิจพอเพียง คือ การทำให้งานในชีวิตประจำวันมีการออกกำลังกายไปด้วย เช่น การรดน้ำต้นไม้ การทำงานบ้าน การเดินทางไปทำงาน การเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์ หรือการนั่งทำงานมีการผ่อนคลายอิริยาบถโดยการแกว่งแขน เพื่อเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อหัวใจและกล้ามเนื้อทรวงอก สิ่งเหล่านี้สามารถทำได้โดยไม่สิ้นเปลืองหรือเสียเวลา ที่มักจะเป็นข้ออ้างในการที่ไม่ออกกำลังกาย

1.3 อากาศ การอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี ไร้มลพิษ และสร้างพื้นที่สีเขียวในชุมชน ใน บ้าน สถานที่ทำงาน เพื่อให้เป็นตัวช่วยฟอกอากาศบริสุทธิ์ให้กับสภาพร่างกาย การรักษาธรรมชาติจะช่วยให้สิ่งแวดล้อมคงอยู่แบบธรรมชาติมากที่สุด การใช้การดำเนินชีวิตแบบอยู่ใกล้ธรรมชาติและปรับให้เข้ากับธรรมชาติจะทำให้สุขภาพดีเพราะมีอากาศบริสุทธิ์

1.4 อูจาจาระ ระบบการขับถ่ายที่มีประสิทธิภาพ เป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งของการมีสุขภาพดี คนที่มีสุขภาพร่างกายที่ดี มีการขับถ่ายกากของเสียที่หมักหมมในร่างกายเป็นประจำทุกวันและสม่ำเสมอ ความสม่ำเสมอในการขับถ่ายอุจจาระขึ้นอยู่กับบุคคล เด็กทารกอาจถ่ายอุจจาระ 3 – 5 ครั้งต่อวัน ผู้ใหญ่ที่ปกติควรถ่ายอุจจาระไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร น้ำ การออกกำลังกาย รวมทั้งการพักผ่อนมีผลทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระได้ ถ้าคนเรามีการฝึกหัดในการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาจะเป็นปัจจัยสำคัญในการมีสุขภาพที่ดีด้วย การขับถ่ายอุจจาระควรใช้เวลาในการขับถ่ายไม่ควรรีบร้อนในการขับถ่ายควรใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที หรือเมื่อรู้สึกอยากถ่ายให้รีบไปถ่าย คนส่วนใหญ่จะมีการถ่ายอุจจาระหลังรับประทานอาหารเข้า สิ่งเล็ก ๆ น้อยเหล่านี้ถ้าฝึกหัดเป็นประจำทำให้เกิดความเคยชิน จะช่วยให้มีสุขภาพดีได้โดยไม่ต้องเสียเงินในการรักษาสุขภาพ

1.5 อารมณ์ ร่างกายกับอารมณ์มีความสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ได้ หากส่วนใดส่วนหนึ่งไม่สมบูรณ์ จะไม่ถือว่าเป็นคนมีสุขภาพดี คนที่มีสุขภาพดีจะต้องมีความสมบูรณ์ทั้งกาย ใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข ตามปกติคนจะมีการปรับอารมณ์ โดยการพบปะสังสรรค์ การพูดคุย และมีกิจกรรมนันทนาการ บางคนอาจใช้การปฏิบัติธรรมะ ตามธรรมชาติโดยทั่วไปของมนุษย์มีอารมณ์แตกต่างกันในแต่ละเวลาและโอกาส คนมีอารมณ์ดีและมีความสุขย่อมทำให้บุคคลที่อยู่ใกล้มีความสุขได้เช่นกัน คนที่มีความวิตกกังวล หรือมีปัญหาไม่สามารถแก้ปัญหาได้ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อระบบการทำงานภายในร่างกาย เมื่อมีการยิ้มหรือหัวเราะร่างกายจะผลิตฮอร์โมนความสุข ซึ่งช่วยปรับสมดุลของฮอร์โมนภายในร่างกาย มีการผ่อนคลายความตึงเครียด มีระบบการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น และยังพบอีกว่าการยิ้มหรือหัวเราะช่วยลดความตึงเครียดได้ดีกว่าการออกกำลังกายทุกชนิด และที่สำคัญยังเป็นการ

พักผ่อนที่ดีที่สุด ถ้ามีการหัวเราะ 1 นาที เท่ากับได้พักผ่อนนาน 45 นาที การหัวเราะจึงเป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่ง

2. การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ ความรู้เป็นพลวัต เป็นสิ่งที่ไม่มีการหยุดนิ่งมีการเปลี่ยนแปลงและเคลื่อนไหวตลอดเวลา คนที่ไม่ใฝ่ในการเรียนรู้ทำให้บุคคลเหล่านั้นเป็นคนไม่ทันสมัย ความรู้ทางสุขภาพที่มีการแสวงหา สามารถนำความรู้นั้นมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชน และเป็นการนำองค์ความรู้ที่ได้เรียนรู้ไปสู่การมีสุขภาพดี

3. การสร้างชุมชนให้น่าอยู่ จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบอื่น ๆ คือ ชุมชนปลอดภัยชุมชนแข็งแรง โดยเฉพาะคนที่อยู่ในชุมชนจะเป็นส่วนที่มีความสำคัญมาก ถ้าคนในชุมชนมีความเข้มแข็งร่วมมือ ในการพัฒนาชุมชน ร่วมกันสร้าง ร่วมกันทำ และร่วมใจพัฒนาจะมีผลทำให้ชุมชนนั้นน่าอยู่และในที่สุดส่งผลถึง ประเทศชาติที่มีความเข้มแข็งเกร่งและแข็งแรงในอนาคตได้

4. ร่วมใจกันสร้างเครือข่ายองค์กรสุขภาพดี การสร้างเครือข่ายทางด้านสุขภาพจะเป็นการรวมตัวกัน เพื่อการสร้างเครือข่ายให้มีองค์กรสุขภาพกระจายอยู่ทั่วประเทศ ทุกชุมชน การรวมกันของ เครือข่ายทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งเกิดพลัง สามารถสร้างภาคีทางด้านสุขภาพให้เป็นเครือข่ายที่ เข้มแข็ง มีการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกับสังคมบนพื้นฐานของ “ สุขภาพพอเพียง”

5. ทำระบบพอเพียงของครอบครัว ในการสร้างพื้นฐานให้กับชุมชน และประเทศชาติโดย ใช้ พื้นฐานของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการเดินสายกลาง มีความสมดุลพอดี รู้จักพอประมาณ การมี เหตุผล มีภูมิคุ้มกัน และรู้เท่าทันโลก ซึ่งมีการดำเนินงานตามแบบดังนี้ (สุรพจน์ วงศ์ใหญ่ , 2551)

5.1 มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน

5.2 มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินเพื่อสุขภาพทุกระดับ

5.3 มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผน ไทยและการพึ่งตนเอง

5.4 มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครอง ผู้บริโภค

5.5 มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ

5.6 มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอเพียง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการพึ่งพาตนเองตามพื้นฐานของปรัชญาประกอบด้วยการยึดสายกลาง มีความสมดุลพอดี รู้จัก พอประมาณ การมีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน และรู้เท่าทันโลก สุขภาพดีตามหลักการ ของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จะรวมความถึงการมีสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคมครอบคลุม สุขภาพของปัจเจกบุคคล และสุขภาพทางสังคมในการอยู่ร่วมกัน เน้นในเรื่องการมีสุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขพอเพียงอย่างยั่งยืน

7) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เตือนใจ ทองคำ (2549) ได้ทำวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ภาวะการพักอาศัย และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านประกอบด้วร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 366 คนได้มา โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว ตรวจสอบรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ่ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามาสมการ ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้วร่างกายและด้านสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้วจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การเห็นคุณค่าในตนเอง และโลกทัศน์ต่อชีวิตของผู้สูงอายุสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วร่างกายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 36.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 4) การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว โลกทัศน์ต่อชีวิตของผู้สูงอายุและการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้วจิตใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 44.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 5) การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและการเห็นคุณค่าในตนเองสามารถร่วมกันทำพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วสังคมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 37.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 6) การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและการใช้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วเศรษฐกิจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 7) การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุการเห็นคุณค่าในตนเอง โลกทัศน์ต่อชีวิตของผู้สูงอายุและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 52.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วิภาพร สิทธิสาร (2550) ได้ทำวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในหมู่ 6,7,8,9 และ 12 ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 345

ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2550 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กลุ่มประชากรทั้งหมดตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยจากการศึกษาโดยการพิจารณารายด้าน 6 ด้าน พบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือกลุ่มมีการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ ค่าเฉลี่ย 3.58 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ ค่าเฉลี่ย 3.58 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 5.58 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ รับประทานอาหารรสเค็มจัด ค่าเฉลี่ย 3.80 5) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ พยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ค่าเฉลี่ย 3.61 และ 6) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนา ด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.56 ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้จัดทำโปรแกรม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนมากขึ้น เน้นการปฏิบัติการออกกำลังกายและส่งเสริมเรื่องการจัดการความเครียด

เบญจมาศ นางควิจิตร (2551) ได้ทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์การวิจัยคือ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางจิตสังคมที่แตกต่างกัน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ และ 4) ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจากปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครจำนวน 362 คน ตัวแปรอิสระประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว 2) ปัจจัยทางจิต ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเองเกี่ยวกับกับการดูแลตนเอง 3) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและจากบุคลากรทางการแพทย์ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพื้นฐาน การทดสอบ t การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีของทูกี สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอย

พหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 2 ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 5) การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เบญจพร สว่างศรี (2556) ได้ทำวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ เพื่อศึกษาระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และเปรียบเทียบระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามสถานภาพส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 382 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ การศึกษา และตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลให้สถิติ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวม ทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 65 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรส

ธีระชัย พรหมคุณ (2557) ได้ทำวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ และ 3) ศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่มี

อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้สึกรู้สีก่อนค่าในตนเอง ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข และส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .741 ถึง .907 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดี 2) ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ มีความสัมพันธ์กันในระดับมาก ($R = .75$) โดยตัวแปรทั้ง 3 กลุ่มนี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 56 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .024 3) ตัวพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ มี 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และการร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษได้ร้อยละ 55 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .024

Kyeong-Yae Sohng, Sue Sohng and Hye-A Yeom (2002) ได้ทำวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุชาวเกาหลีใต้ในประเทศสหรัฐอเมริกาการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สำรวจพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุชาวเกาหลีใต้ และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกับสมรรถนะของตนเองและการรับรู้เกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุชาวเกาหลีใต้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือผู้สูงอายุชาวเกาหลีใต้จำนวน 100 คนที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์แบบโครงสร้าง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมเท่ากับ 2.54 เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.01 และด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 1.92 โดยปัจจัยด้านสมรรถนะของตนเองและการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่า วุฒิกการศึกษา และสถานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุยังมีส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าวิถีชีวิตของผู้สูงอายุชาวเกาหลีใต้อยู่ในระดับที่ดี โดยเฉพาะประเด็นด้านการออกกำลังกายในระดับต่ำมีความจำเป็นที่ชุมชนจะต้องให้ความสนใจในกิจกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเพื่อเป็นรากฐานของการเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่อพยพมาอาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา

Taehan Kanho Hakhoe chi (2004) ได้ทำวิจัยเรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ การวิจัยครั้งนี้มี

วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีที่อาศัยอยู่ทั้งในเขตเมืองและชนบทของประเทศเกาหลีใต้ จำนวน 305 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงบรรยาย t-test และ stepwise multiple regression ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.65 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย และการบริหารจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่มี อายุ ที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา และรายได้แตกต่างกัน ส่งผลต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรม การรับรู้รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของตนเอง ความคาดหวังในการวางแผนและการปฏิบัติตามแผน และ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในครอบครัว

Hsiu-Hung Wang (2001) ได้ทำวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบรูปแบบของวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุผู้หญิงในชนบทของประเทศไต้หวัน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับสังคม การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การดูแลตนเอง วิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุชาวไต้หวันในเขตชนบทจำนวน 2 กลุ่ม และ 2) ตรวจสอบและเปรียบเทียบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ 2 รูปแบบ ที่นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือ Orem's self-care model(1995) และ Pender's health promotion model (1987) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) กลุ่มที่มีเป็นกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าจำนวน 168 คน และกลุ่มที่มีอายุมากกว่าจำนวน 116 คนสถิติที่ใช้ในการทดสอบ คือ path analysis โดยใช้ Linear Structural Relations 8 (LISREL 8) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยสำหรับกลุ่มน้อยกว่าเท่ากับ 64.66 และกลุ่มที่มีอายุมากกว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.59 และในกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า มีค่าเท่ากับ 13.69 ($p=0.13$) และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า มีค่าเท่ากับ 15.76 ($p=0.11$) สรุปได้ว่า ทั้งสองรูปแบบเหมาะสมสำหรับข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ ซึ่งอนามัยชุมชนสามารถที่จะเข้าถึงหรือสามารถนำไปใช้ได้

Hsiu-Hung Wang (2002) ได้ทำวิจัยเรื่อง การทำนายวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ 3 กลุ่ม ของผู้สูงอายุผู้หญิงในชนบทของประเทศไต้หวัน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาการทำนายวิถีชีวิตสร้างเสริมสุขภาพ และ 2) ศึกษาความเหมือนและความแตกต่างระหว่าง 3 กลุ่มชาติพันธุ์ของผู้สูงอายุผู้หญิงในชนบทของประเทศไต้หวัน กรอบแนวคิดในการวิจัยใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพแบบเพนเดอร์กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุผู้หญิงจำนวน 599 คน โดยการสุ่มตัวอย่างตามสะดวกจาก Kao-Shu San-Di Men และ Ma-Chia ซึ่งทั้งสามพื้นที่จะมีความชัดเจนด้านชาติพันธุ์มากที่สุด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.70 จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 391 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

599 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 65 – 91 ปี ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มของผู้สูงอายุ Ho-Lo ที่มีอายุ ระดับการศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย และการรับรู้ข้อจำกัดของวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถทำนายได้ในระดับมากถึง 41.9% ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุ Kakka สามารถใช้ ระดับการศึกษา จำนวนของการเกิดโรคเรื้อรัง สภาพการรับรู้ข้อจำกัดของวิถีชีวิตการสร้างเสริมสุขภาพ ทำนายในระดับมากถึง 53.9% และกลุ่มที่เป็นชนพื้นเมืองสามารถทำนายได้ในระดับมากถึง 70.0% สถานพยาบาลชุมชนสามารถใช้ความเข้าใจเกี่ยวกับชาตพันธุ์ เพื่อให้บริการที่เข้าถึงและครอบคลุมและก่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุผู้หญิงในชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

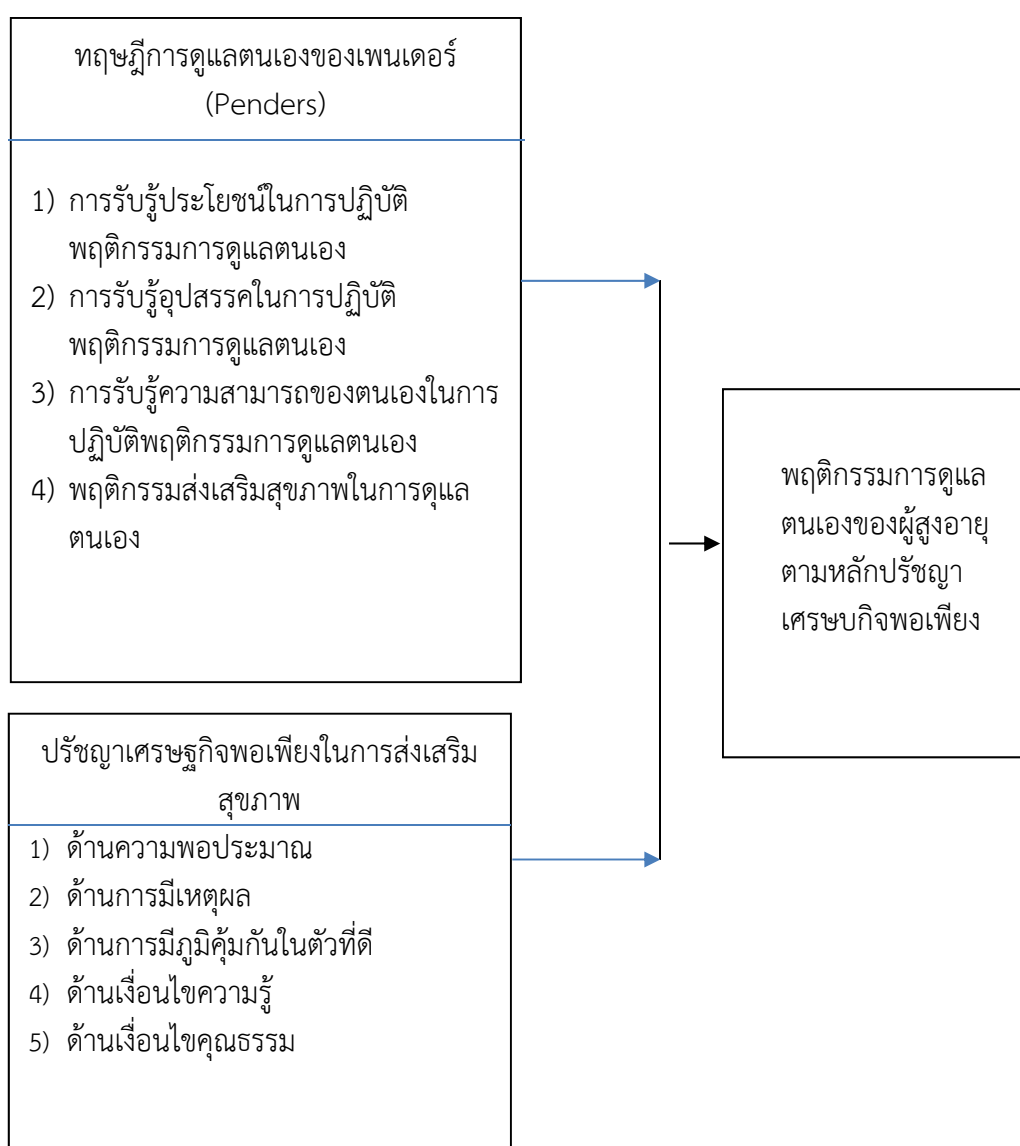
Victoria M Brown, Aimee C Allen, Marci Dwozan Ivey Mercer และ Kim Warren (2004) ได้ทำวิจัยเรื่อง การจัดสวนในร่มกับผู้สูงอายุ: ผลกระทบที่มีต่อการขัดเกลาทางสังคม กิจวัตรประจำวัน และ ความเหงาการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ ศึกษาผลกระทบของสวนหย่อมในร่มเพื่อการขัดเกลาทางสังคม กิจวัตรประจำวัน และการรับรู้สภาพความเหงาของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา 2 แห่ง จำนวน 66 คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ในระยะแรกทดลองกับกลุ่มแรกซึ่งจะเข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมในสวนสัปดาห์ละครั้งเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และให้กลุ่มควบคุมเข้ามาเยี่ยมประมาณ 20 นาที ซึ่งไม่มีความแตกต่างทั้งทางด้านการขัดเกลาทางสังคมและการรับรู้สภาพความเหงาอย่างมีนัยสำคัญในระหว่างกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า การเพิ่มกิจกรรมในสวนมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน 3 เรื่องด้วยกัน ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย การกิน และการขับถ่าย ระยะที่สองผู้วิจัยต้องการศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ระยะเวลาในการทดลอง 5 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ พบว่าไม่พบความแตกต่างภายในกลุ่มด้านการขัดเกลาทางสังคม การรับรู้สภาพความเหงา และกิจวัตรประจำวัน โดยระยะเวลา 5 สัปดาห์จะทำให้เพิ่มการขัดเกลาทางสังคมและการทำงานของร่างกายได้มีประสิทธิภาพมากกว่า

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้า เอกสารวิชาการ บทความ สถานการณ์ และสภาพปัจจุบันของสังคม ผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับแนวทางหรือหลักการในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามทฤษฎีต่างๆ ที่มีนักวิชาการและนักวิจัยหลากหลายท่านได้กล่าวไว้ โดยเฉพาะทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Penders) รวมถึงปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในส่วนที่นำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลหรือส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



รูปภาพที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้ 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 3) เพื่อศึกษาสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และ 5) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

- 3.1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.3. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4. การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุ) ในประเทศไทยทั้งหมด จำนวน 10,014,705 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2557 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร)

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทย จำนวน 10,014,705 คน โดยจะเป็นแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยระยะที่ 1 คือ ประเมินสภาพและสำรวจความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน กำหนดโดยการใช้สูตรของ Taro Yamane ดังรายละเอียดข้างล่าง

$$\begin{aligned} \text{สูตร } n &= \frac{N}{1 + N(e)^2} \\ n &= \frac{10,014,705}{1 + 10,014,705(0.05)^2} \\ n &= \frac{10,014,705}{1 + 10,014,705(0.0025)} \\ &= 400 \text{ คน} \end{aligned}$$

n แทน จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนของประชากร

e^2 แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยระยะที่ 2 3 และ 4 เกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตร การทดลองใช้หลักสูตร และการประเมินหลักสูตร ได้แก่ ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษจำนวน 100 คน ซึ่งจะเป็นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 เครื่องมือสำหรับการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ดังต่อไปนี้

1) แบบสอบถาม (Questionnaires) แบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีกา

ส่งเสริมสุขภาพของ Pender

ตอนที่ 3 สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพเดอร์ (Pender)

ตอนที่ 4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

2) แบบสัมภาษณ์ แบบกึ่งโครงสร้าง แบ่งเป็น 2 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้แก่ 1) ประวัติส่วนตัว 2) ประวัติการป่วย 3) การดำเนินชีวิตในปัจจุบัน 4) แหล่งที่มาของรายได้ 5) สถานภาพครอบครัวและบุคคลที่เกี่ยวข้อง และ 6) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพและความต้องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3.3 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

การแบบสอบถามสำหรับการวิจัยระยะที่ มีดังนี้

1) การสร้างแบบสอบถามเพื่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนไว้ดังนี้

1.1 ศึกษา หลักการ แนวคิด เกี่ยวข้องกับ 1) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ยุทธศาสตร์ที่ 2 ทุกมาตรการ 2) ทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Pender) 3) หลักการ แนวคิดของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 4) ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตร และ 5) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 สร้างข้อกระทงคำถามจากสรุปผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นได้ข้อคำถามจำนวนประมาณ 60 ข้อ

1.3 นำข้อคำถามจำนวน 60 ข้อ มาสร้างเป็นแบบสอบถามภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อหาคำความสอดคล้องและความตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด

1.4 นำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

1.5 นำแบบสอบถามไปสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จำนวน 400 คน

2) การสร้างแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสภาพและความต้องการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้กรอบแนวคิด ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

2.1 ศึกษาวิเคราะห์ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้ 1) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ยุทธศาสตร์ที่ 2 ทุกมาตรการ 2) ทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Pender) 3) หลักการ แนวคิดของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 4) ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตร และ 5) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วจัดทำเป็นข้อสรุป

2.2 นำข้อสรุปที่จากการวิเคราะห์มาสังเคราะห์เป็นหลักสูตรการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อให้เป็นกรอบในการสร้างแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview)

2.3 สร้างแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แล้วนำเสนอแบบสัมภาษณ์ให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

2.4 นำบทสรุปของการสัมภาษณ์และข้อสรุปจากการศึกษาหลักการ แนวคิดทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสังเคราะห์เพื่อสร้างเป็นข้อกระทงคำถามของแบบสอบถามเพื่อขอความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพและความต้องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

3.4 การรวบรวม การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

คณะนักวิจัยประสานงานกับชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อส่งทีมงานนักวิจัยลงพื้นที่พร้อมแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เพื่อดำเนินการจัดเก็บข้อมูลด้วยตัวของนักวิจัยเอง โดยแบ่งเป็นทีมๆ ละประมาณ 2 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 100 คน

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน $f - test$ และการวิเคราะห์เนื้อหา

บทที่ 4

ผลการวิจัย

รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
3. สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Pender)
4. ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
5. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender)
6. ผลการเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์(Pender)
7. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
8. ปัญหาที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ
9. ความต้องการของผู้สูงอายุ
10. การปรับตัวและการวางแผนของผู้สูงอายุ
11. การดูแลสุขภาพตนเองตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

โดยใช้ สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	แทน ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F	แทน ค่าการแจกแจงของF-distribution
SS	แทน ค่าผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
df	แทน ชั้นของความเป็นอิสระ (Degrees of Freedom)
*	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
***	แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ปรากฏผลดังตาราง 4.1 – 4.15

ตาราง 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามเพศ

N = 387

เพศ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชาย	148	38.20
หญิง	239	61.80
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุด มีจำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 61.80 และเพศชาย จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 38.20

ตาราง 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามอายุ

N = 387

อายุ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระหว่าง 60 – 65 ปี	183	47.30
ระหว่าง 66 – 70 ปี	192	49.60
ตั้งแต่ 71 ปี ขึ้นไป	12	3.10
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปีมากที่สุด มีจำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 49.60 มีอายุระหว่าง 60 – 65 ปีมีจำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 47.30 และมีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.10

ตาราง 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามสถานภาพสมรส

N = 387

สถานภาพสมรส	จำนวน(คน)	ร้อยละ
แยกกันอยู่	47	12.10
สมรส	272	70.30
หย่า	62	16.00
โสด	6	1.60
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน มีสถานภาพสมรสมากที่สุด มีจำนวน 272 คน คิดเป็นร้อยละ 70.30 มีสถานภาพสมรสมีจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 16.00 สถานภาพแยกกันอยู่มีจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 12.10 และมีสถานภาพโสดจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.60

ตาราง 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ

N = 387

ความสามารถในการอ่านเขียน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อ่านและเขียนได้	16	4.10
อ่านและเขียนไม่ได้	126	32.60
อ่านไม่ได้แต่เขียนได้	187	48.30
อ่านได้แต่เขียนไม่ได้	58	15.00
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน สามารถอ่านไม่ได้แต่เขียนได้มากที่สุด มีจำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 48.30 สามารถอ่านและเขียนไม่ได้มีจำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 32.60 สามารถอ่านได้แต่เขียนไม่ได้มีจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 และสามารถอ่านและเขียนได้จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.10

ตาราง 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามระดับการศึกษา

N = 387

ระดับการศึกษา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่ได้เรียนหนังสือ	43	11.10
ประถมศึกษา	154	39.80
มัธยมศึกษาตอนต้น	145	37.50
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	34	8.80
อนุปริญญา	2	0.50
อื่นๆ	9	2.30
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 39.80 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ไม่ได้เรียนหนังสือมีจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 8.80 อื่นๆ มีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.30 และสำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50

ตาราง 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามสถานภาพการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

N = 387

สภาพการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อยู่คนเดียว	2	0.50
อยู่ร่วมกันกับสามีและภรรยา	148	38.20
อยู่ร่วมกับลูกหลาน	214	55.30
อื่นๆ	23	5.90
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน อาศัยอยู่กับลูกหลานมากที่สุด มีจำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 55.30 อยู่ร่วมกับสามีและภรรยามีจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 38.20 อื่นๆ มีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 5.90 และอยู่คนเดียวจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50

ตาราง 4.7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย

N = 387

ที่ตั้ง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ในเขตเทศบาล	182	47.00
นอกเขตเทศบาล	205	53.00
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากที่สุดมีจำนวน 205 คน คิดเป็นร้อยละ 53.00 และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 47.00

ตาราง 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

N = 387

รายได้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 3,000 บาท	181	46.80
ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาท	195	50.40
ระหว่าง 5,001 – 8,000 บาท	11	2.80
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 3,001 – 5,000 บาทมากที่สุด มีจำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 50.40 รองลงมา คือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท มีจำนวน 181 คน คิดเป็นร้อยละ 46.80 และน้อยที่สุดคือมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,001 – 8,000 บาท มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80

ตาราง 4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามแหล่งที่มาของรายได้

N = 387

แหล่งที่มา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ	163	42.10
เงินบำนาญ/เงินบำนาญ	22	5.70
ได้รับจากคู่สมรส/ลูกหลาน/ญาติ	56	14.50
อื่นๆ	146	37.70
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน มีแหล่งรายได้จากเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุมากที่สุด มีจำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 42.10 รองลงมา คือมีแหล่งรายได้จากอื่นๆ มีจำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 37.70 มีแหล่งรายได้จากคู่สมรส/ลูกหลาน/ญาติ จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.50 และน้อยที่สุดคือมีแหล่งรายได้จากเงินบำนาญ/เงินบำนาญ มีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 5.70

ตาราง 4.10 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

N = 387

ค่าใช้จ่าย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 3,000 บาท	280	72.40
ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาท	107	27.60
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่า 3,000 บาทมากที่สุดมีจำนวน 280 คน คิดเป็นร้อยละ 72.40 และมีค่าใช้จ่ายระหว่าง 3,001 – 5,000 บาท จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 27.60

ตาราง 4.11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามสุขภาพ/การเจ็บป่วย/ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน

N = 387

ลักษณะ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1 – 2 ครั้ง	109	28.20
3 – 4 ครั้ง	88	22.70
ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป	79	20.40
ไม่มี	111	28.70
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน ไม่ไปพบแพทย์ในรอบหนึ่งเดือนมากที่สุด มีจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 28.70 รองลงมา คือไปพบแพทย์ 1 – 2 ครั้ง มีจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 28.20 ไปพบแพทย์ 3 – 4 ครั้ง มีจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 22.70 และน้อยที่สุดคือไปพบแพทย์ 5 ครั้งขึ้นไปมีจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 20.40

ตาราง 4.12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว

N = 387

ลักษณะการเข้าร่วม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	64	16.50
มีส่วนร่วมในบางครั้ง	215	55.60
มีส่วนร่วมทุกครั้ง	91	23.50
อื่นๆ	17	4.40
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน มีส่วนร่วมกิจกรรมของครอบครัวในบางครั้งมากที่สุด มีจำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 55.60 รองลงมา คือมีส่วนร่วมกิจกรรมทุกครั้ง มีจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 23.50 ไม่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมครอบครัวเลย มีจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 16.50 และน้อยที่สุดคืออื่นไม่ระบุมีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 4.40

ตาราง 4.13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของชุมชน

N = 387

ลักษณะการเข้าร่วม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีส่วนร่วม	84	21.70
มีส่วนร่วมในบางครั้ง	220	56.80
มีส่วนร่วมทุกครั้ง	61	15.80
อื่นๆ	22	5.70
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน มีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนในบางครั้งมากที่สุด มีจำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 56.80 รองลงมา คือไม่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมชุมชนเลย มีจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 21.70 มีส่วนร่วมกิจกรรมทุกครั้ง มีจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 15.80 และน้อยที่สุดคืออื่นไม่ระบุมีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 5.70

ตาราง 4.14 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย

N = 387

ลักษณะการออกกำลังกาย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่เคยออกกำลังกาย	30	7.80
ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง	188	48.60
ออกกำลังกายเป็นประจำ	141	36.40
อื่นๆ	28	7.20
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน ออกกำลังกายเป็นบางครั้งมากที่สุด มีจำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60 รองลงมา คือออกกำลังกายเป็นประจำ มีจำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 36.40 ไม่เคยออกกำลังกายเลย มีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 7.80 และน้อยที่สุดคืออื่นๆ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.20

ตาราง 4.15 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย

N = 387

ลักษณะ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เหมาะสม	308	79.60
ไม่เหมาะสม	79	20.40
รวม	387	100.00

จากตารางที่ 4.15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 387 คน อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมมากที่สุดมีจำนวน 308 คน คิดเป็นร้อยละ 79.60 และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 20.40

2. ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

2.1 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง

ตาราง 4.16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง

ที่	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	การตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้	4.21	.570	มาก	7
2	การระมัดระวังและป้องกันตนเองไม่ให้เกิดบาดเจ็บจากการทำงานเป็นการลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	4.28	.516	มาก	6
3	การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายจะช่วยป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายได้	4.32	.546	มาก	4
4	การออกกำลังกายวันละเล็กน้อยมีประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าการออกกำลังกายแบบหักโหม	4.33	.552	มาก	3
5	การออกกำลังกายจนเหนื่อยหอบมากๆ ทำให้หัวใจยิ่งแข็งแรง	4.34	.551	มาก	2
6	การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทำให้ดูอ่อนกว่าวัย	4.33	5.18	มาก	3
7	การรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือเป็นประจำทำให้สุขภาพแข็งแรงเนื่องจากได้สารอาหารที่ครบถ้วน	4.32	.565	มาก	4
8	การรับประทานเนื้อปลาจะได้โปรตีนที่มีประโยชน์มากกว่าเนื้อสัตว์ประเภทอื่นๆ	4.41	.558	มาก	1
9	การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเสริม เช่น แบรินด์ รังนก วิตามินต่างๆ เป็นประจำทำให้ร่างกายแข็งแรง	4.41	.575	มาก	1

ที่	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
10	การทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้สร้างความรัก ความอบอุ่นที่ดี	4.31	.586	มาก	5
11	การใช้ธรรมะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจทำให้ลดปัญหาความขัดแย้ง ความตึงเครียดได้	4.34	.588	มาก	2
12	การรดน้ำมนต์ ช่วยรักษาโรคต่างๆ ได้	4.28	.571	มาก	6
13	การนวดช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ	4.33	.558	มาก	3
รวม		4.32	.272	มาก	

จากตาราง 4.16 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = .272) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองสูงที่สุด ประกอบด้วย การรับประทานเนื้อปลาจะได้โปรตีนที่มีประโยชน์มากกว่าเนื้อสัตว์ประเภทอื่นๆ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 ($\bar{X}$ = 4.41, S.D. = .558) และการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเสริม เช่น แบริน รังนก วิตามินต่างๆ เป็นประจำทำให้ร่างกายแข็งแรง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 ($\bar{X}$ = 4.41, S.D. = .575) และด้านที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองต่ำที่สุด คือการตรวจสุขภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 ($\bar{X}$ = 4.21, S.D. = .570)

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง

ตาราง 4.17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง

ที่	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ท่านยังไม่เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพโดยการดูแลตนเองเพราะร่างกายยังแข็งแรงอยู่	4.29	.587	มาก	5
2	การตรวจสอบสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องยุ่งยากในการปฏิบัติ	4.34	.561	มาก	4
3	ท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงแต่ไม่ทราบหลักการที่ถูกต้อง	4.29	.578	มาก	5
4	ท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงแต่ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม	4.37	.529	มาก	2
5	การรับประทานอาหารที่มีคุณภาพดีจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง	4.35	.540	มาก	3
6	การทำงานต่างๆ ทำให้ท่านไม่มีเวลาให้กับคนใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร และญาติพี่น้อง	4.38	.547	มาก	1
7	ท่านไม่มีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นหลังเข้าสู่วัยสูงอายุ	4.29	.586	มาก	5
8	ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลในชุมชนทำให้ท่านทำงานอย่างขาดความสุข	4.38	.503	มาก	1
9	ท่านไม่กล้าในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เนื่องจากเป็นห่วงเรื่องสภาพร่างกาย	4.34	.560	มาก	4
10	ท่านไม่ค่อยมีเพื่อนสนิทหรือบุคคลที่ใกล้ชิดที่ปรึกษาปรึกษาและขอคำแนะนำเมื่อมีปัญหา	4.38	.532	มาก	1
11	ท่านทราบประโยชน์ของการคลายเครียดแต่ไม่ทราบวิธีการคลายเครียดที่ถูกต้อง	4.34	.555	มาก	4

ที่	รายการ	ระดับความคิดเห็น			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
12	ปัญหาเศรษฐกิจทำให้ท่านไม่สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคลายความเครียดได้	4.37	.540	มาก	2
	รวม	4.34	.274	มาก	

จากตาราง 4.17 พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = .274) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองสูงที่สุดประกอบด้วย การทำงานต่างๆ ทำให้ท่านไม่มีเวลาให้กับคนใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร และญาติพี่น้อง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = .547) ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลในชุมชนทำให้ท่านทำงานอย่างขาดความสุข ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = .503) และท่านไม่ค่อยมีเพื่อนสนิทหรือบุคคลที่ใกล้ชิดที่ปรึกษาและขอคำแนะนำเมื่อมีปัญหา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = .555) และด้านที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองต่ำที่สุด คือท่านยังไม่เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพโดยการดูแลตนเองเพราะร่างกายยังแข็งแรงอยู่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 ($\bar{X}$ = 4.29, S.D. = .587) และท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงแต่ไม่ทราบหลักการที่ถูกต้อง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 ($\bar{X}$ = 4.29, S.D. = .578)

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง

ตาราง 4.18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง

ที่	รายการ	ระดับการปฏิบัติการ			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ท่านสามารถไปตรวจสุขภาพร่างกายได้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4.34	.578	มาก	4
2	ถ้าท่านต้องขับรถยนต์หรือจักรยานยนต์ ท่านสามารถคาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยได้ทุกครั้ง	4.32	.541	มาก	6
3	ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันโดยใช้เวลาวันละ 20 – 30 นาที	4.36	.523	มาก	2
4	ท่านสามารถอบอุ่นร่างกายและคลายอุ่นทุกครั้งที่ออกกำลังกาย	4.31	.547	มาก	7
5	ท่านสามารถจัดหาผักหรือผลไม้มารับประทานได้ทุกวัน	4.36	.556	มาก	2
6	ท่านสามารถงดรับประทานอาหารประเภทเผ็ดจัด เค็มจัด หรือหวานจัด	4.41	.575	มาก	1
7	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ได้	4.36	.587	มาก	2
8	ท่านสามารถทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอยู่เป็นประจำได้	4.32	.583	มาก	6
9	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวและชุมชนได้	4.35	.539	มาก	3
10	ท่านสามารถตัดสินใจที่จะทำสิ่งต่างๆ โดยตัวของท่านเองโดยไม่ปรึกษากับผู้ใกล้ชิดอยู่เป็นประจำ	4.35	.510	มาก	3
11	ท่านสามารถทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ทำบุญ สวดมนต์ นั่งสมาธิ ฯลฯ	4.35	.568	มาก	3

ที่	รายการ	ระดับการปฏิบัติการ			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
12	เมื่อเกิดความเครียด ท่านสามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขสาเหตุได้ด้วยตนเอง	4.33	.585	มาก	5
13	ท่านสามารถหาบุคคลที่จะปรึกษาปัญหาปรับทุกข์พูดคุย เมื่อมีความเครียดได้ทุกครั้ง	4.36	.566	มาก	2
รวม		4.35	.285	มาก	

จากตาราง 4.18 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = .285) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองสูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านสามารถรับประทานอาหารประเภทเผ็ดจัด เค็มจัด หรือหวานจัด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 ($\bar{X}$ = 4.41, S.D. = .575) และด้านที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองต่ำที่สุด คือท่านสามารถอบอุ่นร่างกายและคลายร้อนทุกครั้งที่ออกกำลังกายค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 ($\bar{X}$ = 4.31, S.D. = .547)

3. สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Pender)

ตาราง 4.19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ในภาพรวม

ที่	รายการ	สภาพความเป็นจริง			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	4.32	.316	มาก	3
2	ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.34	.304	มาก	2
3	ด้านการออกกำลังกาย	4.34	.336	มาก	2
4	ด้านโภชนาการ	4.34	.385	มาก	2
5	ด้านการจัดการความเครียด	4.35	.371	มาก	1
	รวม	4.34	.204	มาก	

จากตาราง 4.19 พบว่า สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = .204) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงที่สุดประกอบด้วย ด้านการจัดการความเครียดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = .371) และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = .316)

ตาราง 4.20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตาม
ทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ

ที่	รายการ	สภาพความเป็นจริง			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ท่านปรึกษาปัญหาสุขภาพ/การเจ็บป่วยกับผู้ที่มีความรู้	4.32	.582	มาก	3
2	ท่านปรึกษากับคนในครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม	4.33	.540	มาก	2
3	ท่านไปพบแพทย์หรือผู้ที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพทันทีที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นสุขภาพของตนเอง	4.33	.579	มาก	2
4	ท่านพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น	4.24	.592	มาก	4
5	ท่านมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวท่านได้	4.33	.570	มาก	2
6	ท่านบอกเล่าอาการผิดปกติทางด้านสุขภาพกับคนในครอบครัวหรือญาติ	4.32	.550	มาก	3
7	ท่านมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ	4.32	.568	มาก	3
8	ท่านให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐที่เข้ามาให้ความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเอง	4.34	.541	มาก	1
รวม		4.32	.316	มาก	

จากตาราง 4.20 พบว่า สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = .316) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงที่สุด ประกอบด้วย ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐที่เข้ามาให้ความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ($\bar{X} = 4.34$, S.D. = .541) และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 ($\bar{X} = 4.24$, S.D. = .592)

ตาราง 4.21 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตาม
ทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ที่	รายการ	สภาพความเป็นจริง			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ลูกหลาน ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่าน ยังให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	4.37	.559	มาก	1
2	ท่านติดต่อพูดคุยและไปเยี่ยมเยียน ลูกหลาน/ญาติ/คนในชุมชนอย่าง สม่ำเสมอ	4.34	.574	มาก	3
3	ท่านมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของครอบครัว และกิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ และเป็นไปด้วยดี	4.35	.586	มาก	2
4	ท่านพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้านอย่าง สม่ำเสมอและอย่างมิตร	4.35	.550	มาก	2
5	ท่านให้ความช่วยเหลือพึ่งพากับเพื่อนบ้าน อย่างสม่ำเสมอ	4.33	.566	มาก	4
6	ท่านมีคนในครอบครัวดูแลทั้งในยามปกติ และยามเจ็บป่วย	4.35	.567	มาก	2
7	ท่านเป็นกำลังใจและให้คำปรึกษากับคน ในครอบครัว	4.33	.577	มาก	4
8	ท่านไม่มีข้อขัดแย้งกับคนในครอบครัวและ เพื่อนบ้าน	4.34	.584	มาก	3
9	ท่านได้รับความร่วมมือในการเสนอ ความคิดและลงมือทำในกิจกรรมต่างทั้ง ภายในครอบครัวและในชุมชน	4.32	.603	มาก	5
10	ท่านได้รับการยกย่องและยกเป็นตัวอย่าง หรือแบบอย่าง	4.34	.571	มาก	3
รวม		4.34	.304	มาก	

จากตาราง 4.21 พบว่า สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = .304) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงที่สุด ประกอบด้วย ลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือคนใกล้ชิดท่านยังให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 ($\bar{X}$ = 4.37, S.D. = .559) และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุดคือท่านได้รับความร่วมมือในการเสนอความคิดและลงมือทำในกิจกรรมต่างทั้งภายในครอบครัวและในชุมชน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = .603)

ตาราง 4.22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านการออกกำลังกาย

ที่	รายการ	สภาพความเป็นจริง			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละประมาณ 20 นาที	4.33	.558	มาก	4
2	ในระหว่างออกกำลังกายท่านรู้สึกผ่อนคลายและสนุก	4.35	.573	มาก	2
3	ภายหลังจากการออกกำลังกายท่านจะผ่อนคลายร่างกายเพื่อให้ร่างกายปรับสภาพสู่ภาวะปกติ	4.32	.544	มาก	5
4	ท่านกิจกรรมยืดเส้นยืดสายอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเวลา	4.33	.566	มาก	4
5	ก่อนออกกำลังกายท่านเตรียมพร้อมร่างกายสำหรับการออกกำลังกาย	4.33	.562	มาก	4
6	ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อ	4.37	.541	มาก	1
7	ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น	4.34	.518	มาก	3
รวม		4.34	.336	มาก	

จากตาราง 4.22 พบว่า สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ด้านการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = .336) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านการออกกำลังกาย ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงสุด ประกอบด้วย ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 ($\bar{X}$ = 4.37, S.D. = .541) และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือภายหลังจากการออกกำลังกายท่านจะผ่อนคลายร่างกายเพื่อให้ร่างกายปรับสภาพสู่ภาวะปกติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = .544)

ตาราง 4.23 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านโภชนาการ

ที่	รายการ	สภาพความเป็นจริง			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ท่านรับประทานอาหารผลไม้	4.34	.537	มาก	3
2	ท่านรับประทานอาหารผัก	4.34	.541	มาก	3
3	ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว	4.35	.581	มาก	2
4	ท่านรับประทานอาหารโดยเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียดก่อนกลืน	4.32	.605	มาก	5
5	ท่านรับประทานอาหารรสจัด	4.37	.585	มาก	1
6	ท่านรับประทานอาหารเป็นเวลา	4.33	.585	มาก	4
รวม		4.34	.385	มาก	

จากตาราง 4.23 พบว่า สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = .385) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านโภชนาการ ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงสุด ประกอบด้วย ท่านรับประทานอาหารรสจัด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 ($\bar{X}$ = 4.37, S.D. = .585) และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือท่านรับประทานอาหารโดยเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียดก่อนกลืน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = .605)

ตาราง 4.24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตาม
ทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านการจัดการความเครียด

ที่	รายการ	สภาพความเป็นจริง			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น	4.33	.575	มาก	4
2	ท่านบอกกับตนเองทุกครั้งว่าทุกปัญหาที่ทางแก้ไขได้	4.32	.562	มาก	5
3	ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ	4.39	.539	มาก	2
4	เมื่อเครียดหรือไม่สบายใจท่านจะค้นหาสาเหตุก่อน	4.35	.567	มาก	3
5	ท่านปฏิเสธความข้อร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส	4.40	.550	มาก	1
รวม		4.35	.371	มาก	

จากตาราง 4.24 พบว่า สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ด้านการจัดการความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = .371) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านการจัดการความเครียด ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านปฏิเสธความข้อร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 ($\bar{X}$ = 4.40, S.D. = .550) และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือท่านบอกกับตนเองทุกครั้งว่าทุกปัญหาที่ทางแก้ไขได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = .562)

4. ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ตาราง 4.25 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยภาพรวม

ที่	รายการ	ระดับการรับรู้			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ด้านความพอประมาณ	4.34	.283	มาก	2
2	ด้านการมีเหตุผล	4.33	.333	มาก	3
3	ด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี	4.32	.294	มาก	4
4	ด้านเงื่อนไขความรู้	4.34	.279	มาก	2
5	ด้านเงื่อนไขคุณธรรม	4.35	.307	มาก	1
	รวม	4.33	.163	มาก	

จากตาราง 4.25 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = .163) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุด ประกอบด้วย ด้านเงื่อนไขคุณธรรม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = .307) และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ($\bar{X} = 4.32$, S.D. = .294)

ตาราง 4.26 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตาม ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านความพอประมาณ

ที่	รายการ	ระดับการรับรู้			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ท่านดูแลตนเองด้วยปัจจัย 4 ได้พอดี พอเหมาะกับความต้องการและสภาพของ ตนเอง	4.33	.566	มาก	5
2	ท่านตอบสนองความอยากมีอยากได้ เกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลตนเองทั้งจัด โดยองค์กรหน่วยงานหรือจากบุคคล ภายในครอบครัวอย่างเหมาะสม พอดีตาม สภาพ	4.39	.540	มาก	1

ที่	รายการ	ระดับการรับรู้			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
3	ท่านรู้จักประมาณตนในการดูแลตนเองตามสภาพปัจจุบันของตนเองไม่ทำตัวให้เป็นภาระแก่บุคคลอื่น	4.37	.586	มาก	2
4	ท่านมีวิธีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับฐานะของตนเอง	4.36	.556	มาก	3
5	ท่านเก็บออมรายได้ส่วนหนึ่งไว้ใช้เพื่อการดูแลตนเองในช่วงเวลาที่มีความจำเป็นและเน้นการพึ่งตนเองเป็นสำคัญ	4.36	.566	มาก	3
6	ท่านรู้จักตอบสนองต่อภาวะคุกคามทางด้านสุขภาพที่มาระทบอย่างพอเหมาะ พอควร	4.35	.553	มาก	4
7	ท่านพิจารณาการเลือกคบเพื่อน การเข้ากลุ่มเพื่อสร้างสังคมสูงอายุดีอย่างเหมาะสม	4.25	.578	มาก	8
8	ท่านประกอบอาชีพด้วยความซื่อสัตย์สุจริตและเป็นไปตามสภาพร่างกายและความพร้อมทางสังคม	4.31	.555	มาก	7
9	ท่านไม่กระทำการใดๆ อันเป็นเหตุให้ตนเองเดือดร้อน ได้รับบาดเจ็บ หรือป่วย	4.32	.582	มาก	6
10	ท่านจัดทำแผนการดูแลตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับฐานะของตนเอง	4.39	.553	มาก	1
รวม		4.34	.283	มาก	

จากตาราง 4.26 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านความพอประมาณโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = .283) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านความพอประมาณ ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านตอบสนองความอยากมีอยากได้เกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลตนเองทั้งจัดโดยองค์กรหน่วยงานหรือจากบุคคลภายในครอบครัวอย่างเหมาะสมพอดีตามสภาพ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 ($\bar{X}$ = 4.39, S.D. = .540) และ ท่านจัดทำแผนการดูแลตนเองและ

ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับฐานะของตนเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 ($\bar{X}$ = 4.39, S.D. = .553) และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือท่านพิจารณาการเลือกคบเพื่อน การเข้ากลุ่มเพื่อสร้างสังคมสูงอายุอย่างเหมาะสม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = .578)

ตาราง 4.7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านการมีเหตุผล

ที่	รายการ	ระดับการรับรู้			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ท่านใช้เหตุผลในการพิจารณาและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองด้วยความรอบคอบ	4.31	.547	มาก	5
2	ท่านใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงโดยปราศจากภาวะคุกคามอย่างมีเหตุผล	4.34	.608	มาก	2
3	ท่านยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลในแต่ละคนได้	4.31	.588	มาก	5
4	ท่านคำนึงถึงผลกระทบจากการไม่ดูแลตนเองทั้งในด้านสังคมและสุขภาพของตนเองต่อคนรอบข้าง	4.34	.583	มาก	2
5	ท่านคิดและทบทวนอย่างรอบคอบก่อนเลือกวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเองและการปรับตัว	4.34	.552	มาก	2
6	ท่านมีการวางแผนการดูแลตนเองอย่างเป็นขั้นตอน	4.33	.568	มาก	3
7	เมื่อมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง เช่น การทราบผลจากการตรวจสุขภาพ ท่านสามารถจะควบคุมอารมณ์ได้	4.29	.567	มาก	6
8	ท่านมีความอดทน อดกลั้นต่อการปรับตัวเพื่ออยู่ในสังคมผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี	4.36	.569	มาก	1
9	ท่านใจกว้าง หนักแน่น รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นเกี่ยวกับสุขภาพและสมรรถนะในการทำงานของท่าน	4.32	.559	มาก	4

ที่	รายการ	ระดับการรับรู้			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
10	ท่านเชื่อมั่นในการทำความดี ความพยายาม และการพึ่งตนเอง	4.32	.571	มาก	4
	รวม	4.33	.333	มาก	

จากตาราง 4.27 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านการมีเหตุผล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = .333) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านการมีเหตุผล ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านท่านมีความอดทน อดกลั้นต่อการปรับตัวเพื่ออยู่ในสังคม ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = .569) และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือเมื่อมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง เช่น การทราบผลจากการตรวจสุขภาพ ท่านสามารถจะควบคุมอารมณ์ได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = .567)

ตาราง 4.28 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี

ที่	รายการ	ระดับการรับรู้			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ท่านสามารถยอมรับต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพและการปรับตัวในสังคม	4.28	.556	มาก	7
2	ท่านสามารถรับมือและหาทางป้องกันความล้มเหลวอันเกิดจากก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ	4.28	.560	มาก	7
3	ท่านคำนึงถึงผลดีและผลเสียของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ	4.32	.541	มาก	5
4	ท่านปลูกฝังความคิด ประสพการณ์ในการดำเนินชีวิตที่ดีและสามารถเป็นตัวอย่างได้ให้กับบุคคลรอบข้างเมื่อมีโอกาส	4.35	.558	มาก	3
5	ท่านมีความสามารถในการพึ่งตนเองทั้งในเรื่องของรายได้และการดูแลตนเอง	4.33	.542	มาก	4

ที่	รายการ	ระดับการรับรู้			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
6	ท่านปฏิบัติตนในระเบียบและวินัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในทุกๆ ด้าน	4.26	.546	มาก	8
7	ท่านดูแลรักษาสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นประจำ	4.33	.509	มาก	4
8	ท่านมีความพึงพอใจในการดูแลตนเองด้วยตนเองและการดูแลจากผู้อื่นเป็นอย่างดี	4.36	.543	มาก	2
9	ท่านมีความประนีประนอมยืดหยุ่นให้กับคนในครอบครัวและอยู่ร่วมกันอย่างดี	4.40	.537	มาก	1
10	ท่านมีความเสี่ยงต่อสภาวะการณ์ในการดูแลตนเอง	4.29	.567	มาก	6
รวม		4.32	.294	มาก	

จากตาราง 4.28 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = .294) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านมีความประนีประนอมยืดหยุ่นให้กับคนในครอบครัวและอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีอคติ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 ($\bar{X}$ = 4.40, S.D. = .537) และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือท่านปฏิบัติตนในระเบียบและวินัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในทุกๆ ด้าน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26 ($\bar{X}$ = 4.26, S.D. = .546)

ตาราง 4.29 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตาม
ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านเงื่อนไขความรู้

ที่	รายการ	ระดับการรับรู้			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ท่านสามารถนำความรู้ ประสบการณ์ใน การดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปรับตัวมาเชื่อมโยงกันเพื่อ ประกอบการวางแผนในการดำเนินชีวิต ต่อไปในอนาคต	4.32	.540	มาก	5
2	ท่านสามารถแก้ไขปัญหาทางด้าน ครอบครัวและสุขภาพได้ด้วยตนเอง	4.30	.551	มาก	6
3	ท่านสามารถให้คำแนะนำหรือให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและ ครอบครัวแก่บุคคลอื่นได้	4.34	.534	มาก	2
4	ท่านได้ใช้ความรู้ และประสบการณ์มา ดูแลตนเองและนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน และดำเนินชีวิตได้อย่างพอเพียง	4.35	.568	มาก	3
5	ท่านศึกษาค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลตนเองเพิ่มเติมอยู่เสมอ	4.37	.549	มาก	1
6	ท่านเป็นผู้มีอุดมคติในการดูแลตนเองและ การดำเนินชีวิตในทุกๆด้านตามหลัก ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	4.30	.558	มาก	6
7	ท่านสามารถถ่ายทอดความรู้และ ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตให้แก่ผู้อื่น เพื่อใช้ในการพัฒนาชุมชน	4.34	.531	มาก	4
8	ท่านสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลตนเองเพิ่มเติมและจัดทำเป็นแนวทาง ที่ชัดเจนและถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้ใช้ ประโยชน์ได้	4.35	.531	มาก	3
9	ท่านสามารถนำความรู้และประสบการณ์ มาวางแผนการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เป็น ภาระแก่บุคคลอื่น	4.35	.550	มาก	3

ที่	รายการ	ระดับการรับรู้			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
10	ท่านสามารถนำความรู้และประสบการณ์ไปดำเนินการจนเกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจทั้งในส่วนของตนเอง ครอบครัว และสังคม	4.34	.565	มาก	4
	รวม	4.34	.279	มาก	

จากตาราง 4.29 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านเงื่อนไขความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = .279) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านเงื่อนไขความรู้ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านศึกษาค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มเติมอยู่เสมอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 ($\bar{X}$ = 4.37, S.D. = .549) และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือท่านสามารถแก้ไขปัญหาทางด้านครอบครัวและสุขภาพได้ด้วยตนเอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = .551) และท่านเป็นผู้มีอุดมคติในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตในทุกๆด้านตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = .558)

ตาราง 4.30 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านเงื่อนไขคุณธรรม

ที่	รายการ	ระดับการรับรู้			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
1	ท่านยึดหลักความซื่อสัตย์ สุจริต ความมีสติ ความขยันอดทน และการแบ่งปันในการดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพและสังคม	4.36	.528	มาก	1
2	ท่านอยู่ร่วมกับผู้อื่นในครอบครัวและสังคมอย่างมีสติและมีการช่วยเหลือแบ่งปันกันตามศักยภาพที่สามารถทำได้	4.35	.545	มาก	3
3	ท่านเป็นผู้ยึดถือหลักการแบ่งปันและช่วยเหลือกันกับคนรอบข้างโดยไม่เห็นแก่ตัว	4.32	.569	มาก	5
4	ท่านมีความรู้สึกละอายและรู้สึกสำนึกผิดทุกครั้งเมื่อท่านกระทำผิดต่อตนเอง และ	4.35	.560	มาก	3

ที่	รายการ	ระดับการรับรู้			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับที่
	บุคคลอื่น				
5	ท่านมีความกล้าในการที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองกระทำทั้งในด้านการดูแลตนเองและการใช้ชีวิตในครอบครัวสังคม	4.37	.554	มาก	2
6	ท่านมีความรับผิดชอบและมีวินัยในการดูแลตนเองและครอบครัวโดยไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น	4.35	.572	มาก	3
7	ท่านมีความกระตือรือร้นต่อการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ	4.34	.547	มาก	4
8	ท่านสามารถประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับการดูแลตนเองได้ทั้งด้านสุขภาพและสังคม	4.32	.541	มาก	5
9	ท่านยึดหลักสายกลางในการดำเนินชีวิต	4.34	.541	มาก	4
10	ท่านสนใจและเห็นความสำคัญในการใช้ชีวิตอย่างมีคุณธรรมจริยธรรมพร้อมกับยึดถือปฏิบัติในทุกกิจกรรมที่เกิดขึ้น	4.35	.558	มาก	3
	รวม	4.35	.307	มาก	

จากตาราง 4.30 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านเงื่อนไขคุณธรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ($\bar{X} = 4.35, S.D. = .307$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านเงื่อนไขคุณธรรมทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านยึดหลักความซื่อสัตย์ สุจริต ความมีสติ ความขยันอดทน และการแบ่งปันในการดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพและสังคม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 ($\bar{X} = 4.38, S.D. = .528$) และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือท่านเป็นผู้ยึดถือหลักการแบ่งปันและช่วยเหลือกันกับคนรอบข้างโดยไม่เห็นแก่ตัว ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ($\bar{X} = 4.32, S.D. = .569$) และท่านสามารถประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับการดูแลตนเองได้ทั้งด้านสุขภาพและสังคม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 ($\bar{X} = 4.32, S.D. = .541$)

5. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับ กิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ปรากฏดัง ตาราง 4.31-4.45 ดังนี้

ตาราง 4.31 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรเพศ

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.018	1	.018	.241	.624
	ภายในกลุ่ม	28.377	382	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้ อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.000	1	.000	.000	.985
	ภายในกลุ่ม	28.776	382	.076		
	รวม	28.776	383			
การรับรู้ ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.016	1	.016	.199	.656
	ภายในกลุ่ม	30.958	382	.082		
	รวม	30.974	383			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.000	1	.000	.006	.941
	ภายในกลุ่ม	16.380	374	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.31 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.32 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรอายุ

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.269	2	.134	1.820	.163
	ภายในกลุ่ม	28.126	381	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้ อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.177	2	.088	1.176	.310
	ภายในกลุ่ม	28.599	381	.075		
	รวม	28.776	383			
การรับรู้ ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.268	2	.134	1.647	.194
	ภายในกลุ่ม	30.707	381	.081		
	รวม	30.974	383			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.143	2	.072	1.647	.194
	ภายในกลุ่ม	16.237	373	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.32 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.33 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสถานภาพสมรส

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.030	3	.010	.132	.941
	ภายในกลุ่ม	28.365	380	.075		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้ อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.271	3	.090	1.201	.309
	ภายในกลุ่ม	28.505	379	.075		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.105	3	.035	.429	.732
	ภายในกลุ่ม	30.869	377	.082		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.010	2	.003	.079	.971
	ภายในกลุ่ม	16.370	373	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.33 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.34 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.212	3	.071	.953	.415
	ภายในกลุ่ม	28.183	380	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.316	3	.105	1.405	.241
	ภายในกลุ่ม	28.459	379	.075		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.137	3	.046	.557	.644
	ภายในกลุ่ม	30.838	377	.082		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.045	3	.015	.344	.794
	ภายในกลุ่ม	16.335	372	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.34 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.35 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรระดับการศึกษา

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.261	5	.052	.701	.623
	ภายในกลุ่ม	28.134	378	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้ อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.245	5	.049	.648	.663
	ภายในกลุ่ม	28.531	377	.075		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.156	5	.031	.379	.863
	ภายในกลุ่ม	30.818	375	.082		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.041	5	.008	.185	.968
	ภายในกลุ่ม	16.339	370	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.35 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.36 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสภาพการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.047	3	.016	.209	.890
	ภายในกลุ่ม	28.348	380	.075		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้ อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.037	3	.012	.161	.923
	ภายในกลุ่ม	28.739	379	.076		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.070	3	.023	.286	.836
	ภายในกลุ่ม	30.904	377	.082		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.016	3	.005	.124	.946
	ภายในกลุ่ม	16.364	372	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.36 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.37 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.167	2	.084	1.130	.324
	ภายในกลุ่ม	28.227	381	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้ อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.164	2	.082	1.087	.338
	ภายในกลุ่ม	28.612	380	.075		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.130	2	.065	.798	.451
	ภายในกลุ่ม	30.844	378	.082		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.018	2	.009	.205	.815
	ภายในกลุ่ม	16.362	373	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.37 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.38 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรรายได้ของผู้สูงอายุ

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.161	2	.081	1.089	.338
	ภายในกลุ่ม	28.233	381	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.057	2	.029	.378	.685
	ภายในกลุ่ม	28.719	380	.076		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.121	2	.061	.743	.476
	ภายในกลุ่ม	30.853	378	.082		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.043	2	.021	.490	.613
	ภายในกลุ่ม	16.337	373	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.38 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.39 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.072	3	.024	.322	.809
	ภายในกลุ่ม	28.323	380	.075		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้ อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.255	3	.085	1.131	.336
	ภายในกลุ่ม	28.520	379	.075		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.538	3	.179	2.223	.085
	ภายในกลุ่ม	30.436	377	.081		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.171	3	.057	1.308	.271
	ภายในกลุ่ม	16.209	372	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.39 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งที่มาของรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.40 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือ
การเจ็บป่วย

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.009	1	.009	.115	.735
	ภายในกลุ่ม	28.386	382	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้ อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.002	1	.002	.022	.882
	ภายในกลุ่ม	28.774	381	.076		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.075	1	.075	.926	.337
	ภายในกลุ่ม	30.899	379	.082		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.002	1	.002	.044	.835
	ภายในกลุ่ม	16.378	374	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.40 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.40 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการเจ็บป่วย

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.009	1	.009	.115	.735
	ภายในกลุ่ม	28.386	382	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.002	1	.002	.022	.882
	ภายในกลุ่ม	28.774	381	.076		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.075	1	.075	.926	.337
	ภายในกลุ่ม	30.899	379	.082		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.002	1	.002	.044	.835
	ภายในกลุ่ม	16.378	374	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.40 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.41 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรความถี่ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.059	3	.020	.262	.853
	ภายในกลุ่ม	28.336	380	.075		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.061	3	.020	.269	.848
	ภายในกลุ่ม	28.715	379	.076		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.042	3	.014	.169	.917
	ภายในกลุ่ม	30.933	377	.082		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.011	3	.004	.082	.970
	ภายในกลุ่ม	16.369	372	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.41 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.42 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมครอบครัว

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.387	3	.129	1.749	.157
	ภายในกลุ่ม	28.008	380	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.410	3	.137	1.827	.142
	ภายในกลุ่ม	28.366	379	.075		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.302	3	.101	1.236	.296
	ภายในกลุ่ม	30.672	377	.081		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.098	3	.033	.745	.526
	ภายในกลุ่ม	16.282	372	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.42 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.43 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมชุมชน

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.183	3	.061	.820	.484
	ภายในกลุ่ม	28.212	380	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้ อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.586	3	.195	2.626	.050
	ภายในกลุ่ม	28.190	379	.074		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.491	3	.164	2.023	.110
	ภายในกลุ่ม	30.484	377	.081		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.213	3	.071	1.637	.180
	ภายในกลุ่ม	16.167	372	.043		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.43 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมชุมชนต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.44 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.219	3	.073	.986	.399
	ภายในกลุ่ม	28.176	380	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.031	3	.010	.135	.939
	ภายในกลุ่ม	28.745	379	.076		
	รวม	28.776	382			
การรับรู้ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.281	3	.094	1.151	.328
	ภายในกลุ่ม	30.693	377	.081		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.108	3	.019	.823	.432
	ภายในกลุ่ม	16.272	372	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.44 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกายต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.45 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
การรับรู้ ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	.016	1	.016	.221	.639
	ภายในกลุ่ม	28.378	382	.074		
	รวม	28.395	383			
การรับรู้ อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	.059	1	.059	.780	.378
	ภายในกลุ่ม	28.717	382	.075		
	รวม	28.776	383			
การรับรู้ ความสามารถ	ระหว่างกลุ่ม	.148	1	.148	1.825	.178
	ภายในกลุ่ม	30.826	379	.081		
	รวม	30.974	380			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.000	1	.000	.005	.944
	ภายในกลุ่ม	16.380	374	.044		
	รวม	16.380	375			

จากตาราง 4.45 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

6. ผลการเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ปรากฏดังตาราง 4.46-4.60 ดังนี้

ตาราง 4.46 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรเพศ

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ ด้านสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	.061	1	.061	.604	.437
	ภายในกลุ่ม	37.957	379	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.146	1	.146	1.577	.210
	ภายในกลุ่ม	35.637	384	.093		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	.120	1	.120	1.058	.304
	ภายในกลุ่ม	43.336	383	.113		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.521	1	.521	3.526	.061
	ภายในกลุ่ม	56.621	383	.148		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.482	1	.482	3.516	.062
	ภายในกลุ่ม	52.730	385	.137		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.139	1	.139	3.346	.068
	ภายในกลุ่ม	15.485	374	.041		
	รวม	15.623	375			

จากตาราง 4.46 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.47 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรอายุ

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ	ระหว่างกลุ่ม	.134	2	.067	.667	.514
รับผิดชอบ	ภายในกลุ่ม	37.884	378	.100		
ด้านสุขภาพ	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์	ระหว่างกลุ่ม	.172	2	.086	.923	.398
ระหว่าง	ภายในกลุ่ม	35.611	383	.093		
บุคคล	รวม	35.783	385			
การออกกำลัง	ระหว่างกลุ่ม	.371	2	.186	1.646	.194
กาย	ภายในกลุ่ม	43.084	382	.113		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.345	2	.172	1.160	.315
	ภายในกลุ่ม	56.797	382	.149		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ	ระหว่างกลุ่ม	.261	2	.131	.947	.389
ความเครียด	ภายในกลุ่ม	52.950	384	.138		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.023	2	.012	.280	.756
	ภายในกลุ่ม	15.600	373	.042		
	รวม	15.623	375			

จากตาราง 4.47 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.48 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสถานภาพสมรส

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ ด้านสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	.152	3	.051	.504	.680
	ภายในกลุ่ม	37.866	377	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.174	3	.058	.622	.601
	ภายในกลุ่ม	35.609	382	.093		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	.070	3	.023	.204	.894
	ภายในกลุ่ม	43.386	381	.114		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.228	3	.076	.509	.676
	ภายในกลุ่ม	56.914	381	.149		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.035	3	.012	.084	.969
	ภายในกลุ่ม	52.176	383	.139		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.013	3	.004	.102	.959
	ภายในกลุ่ม	15.611	372	.042		
	รวม	15.623	375			

จากตาราง 4.48 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.49 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	.308	3	.103	1.028	.380
	ภายในกลุ่ม	37.709	377	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.270	3	.090	.969	.408
	ภายในกลุ่ม	35.513	382	.093		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลัง กาย	ระหว่างกลุ่ม	.622	3	.207	1.843	.139
	ภายในกลุ่ม	43.834	381	.112		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.557	3	.186	1.251	.291
	ภายในกลุ่ม	56.585	381	.149		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.249	3	.083	.600	.615
	ภายในกลุ่ม	52.962	383	.138		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.175	3	.058	1.405	.241
	ภายในกลุ่ม	15.448	372	.042		
	รวม	15.623	375			

จากตาราง 4.49 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.50 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรระดับการศึกษา

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ ด้านสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	.520	5	.104	1.041	.393
	ภายในกลุ่ม	37.497	375	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.568	5	.114	1.226	.296
	ภายในกลุ่ม	35.215	380	.093		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	.965	5	.193	1.721	.129
	ภายในกลุ่ม	42.491	379	.112		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.755	5	.151	1.015	.408
	ภายในกลุ่ม	56.387	379	.149		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	1.713	5	.343	2.535	.028*
	ภายในกลุ่ม	51.962	381	.135		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.323	5	.065	1.562	.170
	ภายในกลุ่ม	15.300	370	.041		
	รวม	15.623	375			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.50 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการจัดการความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ .05

ตาราง 4.51 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสภาพการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	.093	3	.031	.309	.819
	ภายในกลุ่ม	37.924	377	.101		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.523	3	.174	1.890	.131
	ภายในกลุ่ม	35.260	382	.092		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลัง กาย	ระหว่างกลุ่ม	.186	3	.062	.546	.651
	ภายในกลุ่ม	43.270	381	.114		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.044	3	.015	.098	.961
	ภายในกลุ่ม	57.098	381	.150		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.241	3	.080	.582	.627
	ภายในกลุ่ม	52.970	383	.138		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.023	3	.008	.182	.909
	ภายในกลุ่ม	15.601	372	.042		
	รวม	15.623	375			

จากตาราง 4.51 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นต่างก็มีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.52 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	.149	2	.074	.742	.477
	ภายในกลุ่ม	37.869	378	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.773	2	.387	4.230	.015*
	ภายในกลุ่ม	35.010	383	.091		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลัง กาย	ระหว่างกลุ่ม	.477	2	.239	2.121	.121
	ภายในกลุ่ม	42.978	382	.113		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.334	2	.167	1.123	.326
	ภายในกลุ่ม	56.808	382	.149		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.150	2	.075	.543	.581
	ภายในกลุ่ม	53.061	384	.138		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.064	2	.032	.766	.466
	ภายในกลุ่ม	15.559	373	.042		
	รวม	15.623	375			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.52 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัยต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ .05

ตาราง 4.53 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรรายได้ของผู้สูงอายุ

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	.258	2	.129	1.293	.276
	ภายในกลุ่ม	37.759	378	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.232	2	.116	1.248	.288
	ภายในกลุ่ม	35.551	383	.093		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลัง กาย	ระหว่างกลุ่ม	.421	2	.211	1.869	.156
	ภายในกลุ่ม	43.035	382	.113		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.144	2	.072	.484	.617
	ภายในกลุ่ม	56.997	382	.149		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.150	2	.075	.543	.581
	ภายในกลุ่ม	53.061	384	.138		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.179	2	.090	2.165	.116
	ภายในกลุ่ม	15.444	373	.041		
	รวม	15.623	375			

จากตาราง 4.53 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.54 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	.167	3	.056	.556	.644
	ภายในกลุ่ม	37.850	377	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.158	3	.053	.565	.638
	ภายในกลุ่ม	35.625	382	.093		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลัง กาย	ระหว่างกลุ่ม	.032	3	.011	.094	.964
	ภายในกลุ่ม	43.424	381	.114		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.074	3	.025	.165	.920
	ภายในกลุ่ม	57.068	381	.150		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.205	3	.068	.494	.687
	ภายในกลุ่ม	53.006	383	.138		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.003	3	.001	.022	.996
	ภายในกลุ่ม	15.621	372	.042		
	รวม	15.623	375			

จากตาราง 4.54 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งที่มาของรายได้ต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.55 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการเจ็บป่วย

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	.286	1	.286	2.876	.091
	ภายในกลุ่ม	37.371	379	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.203	1	.203	2.187	.140
	ภายในกลุ่ม	35.580	384	.093		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	.901	1	.901	8.106	.005**
	ภายในกลุ่ม	42.555	383	.111		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.457	1	.457	3.091	.080
	ภายในกลุ่ม	56.684	383	.148		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.159	1	.159	1.157	.283
	ภายในกลุ่ม	53.052	385	.138		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.352	1	.352	8.630	.004**
	ภายในกลุ่ม	15.271	374	.041		
	รวม	15.623	375			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4.55 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการเจ็บป่วยต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมมีความแตกต่างกันระดับนัยสำคัญ .01 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

ตาราง 4.56 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่แปรความถี่ในการไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	.070	3	.023	.233	.873
	ภายในกลุ่ม	37.947	377	.101		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.038	3	.013	.134	.940
	ภายในกลุ่ม	35.745	382	.094		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลัง กาย	ระหว่างกลุ่ม	.203	3	.068	.597	.617
	ภายในกลุ่ม	43.252	381	.114		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.485	3	.162	1.087	.354
	ภายในกลุ่ม	56.657	381	.149		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.774	3	.258	1.883	.132
	ภายในกลุ่ม	52.438	383	.137		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.035	3	.012	.280	.840
	ภายในกลุ่ม	15.588	372	.042		
	รวม	15.623	375			

จากตาราง 4.56 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.57 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมครอบครัว

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	.501	3	.167	1.678	.171
	ภายในกลุ่ม	37.517	377	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.393	3	.131	1.416	.238
	ภายในกลุ่ม	35.389	382	.093		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	1.324	3	.441	3.990	.008**
	ภายในกลุ่ม	42.132	382	.111		
	รวม	43.456	385			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	1.581	3	.527	3.615	.013*
	ภายในกลุ่ม	55.560	381	.146		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.169	3	.056	.406	.748
	ภายในกลุ่ม	53.042	383	.138		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.337	3	.112	2.737	.043*
	ภายในกลุ่ม	15.286	372	.041		
	รวม	15.623	375			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.57 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมครอบครัวต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยรวมมีความแตกต่างกันระดับนัยสำคัญ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และด้านโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.58 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของชุมชน

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	.173	3	.058	.573	.633
	ภายในกลุ่ม	37.845	377	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.083	3	.028	.297	.827
	ภายในกลุ่ม	35.700	382	.093		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลัง กาย	ระหว่างกลุ่ม	.598	3	.199	1.771	.152
	ภายในกลุ่ม	42.858	381	.112		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.528	3	.176	1.185	.315
	ภายในกลุ่ม	56.614	381	.149		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.618	3	.206	1.500	.214
	ภายในกลุ่ม	52.593	383	.137		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.270	3	.090	2.177	.090
	ภายในกลุ่ม	15.534	372	.041		
	รวม	15.623	375			

จากตาราง 4.58 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของชุมชนต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้าน ทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.59 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	.278	3	.093	.925	.429
	ภายในกลุ่ม	37.740	377	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.072	3	.024	.258	.856
	ภายในกลุ่ม	35.711	382	.093		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลังกาย	ระหว่างกลุ่ม	.019	3	.006	.056	.983
	ภายในกลุ่ม	43.437	381	.114		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.326	3	.109	.729	.535
	ภายในกลุ่ม	56.816	381	.149		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.403	3	.134	.975	.404
	ภายในกลุ่ม	52.808	383	.138		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.014	3	.005	.110	.954
	ภายในกลุ่ม	15.609	372	.042		
	รวม	15.623	375			

จากตาราง 4.59 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกายต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.60 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตัวแปรสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ รับผิดชอบ	ระหว่างกลุ่ม	.066	1	.066	.657	.418
	ภายในกลุ่ม	37.952	379	.100		
	รวม	38.017	380			
ความสัมพันธ์ ระหว่าง บุคคล	ระหว่างกลุ่ม	.332	1	.332	3.594	.059
	ภายในกลุ่ม	35.451	384	.092		
	รวม	35.783	385			
การออกกำลัง กาย	ระหว่างกลุ่ม	.320	1	.320	2.838	.093
	ภายในกลุ่ม	43.136	383	.113		
	รวม	43.456	384			
โภชนาการ	ระหว่างกลุ่ม	.040	1	.040	.270	.604
	ภายในกลุ่ม	57.102	383	.149		
	รวม	57.142	384			
การจัดการ ความเครียด	ระหว่างกลุ่ม	.278	1	.278	2.026	.155
	ภายในกลุ่ม	52.933	385	.137		
	รวม	53.211	386			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.005	1	.005	.127	.722
	ภายในกลุ่ม	15.618	374	.042		
	รวม	15.623	375			

จากตาราง 4.60 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยต่างกันมีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

7. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามเพศ อายุ สถานภาพ สมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของ บ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไป พบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรม ชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ปรากฏดังตาราง 4.61-4.75 ดังนี้

ตาราง 4.61 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรเพศ

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความพอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.062	1	.062	.768	.382
	ภายในกลุ่ม	30.736	382	.080		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.099	1	.099	.894	.345
	ภายในกลุ่ม	42.729	385	.111		
	รวม	42.828	386			
การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.108	1	.108	1.252	.264
	ภายในกลุ่ม	33.183	384	.086		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไขความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.322	1	.322	4.154	.042*
	ภายในกลุ่ม	29.561	381	.078		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไขคุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.097	1	.097	1.028	.311
	ภายในกลุ่ม	36.096	381	.095		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.070	1	.070	2.626	.106
	ภายในกลุ่ม	10.005	374	.027		
	รวม	10.076	375			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.61 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เพื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านเงื่อนไขความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.62 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรอายุ

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ พอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.069	2	.035	.428	.652
	ภายในกลุ่ม	30.728	381	.081		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.332	2	.166	1.500	.224
	ภายในกลุ่ม	42.496	384	.111		
	รวม	42.828	386			
การมี ภูมิคุ้มกันใน ตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.386	2	.194	2.263	.105
	ภายในกลุ่ม	32.902	383	.086		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไข ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.017	2	.009	.109	.897
	ภายในกลุ่ม	29.866	380	.079		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไข คุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.174	2	.087	.917	.401
	ภายในกลุ่ม	36.020	380	.095		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.015	2	.007	.269	.764
	ภายในกลุ่ม	10.061	373	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.62 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.63 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรสถานภาพสมรส

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความพอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.116	3	.039	.480	.697
	ภายในกลุ่ม	30.681	380	.081		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.100	3	.033	.300	.826
	ภายในกลุ่ม	42.728	383	.112		
	รวม	42.828	386			
การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.176	3	.059	.678	.566
	ภายในกลุ่ม	33.115	382	.087		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไขความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.012	3	.004	.050	..985
	ภายในกลุ่ม	29.871	379	.079		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไขคุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.212	3	.071	.744	.527
	ภายในกลุ่ม	35.982	379	.095		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.019	3	.006	.234	.872
	ภายในกลุ่ม	10.057	372	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.63 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีสภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.64 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ พอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.051	3	.017	.210	.889
	ภายในกลุ่ม	30.746	380	.081		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.243	3	.081	.729	.535
	ภายในกลุ่ม	42.585	383	.111		
	รวม	42.828	386			
การมี ภูมิคุ้มกันใน ตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.404	3	.135	1.566	.197
	ภายในกลุ่ม	32.887	382	.086		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไข ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.334	3	.111	1.428	.234
	ภายในกลุ่ม	29.549	379	.079		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไข คุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.632	3	.211	2.244	.083
	ภายในกลุ่ม	35.562	379	.094		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.113	3	.038	1.410	.239
	ภายในกลุ่ม	9.962	372	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.64 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.65 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรระดับการศึกษา

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ พอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.357	5	.071	.887	.490
	ภายในกลุ่ม	30.440	378	.081		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.344	5	.069	.616	.688
	ภายในกลุ่ม	42.484	381	.112		
	รวม	42.828	386			
การมี ภูมิคุ้มกันใน ตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.888	5	.178	2.083	.067
	ภายในกลุ่ม	32.403	380	.085		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไข ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.064	5	.013	.161	.976
	ภายในกลุ่ม	29.819	377	.079		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไข คุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	1.974	5	.395	4.350	.001***
	ภายในกลุ่ม	34.219	381	.091		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.091	5	.018	.674	.643
	ภายในกลุ่ม	9.985	370	.027		
	รวม	10.076	375			

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 4.65 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านเงื่อนไขคุณธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ .001

ตาราง 4.66 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรสภาพการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความพอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.418	3	.139	1.743	.158
	ภายในกลุ่ม	30.739	380	.080		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.095	3	.032	.284	.837
	ภายในกลุ่ม	42.733	383	.112		
	รวม	42.828	386			
การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.563	3	.188	2.189	.089
	ภายในกลุ่ม	32.729	382	.086		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไขความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.296	3	.099	1.266	.286
	ภายในกลุ่ม	29.587	379	.078		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไขคุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.353	3	.118	1.244	.293
	ภายในกลุ่ม	35.840	379	.095		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.019	3	.006	.231	.875
	ภายในกลุ่ม	10.057	372	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.66 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นต่างก็มีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.67 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความพอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.148	2	.074	.921	.399
	ภายในกลุ่ม	30.649	381	.080		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.093	2	.046	.418	.659
	ภายในกลุ่ม	42.735	384	.111		
	รวม	42.828	386			
การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.086	2	.043	.498	.608
	ภายในกลุ่ม	33.205	383	.087		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไขความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.008	2	.004	.052	.949
	ภายในกลุ่ม	29.875	380	.079		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไขคุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.076	2	.039	.411	.663
	ภายในกลุ่ม	36.115	380	.095		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.007	2	.004	.138	.871
	ภายในกลุ่ม	10.068	373	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.67 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัยต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ .05

ตาราง 4.68 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรรายได้ของผู้สูงอายุ

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความพอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.093	2	.046	.577	.562
	ภายในกลุ่ม	30.704	381	.081		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.166	2	.083	.745	.475
	ภายในกลุ่ม	42.662	384	.111		
	รวม	42.828	386			
การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.071	2	.035	.408	.665
	ภายในกลุ่ม	33.220	383	.087		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไขความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.050	2	.025	.321	.726
	ภายในกลุ่ม	29.833	380	.079		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไขคุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.392	2	.196	2.078	.127
	ภายในกลุ่ม	35.802	380	.094		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.005	2	.002	.091	.913
	ภายในกลุ่ม	10.071	373	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.68 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.69 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ พอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.066	3	.022	.271	.864
	ภายในกลุ่ม	30.732	380	.081		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.261	3	.087	.783	.504
	ภายในกลุ่ม	42.567	383	.111		
	รวม	42.828	386			
การมี ภูมิคุ้มกันใน ตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.238	3	.079	.917	.432
	ภายในกลุ่ม	33.053	382	.087		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไข ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.084	3	.028	.356	.785
	ภายในกลุ่ม	29.799	379	.079		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไข คุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.094	3	.031	.328	.805
	ภายในกลุ่ม	36.100	379	.096		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.015	3	.005	.187	.905
	ภายในกลุ่ม	10.060	372	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.69 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีแหล่งที่มาของรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.70 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการเจ็บป่วย

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความพอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.051	1	.051	.632	.427
	ภายในกลุ่ม	30.747	382	.080		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.252	1	.252	2.280	.132
	ภายในกลุ่ม	42.576	385	.111		
	รวม	42.828	386			
การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.308	1	.308	3.590	.059
	ภายในกลุ่ม	32.983	384	.086		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไขความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.038	1	.038	.481	.488
	ภายในกลุ่ม	29.845	381	.078		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไขคุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.072	1	.072	.762	.383
	ภายในกลุ่ม	36.121	381	.095		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.021	1	.021	.771	.381
	ภายในกลุ่ม	10.055	374	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.70 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านไม่มีความแตกต่างกันระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 4.71 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรความถี่ในการไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความพอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.295	3	.098	1.224	.301
	ภายในกลุ่ม	30.503	380	.080		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.612	3	.204	1.850	.138
	ภายในกลุ่ม	42.216	383	.110		
	รวม	42.828	386			
การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.079	3	.026	.304	.823
	ภายในกลุ่ม	33.212	382	.087		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไขความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.091	3	.030	.386	.763
	ภายในกลุ่ม	29.792	379	.078		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไขคุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.175	3	.058	.614	.606
	ภายในกลุ่ม	36.018	379	.095		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.127	3	.042	1.580	.194
	ภายในกลุ่ม	9.949	372	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.71 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาต่างกันมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.72 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมครอบครัว

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความพอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.137	3	.046	.568	.637
	ภายในกลุ่ม	30.660	380	.081		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.274	3	.091	.822	.482
	ภายในกลุ่ม	42.554	383	.111		
	รวม	42.828	386			
การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.138	3	.046	.531	.661
	ภายในกลุ่ม	33.153	382	.087		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไขความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.467	3	.156	2.006	.113
	ภายในกลุ่ม	29.416	379	.078		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไขคุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.060	3	.020	.209	.890
	ภายในกลุ่ม	36.134	379	.095		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.009	13	.003	.112	.953
	ภายในกลุ่ม	10.066	372	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.72 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกข้อไม่แตกต่างกันมีระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 4.73 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของชุมชน

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความพอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.161	3	.054	.667	.573
	ภายในกลุ่ม	30.636	380	.081		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.303	3	.101	.911	.436
	ภายในกลุ่ม	42.524	383	.111		
	รวม	42.828	386			
การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.120	3	.040	.461	.710
	ภายในกลุ่ม	33.171	382	.087		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไขความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.179	3	.060	.760	.517
	ภายในกลุ่ม	29.704	379	.078		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไขคุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.028	3	.009	.099	.961
	ภายในกลุ่ม	36.165	379	.095		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.056	3	.019	.696	.555
	ภายในกลุ่ม	10.019	372	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.73 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของชุมชนต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.74 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความ พอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.051	3	.017	.209	.890
	ภายในกลุ่ม	30.747	380	.081		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.036	3	.012	.108	.955
	ภายในกลุ่ม	42.792	383	.112		
	รวม	42.828	386			
การมี ภูมิคุ้มกันใน ตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.092	3	.031	.354	.786
	ภายในกลุ่ม	33.199	382	.087		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไข ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.188	3	.063	.799	.495
	ภายในกลุ่ม	29.695	379	.078		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไข คุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.136	3	.045	.478	.698
	ภายในกลุ่ม	36.057	379	.095		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.014	3	.005	.175	.913
	ภายในกลุ่ม	10.061	372	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.74 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกายต่างกันมี
พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตาราง 4.75 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสำหรับเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามตัวแปรสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย

ด้าน	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	sig
ความพอประมาณ	ระหว่างกลุ่ม	.001	1	.001	.012	.914
	ภายในกลุ่ม	30.796	382	.081		
	รวม	30.797	383			
การมีเหตุผล	ระหว่างกลุ่ม	.018	1	.018	.158	.692
	ภายในกลุ่ม	42.810	385	.111		
	รวม	42.828	386			
การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี	ระหว่างกลุ่ม	.001	1	.001	.017	.896
	ภายในกลุ่ม	33.290	384	.087		
	รวม	33.291	385			
เงื่อนไขความรู้	ระหว่างกลุ่ม	.040	1	.040	.516	.473
	ภายในกลุ่ม	29.843	381	.078		
	รวม	29.883	382			
เงื่อนไขคุณธรรม	ระหว่างกลุ่ม	.003	1	.003	.034	.855
	ภายในกลุ่ม	36.190	381	.095		
	รวม	36.193	382			
รวมเฉลี่ย	ระหว่างกลุ่ม	.010	1	.010	.382	.537
	ภายในกลุ่ม	10.065	374	.027		
	รวม	10.076	375			

จากตาราง 4.75 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

8. ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ

8.1 ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย พบว่าผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ ทั้งโรคทางกายและทางความจำหรือสมองเข้ามาเบียดเบียน โดยเฉพาะ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม และโรคซึมเศร้า

8.2 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดู อาจจะไม่มียาได้หรือรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ และบางรายถึงขั้นไม่มีที่อยู่อาศัยทำให้ได้รับความลำบาก

8.3 ปัญหาทางด้านความรู้ ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสได้รับความรู้เพื่อการพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับวัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และเพื่อให้เข้ากันได้กับเยาวชนรุ่นใหม่

8.4 ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ ตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและลูกน้องจำนวนมาก เมื่อเกษียณอายุราชการ จะมีความรู้สึกเสียดยอดอำนาจและตำแหน่ง ซึ่งส่งผลให้เยาวชนและเด็กรุ่นหลังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ เห็นคนรุ่นเก่าล้าสมัยพูดไม่รู้เรื่องและไม่มีประโยชน์

8.5 ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งไม่ได้รับความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกท้อแท้ ถึงแม้ว่าลูกหลานจะมาเยี่ยมในช่วงเทศกาลก็ตาม จนทำให้เกิดความรู้สึกกังวลต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเจ็บป่วยตามวัย หรือเรื่องของความตาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงบ่อย แต่มีผู้สูงอายุบางคนยังมีความต้องการความสุขทางเพศอยู่ซึ่งไม่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายก็จะทำให้รู้สึกผิดหวังเพราะไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ก็จะเกิดอาการเศร้า เศร้า เหมย เอาแต่ใจ

8.6 ปัญหาที่เกี่ยวกับครอบครัว ปัญหาผู้สูงอายุที่มีเยอะสุด คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น และเกิดความอบอุ่น แต่ในปัจจุบันสังคมครอบครัวของไทยไม่ว่าจะเป็นในสังคมเมืองหรือสังคมชนบทจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแลและได้รับความอบอุ่นดังเช่นในอดีตที่ผ่านมา

8.7 ปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง ปัจจุบันความเปลี่ยนแปลงจากภาวะทางด้านสังคมและเศรษฐกิจทำให้เยาวชนมีความกตเวทิต่อพ่อ แม่ ครูบาอาจารย์ น้อยลง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแล ต้องอาศัยสถานสงเคราะห์คนชรา หรือชมรมต่างๆ เป็นที่รวมกลุ่มของเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งในอนาคตเมื่อประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปสังคมไทยจากกลายเป็นสังคมตะวันตกมากขึ้น คือ ต่างคนต่างอยู่ ไม่มีการเอื้อเฟื้อ หรือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่มีการทดแทนบุญคุณ

9. ความต้องการของผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุแบ่งได้ดังนี้

9.1 ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

- 9.1.1 ต้องการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์
- 9.1.2 ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
- 9.1.3 ต้องการมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยเฉพาะค่ายารักษาตัว
- 9.1.4 ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมที่ดี
- 9.1.5 ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย
- 9.1.6 ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย
- 9.1.7 ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันที
- 9.1.8 ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ
- 9.1.9 ต้องการได้รับการพักผ่อน เทียบตามสถานที่ และตามเทศกาลต่างๆ อย่างเพียงพอ
- 9.1.10 ต้องการบำรุงรักษาร่างกายและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามสภาพร่างกายที่มีอยู่
- 9.1.11 ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

9.2 ความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมจะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจ และอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจของตนเอง ให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าเด็กๆ ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบคือ

9.2.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตัวเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง

9.2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าการสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง เหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิด หรือโกรธง่าย ผู้สูงอายุต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ

9.2.3 ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น

9.2.4 การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของสังคม การมีอายุมากขึ้น คือ การใช้เวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิตการยอมรับสภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุบางคนมุ่งสร้างความดีงามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น

9.2.5 ความผิดปกติทางจิตใจและในวัยสูงอายุ แยกเป็นกลุ่มอาการทางจิต 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม และ 2) กลุ่มอาการผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์

9.3 ความต้องการทางด้านสังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

- 9.3.1 ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น
- 9.3.2 ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ
- 9.3.3 ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด
- 9.3.4 ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่รายได้บริการจากรัฐ
- 9.3.5 ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม
- 9.3.6 ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลงไม่ต้องการความเมตตาสงสาร
- 9.3.7 ต้องการการประกันรายได้และประกันความชราภาพ

10. การปรับตัวและการวางแผนของผู้สูงอายุ

10.1 การวางแผนให้เหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดี ผู้สูงอายุควรวางแผนตัวให้เหมาะสมกับวัย ประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว

10.2 เป็นที่ปรึกษาแนะนำและกำลังใจแก่ลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหา ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านปัญหาและอุปสรรคมาเยอะ มีประสบการณ์ที่สามารถนำมาเป็นบทเรียนให้คำปรึกษาแนะนำแก่ลูก หลานได้เป็นอย่างดี การถ่ายทอด ความรู้ ประสบการณ์ในอดีตจึงเป็นสิ่งมีค่าและเป็นกำลังใจให้แก่ลูก หลาน แต่สิ่งที่พึงระวังและเป็นข้อจำกัดสำหรับลูก หลานและสมาชิกในครอบครัวก็คือ ต้องไม่เป็นการนำเรื่องในอดีตที่ร้ายแรง หรือมีผลกระทบรุนแรงต่อความเครียดในผู้สูงอายุ

10.3 ช่วยเหลืองานบ้านตามความสามารถและความถนัด ผู้สูงอายุมักจะไม่ว่างเฉยหากสภาพร่างกายยังมีกำลังดี ก็จะช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร รดน้ำต้นไม้ เลี้ยงหลาน ทำงานสวน ไร่ นา เป็นต้น

10.4 การยอมรับบทบาทและสถานภาพที่เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจะต้องตระหนักว่า เมื่ออายุมากขึ้น เมื่อก่อนเคยเป็นผู้ให้ เป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้มีบทบาทในสังคม ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้รับ เป็นผู้ตาม ลดบทบาทในสังคมสถานภาพเปลี่ยนแปลงไป

10.5 การยอมรับและเข้าใจผู้อื่น ผู้สูงอายุจะต้องยอมรับและปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว ได้อย่างปกติสุข การยอมรับบทบาทและการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เป็นการให้กำลังใจ และให้เกียรติแก่ลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีส่วนช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

10.6 การช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถทำได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีความเกรงใจลูก หลาน และผู้อุปการะดูแลใกล้ชิดอยู่เป็นปกตินิสัย ดังนั้น การช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุเท่าที่สามารถทำได้ จึงเป็นการแบ่งเบา หรือลดภาระของผู้อื่นในครอบครัว การแบ่งเบาภาระและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นับเป็นการเสริมสร้างและรักษาสัมพันธภาพอันดีระหว่างกันไว้ได้

11. การดูแลสุขภาพตนเองตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

11.1 ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไปโดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ผู้สูงอายุได้ให้ความคิดเห็นตามความเข้าใจเบื้องต้น ดังต่อไปนี้

11.1.1 การรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย และสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว

11.1.2 การออกกำลังกายพยายามที่จะใช้เวลาให้เหมาะสมกับภาระกิจหรืองานที่ต้องปฏิบัติในแต่ละ แต่ไม่สามารถที่จะกำหนดเวลาที่แน่นอนชัดเจนได้ โดยส่วนใหญ่คิดว่าการทำงานหนักหรืองานที่จะต้องออกแรงคือการออกกำลังกาย

11.1.3 การนอนหลับหรือพักผ่อน ทุกคนสามารถใช้เวลาได้ดีพอสมควรกับภาระกิจที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งในส่วนของนอนพักในช่วงเวลากลางวันบ้างในบางวันซึ่งถือเป็นการพักผ่อนโดยปกติของผู้สูงอายุ

11.1.4 มีการคิดหรือจัดสรรแบ่งรายได้ที่ได้รับสำหรับค่าใช้จ่ายต่างอย่างเป็นระบบ โดยส่วนใหญ่พยายามจัดแบ่งเงินไว้สำหรับการรักษาพยาบาล และทำบุญ ซึ่งก็ยังคงมีเงินเพียงพอที่จะใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

11.2 ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้น จะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผลโดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ๆ อย่างรอบคอบ

11.2.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความละเอียดรอบคอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในการที่จะจ่ายอะไรก็ตามจะต้องคิดอย่างรอบคอบ รวมถึงคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้น เช่น การที่ใช้เงินในการที่ไม่ซื้อของกินตามใจปากก็หยุดและรอให้ลูก หลานซื้อมาให้ตามเทศกาลต่าง ๆ

11.2.2 พฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเนื่องจากอาหารการกินที่ลูกหลานนำมาให้ในแต่ละเทศกาลเป็นอาหารที่ไม่เน้นความเป็นอาหารสุขภาพ แต่เป็นอาหารตามสมัยนิยม เช่น ขนมเบเกอรี่ หรือ อาหารสากลอื่นๆ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็พยายามที่จะรับประทานอาหารเพื่อเป็นกำลังใจให้กับลูก หลานแต่ยังคงย้อนกลับไปรับประทานอาหารตามวิถีชีวิตเดิมประกอบเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นไปตามวิถีชีวิตเดิมที่เคยปฏิบัติและสอดคล้องกับการใช้ชีวิตอย่างพอเพียงทั้งทางด้านเศรษฐกิจและทางด้านสุขภาพ

11.3 การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล จากความคิดเห็นของผู้สูงอายุสามารถสรุปได้ดังนี้

11.3.1 ส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมทางด้านการดูแลสุขภาพตนเองโดยปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการนัดหมายอย่างแน่นอนและชัดเจน

11.3.2 มีการเตรียมความพร้อมทางด้านการเงินเพื่อการใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีความสุขและคิดว่าจะไม่ฝากภาระนี้ไว้กับลูก หลาน หรือญาติพี่น้อง

11.3.3 บางคนพยายามทำใจที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เปลี่ยนไป ซึ่งส่วนใหญ่ยอมรับสภาพได้โดยไม่ยากยกเว้นบางคนที่เคยมีงานประจำหรือมีบทบาทในการเป็นผู้นำในระหว่างวัยทำงานจะใช้เวลาในการทำใจยอมรับนานกว่าแต่อย่างไรก็ดีส่วนใหญ่ปรับตัวได้ดี

11.3.4 มีการเรียนรู้และใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เช่น โทรศัพท์มือถือ ในการติดตามข่าวคราวทางด้านสุขภาพ หรือการติดต่อรายได้สุขภาพให้เจ้าหน้าที่หรือลูก หลานได้รับทราบในกรณีที่มีกรณีฉุกเฉินเกิดขึ้นกันตนเอง

11.3.5 มีการร่วมกลุ่มกันเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ชีวิต ในแต่ละวาระเพื่อเป็นผ่อนคลายความเครียดและติดตามความเป็นไปของสมาชิกแต่ละคนไม่เก็บตัวอยู่แต่กับบ้านหรืออยู่กับตัวเองดังเช่นแต่ก่อน

11.4 เจาะใจความรู้ ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผน และความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ สรุปรจากความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

11.4.1 มีความสนใจที่เข้าร่วมประชุมกับหน่วยงานทางด้านสุขภาพที่เข้ามาให้ความรู้มากขึ้น

11.4.2 มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนที่จัดขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมที่เป็นความรู้ โดยเฉพาะกลุ่ม อสม.ประจำหมู่บ้าน

11.4.3 มีการติดตามและพูดคุยเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับผ่านสื่อต่างๆ เช่น รายการโทรทัศน์ หรือ ข่าวจากหนังสือพิมพ์ หรือ คำบอกเล่าของลูก หลาน

11.5 เจาะใจคุณธรรม ที่จะต้องเสริมสร้างประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริตและมีความอดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต สามารถสรุปได้ดังนี้

11.5.1 ส่วนใหญ่นิยมไปทำบุญที่วัดตามปกติและจะให้ความสนใจและสำคัญมากในช่วงเทศกาล

11.5.2 มีความอดทนทั้งในการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตกับครอบครัวและสังคม

11.5.3 มีความต้องการใช้กำลังกายและแรงที่มีอยู่ประกอบอาชีพหาเลี้ยงชีพด้วยความเพียรพยายามและไม่พยายามที่จะรบกวนลูก หลานมากนัก

11.5.4 ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอย่างรอบคอบและมีสติปัญญาในทุกเรื่องๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเงิน การกิน การอยู่ หรือแม้กระทั่งการทำบุญ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอสรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะจากการวิจัย ตามลำดับดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. ขอบเขตของการวิจัย
3. วิธีการดำเนินการวิจัย
 - 3.1 กลุ่มตัวอย่าง
 - 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - 3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล
4. สรุปผลการวิจัย
5. อภิปรายผล
6. ข้อเสนอแนะ
 - 6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 6.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยไว้ดังนี้

- 1.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)
- 1.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
- 1.3 เพื่อศึกษาสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)
- 1.4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กับสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

1.5 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับสภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

2. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในการวิจัยไว้ดังนี้

1) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุ)ในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 10,014,705คน(ข้อมูล ณ วันที่ 31สิงหาคม 2557 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร)

2) ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรอิสระคือ ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 1) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านโภชนาการ และ 5) ด้านการจัดการความเครียด

หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ได้แก่ 1) ด้านความพอประมาณ 2) ด้านการมีเหตุผล 3) ด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี 4) เงื่อนไขความรู้ และ 5) เงื่อนไขคุณธรรม

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

3. วิธีการดำเนินการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทย จำนวน 400 คน กำหนดโดยการใช้สูตรของ Taro Yamane โดยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ 387 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.75

2) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบประเมินค่า (Rating Scale) ของ Likert เป็นเครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย 15 ประเด็น ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ 5) ระดับการศึกษา 6) สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น 7) ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย 8) รายได้ 9) แหล่งที่มาของรายได้ 10) ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง 11) สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน 12) การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว 13) การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน 14) กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และ 15) สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 3) การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตอนที่ 3 สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Pender) โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านโภชนาการ และ 5) ด้านการจัดการความเครียด

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความพอประมาณ 2) ด้านการมีเหตุผล 3) ด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี 4) ด้านเงื่อนไขความรู้ และ 5) ด้านเงื่อนไขคุณธรรม

และแบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ปัญหาที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 2 ความต้องการของผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 3 การปรับตัวและการวางตัวของผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 4 การดูแลสุขภาพตนเองตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยกระจายกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลภายใน 1 เดือน รวมถึงในระหว่างในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามก็ได้ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างไปพร้อมๆ กันด้วย

3) การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดดังนี้

3.1 ค่าร้อยละและค่าความถี่ใช้สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 1

3.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 2 , 3 และ 4

3.3 การวิเคราะห์เนื้อหาใช้สำหรับแบบสัมภาษณ์

3.4 การเปรียบเทียบความคิดเห็น ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way

ANOVA)

4. สรุปผลการวิจัย

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

4.1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 66 – 70 ปี มีสถานภาพสมรส มีความสามารถในการอ่านไม่ได้แต่เขียนได้ สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา พักอาศัยอยู่กับลูกหลาน บ้านที่พำนักตั้งอยู่นอกเขตเทศบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 – 5,000 บาท มีแหล่งรายได้จากเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองน้อยกว่า 3,000 บาท ไม่ไปพบแพทย์ในรอบหนึ่งเดือน มีส่วนร่วมกิจกรรมของครอบครัวในบางครั้ง มีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชนในบางครั้ง ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง และอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

4.2) ความคิดและความรู้สึกรู้สีก่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองสูงที่สุด ประกอบด้วย การรับประทานเนื้อปลาจะได้โปรตีนที่มีประโยชน์มากกว่าเนื้อสัตว์ประเภทอื่นๆ และการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเสริม เช่น แบริน รังนก วิตามินต่างๆ เป็นประจำทำให้ร่างกายแข็งแรง และด้านที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ในการ

ปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองต่ำที่สุด คือการตรวจสุขภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

4.3) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองสูงที่สุด ประกอบด้วย การทำงานต่างๆ ทำให้ท่านไม่มีเวลาให้กับคนใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร และญาติพี่น้อง ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลในชุมชนทำให้ท่านทำงานอย่างขาดความสุข และท่านไม่ค่อยมีเพื่อนสนิทหรือบุคคลที่ใกล้ชิดที่ปรึกษาและขอคำแนะนำเมื่อมีปัญหา และด้านที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองต่ำที่สุด คือท่านยังไม่เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพโดยการดูแลตนเองเพราะร่างกายยังแข็งแรงอยู่ และท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงแต่ไม่ทราบหลักการที่ถูกต้อง

4.4) การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองสูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านสามารถงดรับประทานอาหารประเภทเผ็ดจัด เค็มจัด หรือหวานจัด และด้านที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองต่ำที่สุด คือท่านสามารถอบอุ่นร่างกายและคลายอุ่นทุกครั้งที่ออกกำลังกาย

4.5) สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Pender) พบว่า สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์สูงที่สุด ประกอบด้วย ด้านการจัดการความเครียด และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์สูงที่สุด ประกอบด้วย ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐที่เข้ามาให้

ความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเอง และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือ พุดคุยหรือแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงที่สุด ประกอบด้วย ลูกหลาน ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดที่ท่านยังให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือ ท่านได้รับความร่วมมือในการเสนอความคิดและลงมือทำในกิจกรรมต่างทั้งภายในครอบครัวและในชุมชน

ด้านการออกกำลังกาย สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ด้านการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านการออกกำลังกาย ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อ และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือ ภายหลังจากการออกกำลังกายท่านจะผ่อนคลายร่างกายเพื่อให้ร่างกายปรับสภาพสู่ภาวะปกติ

ด้านโภชนาการ สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ด้านโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านโภชนาการ ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านรับประทานอาหารเช้า และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือ ท่านรับประทานอาหารเช้าโดยเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียดก่อนกลืน

ด้านการจัดการความเครียด พบว่า สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ด้านการจัดการความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ ด้านการจัดการความเครียด ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านปฏิเสธความข้อร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือ ท่านบอกกับตนเองทุกครั้งว่าทุกปัญหาที่ทางแก้ไขได้

4.6) ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุด ประกอบด้วย ด้านเงื่อนไขคุณธรรม และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

ด้านความพอประมาณ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านความพอประมาณโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านความพอประมาณ ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านตอบสนองความอยากมีอยากได้เกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลตนเองทั้งจัดโดยองค์กรหน่วยงานหรือจากบุคคลภายในครอบครัวอย่างเหมาะสม พอดีตามสภาพ และ ท่านจัดทำแผนการดูแลตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับฐานะของตนเอง และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือท่านพิจารณาการเลือกคบเพื่อน การเข้ากลุ่มเพื่อสร้างสังคมสูงอายุอย่างเหมาะสม

ด้านการมีเหตุผล พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านการมีเหตุผล โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านด้านการมีเหตุผล ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านท่านมีความอดทน อดกลั้นต่อการปรับตัวเพื่ออยู่ในสังคมผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือเมื่อมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง เช่น การทราบผลจากการตรวจสุขภาพ ท่านสามารถจะควบคุมอารมณ์ได้

ด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี พบว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีโดยรวมอยู่ในระดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่านมีความประนีประนอมยืดหยุ่นให้กับคนในครอบครัวและอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีอคติ และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือท่านปฏิบัติตนในระเบียบและวินัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในทุกๆ ด้าน

ด้านเงื่อนไขความรู้ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านเงื่อนไขความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านเงื่อนไขความรู้ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุด ประกอบด้วย ท่าน

ศึกษาค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มเติมอยู่เสมอ และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือท่านสามารถแก้ไขปัญหาทางด้านครอบครัวและสุขภาพได้ด้วยตนเอง และท่านเป็นผู้มีอุดมคติในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตในทุกๆด้านตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ด้านเงื่อนไขคุณธรรม พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้านเงื่อนไขคุณธรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านเงื่อนไขคุณธรรมทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สูงที่สุดประกอบด้วย ท่านยึดหลักความซื่อสัตย์ สุจริต ความมีสติ ความขยันอดทน และการแบ่งปันในการดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพและสังคม และด้านที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่ำที่สุด คือท่านเป็นผู้ยึดถือหลักการแบ่งปันและช่วยเหลือกันกับครอบครัวโดยไม่เห็นแก่ตัว และท่านสามารถประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับการดูแลตนเองได้ทั้งด้านสุขภาพและสังคม

4.7) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

4.8) ผลการเปรียบเทียบสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สำหรับตัวแปร การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมครอบครัวต่างก็มีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยรวมมีความแตกต่างกันระดับนัยสำคัญ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และด้านโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมครอบครัวต่างก็มีสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยรวมมีความแตกต่างกัน

ระดับนัยสำคัญ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และด้านโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

4.9) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามอายุ สถานภาพสมรส ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง สุขภาพ/การเจ็บป่วย ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือน การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมชุมชน กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกตัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สำหรับตัวแปรเพศ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เพื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านเงื่อนไขความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

และตัวแปร ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงทั้งโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านเงื่อนไขคุณธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ .001

4.10) ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ

1.1 ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย พบว่าผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆ ทั้งโรคทางกายและทางความจำหรือสมองเข้ามาเบียดเบียน โดยเฉพาะ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม และโรคซึมเศร้า

1.2 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดู อาจจะไม่มียาได้หรือรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ และบางรายถึงขั้นไม่มีที่อยู่อาศัยทำให้ได้รับความลำบาก

1.3 ปัญหาทางด้านความรู้ ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสได้รับความรู้เพื่อการพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับวัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และเพื่อให้เข้ากันได้กับเยาวชนรุ่นใหม่

1.4 ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ ตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและลูกน้องจำนวนมาก เมื่อเกษียณอายุราชการ จะมีความรู้สึกเสียดยอำนาจและตำแหน่ง ซึ่งส่งผลให้เยาวชนและเด็กรุ่นหลังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ เห็นคนรุ่นเก่าล้าสมัยพูดไม่รู้เรื่องและไม่มีประโยชน์

1.5 ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะรู้สึกท้อแท้ทั้งที่ไม่ได้รับความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกท้อแท้ ถึงแม้ว่าลูกหลานจะมาเยี่ยมในช่วงเทศกาลก็ตาม จนทำให้เกิดความรู้สึกกังวลต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการเจ็บป่วยตามวัย หรือเรื่องของความตาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงบ่อย แต่มีผู้สูงอายุบางคนยังมีความต้องการความสุขทางเพศอยู่ซึ่งไม่

เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายก็จะทำให้รู้สึกผิดหวังเพราะไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ก็จะเกิดอาการเศร้า เศร้า เหนื่อย เอะแต่ใจ

1.6 ปัญหาที่เกี่ยวกับครอบครัว ปัญหาผู้สูงอายุที่มีเยอะสุด คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมในอดีตจะเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้น และเกิดความอบอุ่น แต่ในปัจจุบันสังคมครอบครัวของไทยไม่ว่าจะเป็นในสังคมเมืองหรือสังคมชนบทจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนใหญ่ ลูกหลานจะมาทำงานในเขตเมืองทิ้งพ่อแม่ให้เฝ้าบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการดูแลและได้รับความอบอุ่นดังเช่นในอดีตที่ผ่านมา

1.7 ปัญหาค่านิยมที่เปลี่ยนแปลง ปัจจุบันความเปลี่ยนแปลงจากภาวะทางด้านสังคมและเศรษฐกิจทำให้เยาวชนมีความกดดันที่ต่อพ่อแม่ ครูบาอาจารย์ น้อยลง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแล ต้องอาศัยสถานสงเคราะห์คนชรา หรือชมรมต่างๆ เป็นที่รวมกลุ่มของเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งในอนาคตเมื่อประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปสังคมไทยจากกลายเป็นสังคมตะวันตกมากขึ้น คือ ต่างคนต่างอยู่ ไม่มีการเอื้อเฟื้อ หรือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่มีการทดแทนบุญคุณ

4.10 ความต้องการของผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุพบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุแบ่งได้ดังนี้

1.1 ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

- 1.1.1 ต้องการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์
- 1.1.2 ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
- 1.1.3 ต้องการมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยเฉพาะค่ายารักษาตัว
- 1.1.4 ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาด อากาศดี สิ่งแวดล้อมที่ดี
- 1.1.5 ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย
- 1.1.6 ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อมีอาการเจ็บป่วย
- 1.1.7 ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว ทันที
- 1.1.8 ต้องการได้รับบริการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ
- 1.1.9 ต้องการได้รับการพักผ่อน ที่เหมาะสมตามสถานที่ และตามเทศกาลต่างๆ อย่างเพียงพอ
- 1.1.10 ต้องการบำรุงรักษาร่างกายและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามสภาพร่างกายที่มีอยู่
- 1.1.11 ต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

1.2 ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมจะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจ และอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจของตนเอง ให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าเดิม ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของจิตใจที่พบคือ

1.2.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตัวเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง

1.2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้ น้อยใจ โดยรู้สึกว่าการสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง เหมือนที่เคยเป็นมาก่อนทำให้ผู้สูงอายุมีอาการไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิด หรือโกรธง่าย ผู้สูงอายุต้องการการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุโดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ

1.2.3 ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น

1.2.4 การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของสังคม การมีอายุมากขึ้น คือ การเข้าใกล้เวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิตการยอมรับสภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุบางคนมุ่งสร้างความดีงามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น

1.2.5 ความผิดปกติทางจิตใจและในวัยสูงอายุ แยกเป็นกลุ่มอาการทางจิต 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม และ 2) กลุ่มอาการผิดปกติด้านจิตใจและอารมณ์

1.3 ความต้องการทางด้านสังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

1.3.1 ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น

1.3.2 ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ

1.3.3 ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด

1.3.4 ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่รายได้บริการจากรัฐ

1.3.5 ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนและสังคม

1.3.6 ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลงไม่ต้องการความเมตตาสงสาร

1.3.7 ต้องการการประกันรายได้และประกันความชราภาพ

4.11 การปรับตัวและการวางตนของผู้สูงอายุ

1) การวางตนให้เหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดี ผู้สูงอายุควรวางตัวให้เหมาะสมกับวัย ประพฤติปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว

2) เป็นที่ปรึกษาแนะนำและกำลังใจแก่ลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีปัญหา ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านปัญหาและอุปสรรคมาเยอะ มีประสบการณ์ที่สามารถนำมาเป็นบทเรียนให้คำปรึกษาแนะนำแก่ลูก หลาน ได้เป็นอย่างดี การถ่ายทอด ความรู้ ประสบการณ์ในอดีตจึงเป็นสิ่งมีค่าและเป็นกำลังใจให้แก่ลูก หลาน แต่สิ่งที่พึงระวังและเป็นข้อจำกัดสำหรับลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัวก็คือ ต้องไม่เป็นการนำเรื่องในอดีตที่ร้ายแรง หรือมีผลกระทบรุนแรงต่อความเครียดในผู้สูงอายุ

3) ช่วยเหลืองานบ้านตามความสามารถและความถนัด ผู้สูงอายุมักจะไม่อยู่นิ่งเฉยหากสภาพร่างกายยังมีกำลังดี ก็จะช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร รดน้ำต้นไม้ เลี้ยงหลาน ทำงานสวน ไร่นา เป็นต้น

4) การยอมรับบทบาทและสถานภาพที่เปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจะต้องตระหนักว่า เมื่ออายุมากขึ้น เมื่อก่อนเคยเป็นผู้ให้ เป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้มีบทบาทในสังคม ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้รับ เป็นผู้ตาม ลดบทบาทในสังคมสถานภาพเปลี่ยนแปลงไป

5) การยอมรับและเข้าใจผู้อื่น ผู้สูงอายุจะต้องยอมรับและปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว ได้อย่างปกติสุข การยอมรับบทบาทและการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เป็นการให้กำลังใจ และให้เกิดใจแก่ลูก หลาน และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีส่วนช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

6) การช่วยเหลือตนเองเท่าที่สามารถทำได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะมีความเกรงใจลูก หลาน และผู้อุปการะดูแลใกล้ชิดอยู่เป็นปกตินิสัย ดังนั้น การช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุเท่าที่สามารถทำได้ จึงเป็นการแบ่งเบา หรือลดภาระของผู้อื่นในครอบครัว การแบ่งเบาภาระและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันนับเป็นการเสริมสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างกันได้

4.12 การดูแลสุขภาพตนเองตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

14.12.1 ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไปโดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ผู้สูงอายุได้ให้ความคิดเห็นตามความเข้าใจเบื้องต้น ดังต่อไปนี้ 1) การรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย และสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว 2) การออกกำลังกายยามที่จะใช้เวลาให้เหมาะสมกับภาระกิจหรืองานที่จะต้องปฏิบัติในแต่ละ แต่ไม่สามารถที่จะกำหนดเวลาที่แน่นอนชัดเจนได้ โดยส่วนใหญ่คิดว่าการทำงานหนักหรืองานที่จะต้องออกแรงคือการออกกำลังกาย 3) การนอนหลับหรือพักผ่อน ทุกคนสามารถใช้เวลาได้ดีพอสมควรกับภาระกิจที่จะต้องปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งในส่วนของการทำงานหนักในช่วงเวลากลางวันบ้างในบางวันซึ่งถือเป็นการพักผ่อนโดยปกติของผู้สูงอายุ และ 4) มีการคิดหรือจัดสรรแบ่งรายได้ที่ได้รับสำหรับค่าใช้จ่ายต่างอย่างเป็นระบบ โดยส่วนใหญ่พยายามจัดแบ่งเงินไว้สำหรับการรักษาพยาบาล และทำบุญ ซึ่งก็ยังคงมีเงินเพียงพอที่จะใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

14.12.2 ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้น จะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผลโดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ๆ อย่างรอบคอบ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความละเอียดรอบคอบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในการที่จะจ่ายอะไรก็ตามจะต้องคิดอย่างรอบคอบ รวมถึงคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้น เช่น การใช้เงินในการที่ไม่ซื้อของกินตามใจปากก็หยุดและรอให้ลูก หลานซื้อมาให้ตามเทศกาลต่างๆ 2) พฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเนื่องจากอาหารการกินที่ลูกหลานนำมาให้ในแต่ละเทศกาลเป็นอาหารที่ไม่เน้นความเป็นอาหารสุขภาพ แต่เป็นอาหารตามสมัยนิยม เช่น ขนม เบอเกอรี่ หรือ อาหารสากลอื่นๆ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็พยายามที่จะรับประทานเพื่อเป็นกำลังใจให้กับลูก หลานแต่ยังคงย้อนกลับไปรับประทานอาหารตามวิถีชีวิตเดิมประกอบเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นไปตามวิถีชีวิตเดิมที่เคยปฏิบัติและสอดคล้องกับการใช้ชีวิตอย่างพอเพียงทั้งทางด้านเศรษฐกิจและทางด้านสุขภาพ

14.12.3 การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล จากความคิดเห็นของผู้สูงอายุสามารถสรุปได้ดังนี้ ได้แก่ 1) ส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมทางด้านการดูแลสุขภาพตนเองโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการนัดหมายอย่างแน่นอน และชัดเจน 2) มีการเตรียมความพร้อมทางด้านการเงินเพื่อการใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีความสุขและคิดว่าจะไม่ฝากภาระนี้ไว้กับลูก หลาน หรือญาติพี่น้อง 3) บางคนพยายามทำใจที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่เปลี่ยนไป ซึ่งส่วนใหญ่ยอมรับสภาพได้โดยไม่ยากยกเว้นบางคนที่เคยมีงานประจำหรือมีบทบาทในการเป็นผู้นำในระหว่างวัยทำงานจะใช้เวลาในการทำใจยอมรับนานกว่าแต่อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ปรับตัวได้ดี 4) มีการเรียนรู้และใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น โทรศัพท์มือถือ ในการติดตามข่าวสารทางด้านสุขภาพ หรือการติดต่อรายได้สุขภาพให้เจ้าหน้าที่หรือลูก หลานได้รับทราบในกรณีที่มีกรณีฉุกเฉินเกิดขึ้นกันตนเอง 5) มีการรวมกลุ่มกันเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ชีวิต ในแต่ละวาระเพื่อเป็นผ่อนคลายความเครียดและติดตามความเป็นไปของสมาชิกแต่ละคนไม่เก็บตัวอยู่แต่กับบ้านหรืออยู่กับตัวเองดังเช่นแต่ก่อน

14.12.4 เงื่อนไขความรู้ ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผน และความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ สรุปจากความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้ 1) มีความสนใจที่เข้าร่วมประชุมกับหน่วยงานทางด้านสุขภาพที่เข้ามาให้ความรู้มากขึ้น 2) มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนที่จัดขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมที่เป็นความรู้ โดยเฉพาะกลุ่ม อสม.ประจำหมู่บ้าน 3) มีการติดตามและพูดคุยเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับผ่านสื่อต่างๆ เช่น รายการโทรทัศน์ หรือ ข่าวจากหนังสือพิมพ์ หรือ คำบอกเล่าของลูก หลาน

14.12.5 เงื่อนไขคุณธรรม ที่จะต้องเสริมสร้างประกอบด้วย มีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริตและมีความอดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต สามารถสรุปได้ดังนี้

- 1) ส่วนใหญ่นิยมไปทำบุญที่วัดตามปกติและจะให้ความสนใจและสำคัญมากในช่วงเทศกาล
- 2) มีความอดทนทั้งในการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตกับครอบครัวและสังคม
- 3) มีความต้องการใช้กำลังกายและแรงที่มีอยู่ประกอบอาชีพหาเลี้ยงชีพด้วยความเพียรพยายามและไม่พยายามที่จะรบกวนลูกหลานมากนัก และ
- 4) ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอย่างรอบคอบและมีสติปัญญาในทุกเรื่องๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการใช้เงิน การกิน การอยู่ หรือแม้กระทั่งการทำบุญ

5. อภิปรายผล

ผลจากการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผู้วิจัยได้นำประเด็นที่ค้นพบซึ่งน่าสนใจอันจะนำไปสู่แนวทางในการออกแบบหลักสูตรการดูแลตนเองตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาอภิปรายผลดังนี้

5.1) สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Pender) พบว่า สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์โดยรวมอยู่ในระดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงที่สุด ประกอบด้วย ด้านการจัดการความเครียด และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลากหลายเรื่อง เช่น งานวิจัยของ วิภาพร สิทธิสาตร์ (2550) ได้ทำวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบต่อสถานเอนกนัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือกลุ่มมีการปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ ค่าเฉลี่ย 3.58 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ ค่าเฉลี่ย 3.58 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.58 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ รับประทานอาหารรสเค็มจัด ค่าเฉลี่ย 3.80 5) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ พยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ค่าเฉลี่ย 3.61 และ 6) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนา ด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.56 ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้จัดทำโปรแกรม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนมากขึ้น เน้นการปฏิบัติการออกกำลังกายและส่งเสริมเรื่องการจัดการความเครียด แต่อย่างไรก็ตามผลการวิจัยดังกล่าวไม่สอดคล้องกับงานวิจัยดังกล่าวในประเด็นเกี่ยวกับการจัดการความเครียดซึ่งผู้สูงอายุมีพฤติกรรมมากที่สุด และความรับผิดชอบด้านสุขภาพมีพฤติกรรมน้อยที่สุด อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน รวมถึงวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้ผลการวิจัยออกมาไม่สอดคล้องกัน แต่อย่างไรก็ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ในงานวิจัยของ วิภาพร สิทธิศาสตร์ อยู่ระหว่าง 3.56 – 3.61 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของการวิจัยครั้งนี้อยู่ระหว่าง 4.32 – 4.34

ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจมาศ นางควิจิตร (2551) ได้ทำวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อีระชัย พรหมคุณ (2557) ได้ทำวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดี และการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และการร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษได้ ร้อยละ 55 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .024

5.2) ความต้องการและการรับรู้สภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับแนวคิดพัฒนาการที่สังคมยอมรับของวัยสูงอายุของ Havighurst ที่กล่าวไว้ว่า ลักษณะทั่วไปของวัยชรา คือ 1) วัยชราเป็นวัยแห่งการรำลึกถึงความหลัง และประเมินผลความสำเร็จหรือความล้มเหลวของชีวิต เนื่องจากช่วัยสุดท้ายของชีวิต และภาระต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสังคมและบุคคลอื่นค่อยๆ หดไป เวลา

ว่าส่วนใหญ่จึงนึกถึงเรื่องราวในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งจะก่อให้เกิดความทุกข์และความสุข 2) วัยชราเป็นวัยแห่งความสุขสมหวัง สำหรับบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตามภารกิจเชิงพัฒนาการที่ผ่านมาแต่ละวัย พอเข้าสู่วัยชรา ก็จะปรับตัวได้ง่าย คนชราจึงมีอิสระและความสุข 3) วัยชราเป็นวัยแห่งความทุกข์ ความสิ้นหวังและหดหู่ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดผ่านภารกิจเชิงพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่มาด้วยความยากลำบากหรือประสบความล้มเหลวจะทำให้มีผลสืบเนื่องต่อไปเมื่อเข้าถึงวัยชรา ทำให้มีปัญหาและปรับตัวไม่ได้ ชีวิตในช่วงสุดท้ายก็เลยไม่มีความสุข และ 4) วัยชราเป็นวัยแห่งความเสื่อมโทรม ความสามารถทุกด้านน้อยลง มีแต่ความเจ็บไข้สุขภาพไม่ดี ลักษณะความเสื่อมโทรมของผู้ใหญ่วัยชรา สรุปเป็น 3 ด้านดังนี้

1. ความเสื่อมในสังขาร ทำให้เฉื่อยชาไม่กระฉับกระเฉง ร่างกายอ่อนแอ ปรับตัวกับสภาพดินฟ้าอากาศได้ยาก ทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย

2. ความเสื่อมทางจิตใจ ซึ่งรวมถึงความเสื่อมของสติปัญญา อารมณ์ เพราะคนในวัยชราจะเสื่อมมากทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย ขี้หลงขี้ลืม ต้องการให้คนมาเอาใจใส่เหมือนเมื่อยังเป็นวัยเด็ก

3. ความเสื่อมถอยทางสังคมและการงาน ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางกาย และทางจิตใจ ทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานภารกิจประจำวัน ตลอดจนการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคมทำได้ยากขึ้น เช่น การตัดสินใจที่จะทำอะไรของผู้ใหญ่วัยนี้จะช้า ไม่มั่นใจและไม่แน่นอน

5.3) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผลการวิจัย คือ สภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์สูงที่สุด ประกอบด้วย ด้านการจัดการความเครียด และด้านที่ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลของเพนเดอร์ต่ำที่สุด คือด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับ Kyeong-Yae Sohng, Sue Sohng and Hye-A Yeom (2002) ได้ทำวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเกาหลีใต้ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมเท่ากับ 2.54 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.01 และด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 1.92

6. ข้อเสนอแนะ

จากการผลการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

6.1.1) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

1) ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอเพราะจะทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

2) ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญการระมัดระวังและป้องกันตนเองไม่ให้เกิดบาดเจ็บจากการทำงานเป็นการลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

3) ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุควรใช้ความคิดและตระหนักเกี่ยวกับความรู้ทางไสยศาสตร์เกี่ยวกับการรตนน้ำมนต์ ช่วยรักษาโรคต่างๆ ได้

6.1.2) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

1) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเห็นความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพโดยการดูแลตนเองเพราะร่างกายยังแข็งแรงอยู่

2) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุควรศึกษาวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีที่สุด

3) ผู้สูงอายุควรสร้างความมั่นใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นหลังเข้าสู่วัยสูงอายุโดยการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนหรือของกลุ่มสมาชิกให้มากขึ้น

6.1.3) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

1) ผู้สูงอายุสามารถอบอุ่นร่างกายและคลายอุ่นทุกครั้งที่ออกกำลังกาย

2) ผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอยู่เป็นประจำรวมถึงสมาชิกในครอบครัวก็จะต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุทั้งในส่วนของการดูแลร่างกาย จิตใจ และทางด้านรายได้รายจ่ายให้เพียงพอที่สุดเท่าที่จะทำได้

3) ถ้าผู้สูงอายุจะต้องให้ความตระหนักเกี่ยวกับอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากสภาพที่ไม่พร้อมของร่างกายเช่น ถ้าต้องการขับรถยนต์หรือจักรยานยนต์ก็ควาคัดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง

6.1.4) สภาพพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

1) ผู้สูงอายุควรพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่นหรือการพยายามสร้างกลุ่มเพื่อนในวัยเดียวกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันเป็นการปลดปล่อยและคลายเครียด

2) ผู้สูงอายุควรให้ความร่วมมือในการเสนอความคิดและลงมือทำในกิจกรรมต่างทั้งภายในครอบครัวและในชุมชน รวมถึงสมาชิกในครอบครัว หรือ ลูก หลานควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว โดยการสนับสนุนเรื่องเวลา เงิน หรือการแบ่งเบาภาระกิจประจำวันให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านั้นได้

3) ผู้สูงอายุควรทำความเข้าใจว่าภายหลังจากการออกกำลังกายท่านจะผ่อนคลายร่างกายเพื่อให้ร่างกายปรับสภาพสู่ภาวะปกติ และให้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายที่ต้องว่าไม่ใช่การทำงานที่ออกแรงมากๆ หมายถึง การออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการเข้าใจที่ผิด

4) ผู้สูงอายุควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น ควรรับประทานอาหารโดยเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียดก่อนกลืน

5) ผู้สูงอายุควรพูดคุยหรือปรึกษาผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็น ลูก หลาน หรือ เพื่อนเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ไม่ควรบอกกับตนเองทุกครั้งว่าทุกปัญหาที่ทางแก้ไขได้ เพราะจะทำให้ตนเองเครียดและจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อไปในอนาคต

6.1.5) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

1) ผู้สูงอายุควรพิจารณาการเลือกคบเพื่อน การเข้ากลุ่มเพื่อสร้างสังคมสูงอายุอย่างเหมาะสม พยายามอย่ายึดติดบทบาทของตนเองในอดีตซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของตัวเอง

2) เมื่อมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง เช่น การทราบผลจากการตรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุควรตั้งสติ และศึกษาข้อเท็จจริงตามสภาพวัยของตนเองให้มากที่สุดเพื่อที่จะควบคุมอารมณ์ของตนเองให้ได้

3) ผู้สูงอายุจะต้องปฏิบัติตนในระเบียบและวินัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในทุกๆ ด้าน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในการดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ให้มีความสุขมากที่สุด

4) ผู้สูงอายุควรศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองหรือการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับช่องทางทำมาหากิจเพื่อที่จะนำมาแก้ไขปัญหาด้านครอบครัวและสุขภาพได้ด้วยตนเอง และดูแลตนเองและดำเนินชีวิตในทุกๆ ด้านตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

5) ผู้สูงอายุควรเป็นผู้ยึดถือหลักการแบ่งปันและช่วยเหลือกันกับคนรอบข้างโดยไม่เห็นแก่ตัว เพื่อให้ตัวเองและเพื่อนสมาชิกในสังคมสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

6.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาแนวทางบูรณาการทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงให้ชัดเจนเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดในการนำไปใช้ประโยชน์
- 2) ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ช่วงวัยอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับสังคมไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยของเยาวชนหรือกลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- จินตนา ยูนิพันธุ์ (2530). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของการทำงานพยาบาล : มิติหนึ่งของวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนใจ ทองคำ (2549).พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร .
- ธีระชัย พรหมคุณ (2557) .พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ (Research and Development Health System Journal) ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 เดือนมีนาคม – มิถุนายน 2557.
- เบญจพร สว่างศรี (2556) . การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล. 1(2) : 126 – 137 (2556)
- เบญจมาศ นางกวีจิตร (2551) .ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและ ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.ปริญญา นิพนธ์ หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .
- พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2557). หาหมอ.com.สืบค้นได้จาก. <http://haamor.com/th> คณะแพทย์ รพ.รามาศ.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ (2552) . สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. วันที่สืบค้นข้อมูล วันที่ 22 ตุลาคม 2555 เข้าถึงได้จาก http://www.m-society.go.th/document/statistic/statistic_6430.pdf
- วิภาพร สิทธิศาสตร์ (2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของ สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข .
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.(2527).การสาธารณสุขในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พานิชย์
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551). ผลการสำรวจพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของประชากร ปี 2548 สืบค้นเมื่อ 13 มีนาคม 2553 จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/bph48.pdf>

บรรณานุกรม (ต่อ)

สุรพจน์ วงศ์ใหญ่ .(2551).การเขียนบทความทางวิชาการที่มีคุณภาพ.

<http://www.rsu.ac.th/academic/article.ppt>.

อภิสิทธิ์ วิริยานนท์ (2542). **หลัก 5 อ.ทฤษฎีพอเพียงสุขภาพ**.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : น้ำฝน.

ภาษาอังกฤษ

Asawachaisuwikrow, W. (2001). Predictors of physical activity among older Thai adults

Barnum, B.S. (1998). **Nursing Theory**. 5th ed. Philadelphia : PA : Lippincott.

Chinn, P.L., and Kramer, M.K. (1995). **Theory and Nursing a Systematic Approach**. 4th ed. St. Company. Davis Company. Doctoral dissertation, research The Universities of Texas at Austin.

Fawcett, J. (1993). **Analysis and Evaluation of Nursing Theories**. Philadelphia, PA : F.A.

Hsiu-Hung Wang.(1999). Predictors of Health Promotion Lifestyle Among Three Ethnic Groups of Elderly Rural Woman in Taiwan. Volume 16, issue 5, pages 321 - 328.

Hsiu-Hung Wang.(2001). A comparision of two models of Health-Promoting Lifestyle in Rural Elderly Taiwanese Women. Public Health Nursing. Volume 18, issue 3, pages 204 – 211.

Kerr, M.J., Lusk, S.L., and Ronis, D.L. (2002). Explaining Maxican American Worker’s hearing

Knodel,Jonh and Napaporn Chayovan.(2008). Population Ageing and the Well – being of Older Persons in Thailand, Papers in Population Ageing 5 UNFPA Thailand and Country Technical Services Team for East and South – East Asia,Bangkok,Thailand

Kyeong-Yae Sohng, Sue Sohng and Hye-A Yeom (2002). Health-Promotion Behaviors of Elderly Korean Immigrants in the United States. Public Health Nursing, volume 19, issue 4, pages 294-300.

Louis : Mosby.

Meleis, A.I. (1997). **Theoretical Nursing Development and Progress**. 3rd ed. Philadelphia,

Nicoll, L.H. (2001). **Perspective on Nursing Theory**. 3rd ed. Philadelphia, P.A. : Lippincott. P.A. : Lippincott.

Parker, M.E. (2001). **Nursing Theories and Nursing Practice**. Priladelphia, PA : F.A. Davis

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Pender, N.J. (1987). **Health promotion in Nursing Paractice**. 2nd ed. Stamford, CT : Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., and Parson, M.A. (2002). **Health Promotion in Nursing Practice**. 4th ed. Upper Saddle River, N.J. : Prentia Hall.
- protection use with the health promotion model. **Nursing Research**, 51 (2), 100-109.
- Taehan Kanho Hakhoe chi.(2004). A stud of factors influencing on health promoting lifestyle in the elderly—application of Pender’s health promotion model.
- Victoria M Brown, Aimee C Allen, Marci Dwozan Ivey Mercer และ Kim Warren (2004). Indoor Gardening and Older Adults : Effects on Socialization, Activities of Daily Living, and Loneliness. *Journal of Geron tological Nursing*. Volume 30. Issue 10, pages 34 – 42.

ภาคผนวก

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ สำหรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพและความต้องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีรายละเอียดของข้อคำถามดังต่อไปนี้
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
ตอนที่ 2 ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender
ตอนที่ 3 สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพนเดอร์ (Pender)
ตอนที่ 4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
โปรดตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพราะคำตอบที่เป็นจริงและสมบูรณ์เท่านั้น จะช่วยให้การวิจัยครั้งนี้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่
2. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้ จะได้รับการเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำผลมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ขอขอบคุณในความร่วมมือ
คณะผู้วิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของท่านหรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. อายุ

☐ 1. 60 – 65 ปี

☐ 2. 66 – 70 ปี

☐ 3. ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส

☐ 1. อยู่คนเดียว

☐ 2. อยู่กับคู่สมรส

☐ 3. หย่า

☐ 4. แยกกันอยู่

4. ความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือ

☐ 1. อ่านและเขียนได้

☐ 2. อ่านและเขียนไม่ได้

☐ 3. อ่านไม่ได้แต่เขียนได้

☐ 4. อ่านได้แต่เขียนไม่ได้

☐ 5. อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. ระดับการศึกษา

☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

☐ 5. อนุปริญญา

☐ 6.ปริญญาตรี

☐ 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่นของผู้สูงอายุ

☐ 1. อยู่คนเดียว

☐ 2. อยู่ร่วมกับสามีและภรรยา

☐ 3. อยู่ร่วมกับลูกหลาน

☐ 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....

7. ที่ตั้งของบ้านที่อยู่อาศัย

- ☐ 1. ในเขตเทศบาล ☐ 2. นอกเขตเทศบาล

8. รายได้ของผู้สูงอายุ (เฉลี่ยต่อเดือน)

- ☐ 1. น้อยกว่า 3,000 บาท ☐ 2. ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาท
☐ 3. ระหว่าง 5,001 – 8,000 บาท ☐ 4. มากกว่า 8,001 บาทขึ้นไป

9. แหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ

- ☐ 1. เบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ☐ 2. เงินบำนาญ/เงินบำเหน็จ
☐ 3. ได้รับจากคู่สมรส/ลูกหลาน/ญาติ ☐ 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....

10. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลตนเองหรือการเจ็บป่วย (เฉลี่ยต่อเดือน)

- ☐ 1. น้อยกว่า 3,000 บาท ☐ 2. ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาท
☐ 3. ระหว่าง 5,001 – 8,000 บาท ☐ 4. มากกว่า 8,001 บาทขึ้นไป

11. สุขภาพ / การเจ็บป่วย / ที่ต้องไปพบแพทย์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

- ☐ 1. 1 – 2 ครั้ง ☐ 2. 3 – 4 ครั้ง
☐ 3. ตั้งแต่ 5 ครั้ง ขึ้นไป ☐ 4. ไม่มี

12. การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว

- ☐ 1. ไม่มีส่วนร่วม ☐ 2. มีส่วนร่วมในบางครั้ง
☐ 3. มีส่วนร่วมทุกครั้ง ☐ 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....

13. การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมในชุมชน

- ☐ 1. ไม่มีส่วนร่วม ☐ 2. มีส่วนร่วมในบางครั้ง
☐ 3. มีส่วนร่วมทุกครั้ง ☐ 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....

14. กิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกาย

- ☐ 1. ไม่เคยออกกำลังกาย ☐ 2. ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง
☐ 3. ออกกำลังกายเป็นประจำ ☐ 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....

15. ลักษณะที่อยู่อาศัยทั้งภายในบ้านและสภาพแวดล้อมภายนอกบ้านที่ปลอดภัยและปราศจากมลภาวะ

- ☐ 1. เหมาะสม ☐ 2. ไม่เหมาะสม

ตอนที่ 2 ความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง และ 3) การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ด้านที่ 1 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้สูงอายุถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลตนเอง โดยกรณำอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ระดับ 5 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นมาก

ระดับ 3 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นน้อย

ระดับ 1 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นน้อยที่สุด

ข้อที่	รายการ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	การตรวจสุขภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้					
2	การระมัดระวังและป้องกันตนเองไม่ให้เกิดบาดเจ็บจากการทำงานเป็นการลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย					
3	การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายจะช่วยป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายได้					
4	การออกกำลังกายวันละเล็กน้อยมีประโยชน์ต่อร่างกายมากกว่าการออกกำลังกายแบบหักโหม					
5	การออกกำลังกายจนเหนื่อยหอบมากๆ ทำให้หัวใจแข็งแรง					
6	การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทำให้ดูอ่อนกว่าวัย					
7	การรับประทานข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือเป็นประจำทำให้สุขภาพแข็งแรงเนื่องจากได้สารอาหารที่ครบถ้วน					
8	การรับประทานเนื้อปลาจะได้โปรตีนที่มีประโยชน์มากกว่าเนื้อสัตว์ประเภทอื่นๆ					
9	การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเสริม เช่น แบรินด์ รังนก วิตามินต่างๆ เป็นประจำทำให้ร่างกายแข็งแรง					
10	การทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้สร้างความรัก ความอบอุ่นที่ดี					
11	การใช้ธรรมะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจทำให้ลดปัญหาความขัดแย้ง ความตึงเครียดได้					

ข้อที่	รายการ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
12	การรณรงค์ ช่วยรักษาโรคต่างๆ ได้					
13	การนัดช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ					

ด้านที่ 2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อตนเอง คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้สูงอายุถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลตนเอง โดยกรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ระดับ 5 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นมาก

ระดับ 3 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นน้อย

ระดับ 1 หมายถึง มีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นน้อยที่สุด

ข้อที่	รายการ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	ท่านยังไม่เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพโดยการดูแลตนเองเพราะร่างกายยังแข็งแรงอยู่					
2	การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องยุ่งยากในการปฏิบัติ					
3	ท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงแต่ไม่ทราบหลักการที่ถูกต้อง					
4	ท่านอยากออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงแต่ไม่มีสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม					
5	การรับประทานอาหารที่มีคุณภาพดี จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง					
6	การทำงานต่างๆ ทำให้ท่านไม่มีเวลาให้กับคนใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร และญาติพี่น้อง					
7	ท่านไม่มีความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นหลังเข้าสู่วัยสูงอายุ					
8	ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลในชุมชนทำให้ท่านทำงานอย่างขาดความสุข					
9	ท่านไม่กล้าในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เนื่องจากเป็นห่วงเรื่องสภาพร่างกาย					
10	ท่านไม่ค่อยมีเพื่อนสนิทหรือบุคคลที่ใกล้ชิดที่ปรึกษา และขอคำแนะนำเมื่อมีปัญหา					

ข้อที่	รายการ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
11	ท่านทราบประโยชน์ของการคลายเครียดแต่ไม่ทราบวิธีการคลายเครียดที่ถูกต้อง					
12	ปัญหาเศรษฐกิจทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคลายความเครียดได้					

ด้านที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการดูแลตนเอง โดยกรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ระดับ 5 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติได้มากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติได้มาก

ระดับ 3 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติได้ปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติได้น้อย

ระดับ 1 หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติได้น้อยที่สุด

ข้อที่	รายการ	ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติ				
		5	4	3	2	1
1	ท่านสามารถไปตรวจสุขภาพร่างกายได้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
2	ถ้าท่านต้องขับรถยนต์หรือจักรยานยนต์ท่านสามารถคาดเข็มขัดนิรภัยหรือสวมหมวกนิรภัยได้ทุกครั้ง					
3	ท่านสามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันโดยใช้เวลาวันละ 20 – 30 นาที					
4	ท่านสามารถอบอุ่นร่างกายและคลายอุ่นทุกครั้งก่อนออกกำลังกาย					
5	ท่านสามารถจัดหาผักหรือผลไม้มารับประทานได้ทุกวัน					
6	ท่านสามารถรับประทานอาหารประเภทเผ็ดจัด เค็มจัด หรือหวานจัด					
7	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ได้					
8	ท่านสามารถทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอยู่เป็นประจำได้					
9	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวและชุมชนได้					
10	ท่านสามารถตัดสินใจที่จะทำสิ่งต่างๆ โดยตัวของท่านเองโดยไม่ปรึกษากับผู้ใกล้ชิดอยู่เป็นประจำ					
11	ท่านสามารถทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ทำบุญ สวด					

ข้อที่	รายการ	ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติ				
		5	4	3	2	1
	มนต์ นั่งสมาธิ ฯลฯ					
12	เมื่อเกิดความเครียด ท่านสามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขสาเหตุได้ด้วยตนเอง					
13	ท่านสามารถหาบุคคลที่จะปรึกษาปัญหาปรับทุกข์พูดคุย เมื่อมีความเครียดได้ทุกครั้ง					

ตอนที่ 3 สภาพความเป็นจริงในปัจจุบันในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ เพเดอร์ (Pender)

คำชี้แจง แบบสอบถามสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุตามทฤษฎีการดูแลตนเองของเพเดอร์ (Pender) จำนวน 36 ข้อ แต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับสภาพที่เป็นจริงโดยพิจารณาดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง สภาพที่เป็นจริงมากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง สภาพที่เป็นจริงมาก

ระดับ 3 หมายถึง สภาพที่เป็นจริงปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง สภาพที่เป็นจริงน้อย

ระดับ 1 หมายถึง สภาพที่เป็นจริงน้อยที่สุด

ข้อที่	รายการ	สภาพความเป็นจริง				
		5	4	3	2	1
ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ						
1	ท่านปรึกษาปัญหาสุขภาพ/การเจ็บป่วยกับผู้ที่มีความรู้					
2	ท่านปรึกษากับคนในครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม					
3	ท่านไปพบแพทย์หรือผู้ที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพทันทีที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นสุขภาพของตนเอง					
4	ท่านพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น					
5	ท่านมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวท่านได้					
6	ท่านบอกเล่าอาการผิดปกติทางด้านสุขภาพกับคนในครอบครัวหรือญาติ					
7	ท่านมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ					
8	ท่านให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐที่เข้ามาให้ความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเอง					
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล						
9	ลูกหลาน ญาติพี่น้องหรือคนใกล้ชิดของท่านยังให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ					
10	ท่านติดต่อพูดคุยและไปเยี่ยมเยียนลูกหลาน/ญาติ/คนในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ					
11	ท่านมีส่วนร่วมกิจกรรมของครอบครัวและกิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอและเป็นไปด้วยดี					
12	ท่านพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้านอย่างสม่ำเสมอและอย่างมิตร					
13	ท่านให้ความช่วยเหลือพึ่งพากับเพื่อนบ้านอย่างสม่ำเสมอ					
14	ท่านมีคนในครอบครัวดูแลทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย					

ข้อที่	รายการ	สภาพความเป็นจริง				
		5	4	3	2	1
15	ท่านเป็นกำลังใจและให้คำปรึกษากับคนในครอบครัว					
16	ท่านไม่มีข้อขัดแย้งกับคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน					
17	ท่านได้รับความร่วมมือในการเสนอความคิดและลงมือทำในกิจกรรมต่างทั้งภายในครอบครัวและในชุมชน					
18	ท่านได้รับการยกย่องและยกเป็นตัวอย่างหรือแบบอย่าง					
ด้านการออกกำลังกาย						
19	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละประมาณ 20 นาที					
20	ในระหว่างออกกำลังกายท่านรู้สึกผ่อนคลายและสนุก					
21	ภายหลังจากการออกกำลังกายท่านจะผ่อนคลายร่างกายเพื่อให้ร่างกายปรับสภาพสู่ภาวะปกติ					
22	ท่านกิจกรรมยืดเส้นยืดสายอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเวลา					
23	ก่อนออกกำลังกายท่านเตรียมพร้อมร่างกายสำหรับการออกกำลังกาย					
24	ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อ					
25	ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น					
ด้านโภชนาการ						
26	ท่านรับประทานผลไม้					
27	ท่านรับประทานผัก					
28	ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว					
29	ท่านรับประทานอาหารโดยเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียดก่อนกลืน					
30	ท่านรับประทานอาหารรสจัด					
31	ท่านรับประทานอาหารเป็นเวลา					
ด้านการจัดการความเครียด						
32	ท่านพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น					
33	ท่านบอกกับตนเองทุกครั้งว่าทุกปัญหาที่ทางแก้ไขได้					
34	ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ					
35	เมื่อเครียดหรือไม่สบายใจท่านจะค้นหาสาเหตุก่อน					
36	ท่านปฏิเสธความข้อร้องของผู้อื่นบ้างในบางโอกาส					

ตอนที่ 4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

คำชี้แจง แบบสอบถามความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
จำนวน 50 ข้อ แต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ
สภาพที่เป็นจริงโดยพิจารณาดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง รับรู้ได้มากที่สุด

ระดับ 4 หมายถึง รับรู้ได้มาก

ระดับ 3 หมายถึง รับรู้ได้ปานกลาง

ระดับ 2 หมายถึง รับรู้ได้น้อย

ระดับ 1 หมายถึง รับรู้ได้น้อยที่สุด

ข้อที่	รายการ	ระดับการรับรู้				
		5	4	3	2	1
ด้านความพอประมาณ						
1	ท่านดูแลตนเองด้วยปัจจัย 4 ได้พอดีพอเหมาะกับความ ต้องการและสภาพของตนเอง					
2	ท่านตอบสนองความอยากมีอยากได้เกี่ยวกับอุปกรณ์ใน การดูแลตนเองทั้งจัดโดยองค์กรหน่วยงานหรือจากบุคคล ภายในครอบครัวอย่างเหมาะสม พอดีตามสภาพ					
3	ท่านรู้จักประมาณตนในการดูแลตนเองตามสภาพปัจจุบัน ของตนเองไม่ทำตัวให้เป็นภาระแก่บุคคลอื่น					
4	ท่านมีวิธีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับฐานะของ ตนเอง					
5	ท่านเก็บออมรายได้ส่วนหนึ่งไว้ใช้เพื่อการดูแลตนเองใน ช่วงเวลาที่มีความจำเป็นและเน้นการพึ่งตนเองเป็นสำคัญ					
6	ท่านรู้จักตอบสนองต่อภาวะคุกคามทางด้านสุขภาพที่มา กระทบอย่างพอเหมาะ พอควร					
7	ท่านพิจารณาการเลือกคบเพื่อน การเข้ากลุ่มเพื่อสร้าง สังคมสูงอายุอย่างเหมาะสม					
8	ท่านประกอบอาชีพด้วยความซื่อสัตย์สุจริตและเป็นไปตาม สภาพร่างกายและความพร้อมทางสังคม					
9	ท่านไม่กระทำการใดๆ อันเป็นเหตุให้ตนเองเดือดร้อน ได้รับบาดเจ็บ หรือป่วย					
10	ท่านจัดทำแผนการดูแลตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำ ของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับ ฐานะของตนเอง					
ด้านการมีเหตุผล						
11	ท่านใช้เหตุผลในการพิจารณาและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ของตนเองด้วยความรอบคอบ					

ข้อที่	รายการ	ระดับการรับรู้				
		5	4	3	2	1
12	ท่านใช้ชีวิตเพื่อสุขภาพที่แข็งแรงโดยปราศจากภาวะ คุกคามอย่างมีเหตุผล					
13	ท่านยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลในแต่ละคนได้					
14	ท่านคำนึงถึงผลกระทบจากการไม่ดูแลตนเองทั้งในด้าน สังคมและสุขภาพของตนเองต่อคนรอบข้าง					
15	ท่านคิดและทบทวนอย่างรอบคอบก่อนเลือกวิธีปฏิบัติใน การดูแลตนเองและการปรับตัว					
16	ท่านมีการวางแผนการดูแลตนเองอย่างเป็นขั้นตอน					
17	เมื่อมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง เช่น การ ทราบผลจากการตรวจสุขภาพ ท่านสามารถจะควบคุม อารมณ์ได้					
18	ท่านมีความอดทน อดกลั้นต่อการปรับตัวเพื่ออยู่ในสังคม ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี					
19	ท่านใจกว้าง หนักแน่น รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เกี่ยวกับสุขภาพและสมรรถนะในการทำงานของท่าน					
20	ท่านเชื่อมั่นในการทำ ความดี ความพยายาม และการ พึ่งตนเอง					
ด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี						
21	ท่านสามารถยอมรับต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสุขภาพและการปรับตัวใน สังคม					
22	ท่านสามารถรับมือและหาทางป้องกันความล้มเหลวอัน เกิดจากก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ					
23	ท่านคำนึงถึงผลดีและผลเสียของการก้าวเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุ					
24	ท่านปลูกฝังความคิด ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตที่ดี และสามารถเป็นตัวอย่างได้ให้กับบุคคลรอบข้างเมื่อมี โอกาส					
25	ท่านมีความสามารถในการพึ่งตนเองทั้งในเรื่องของรายได้ และการดูแลตนเอง					
26	ท่านปฏิบัติตนในระเบียบและวินัยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในทุกๆ ด้าน					
27	ท่านดูแลรักษาสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นประจำ					
28	ท่านมีความพึงพอใจในการดูแลตนเองด้วยตนเองและการ ดูแลจากผู้อื่นเป็นอย่างดี					

ข้อที่	รายการ	ระดับการรับรู้				
		5	4	3	2	1
29	ท่านมีความประนีประนอมยืดหยุ่นให้กับคนในครอบครัวและอยู่ร่วมกันอย่างไม่มีอคติ					
30	ท่านมีความเสี่ยงต่อสภาวะการณ์ในการดูแลตนเอง					
ด้านเงื่อนไขความรู้						
31	ท่านสามารถนำความรู้ ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับตัวมาเชื่อมโยงกันเพื่อประกอบการวางแผนในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต					
32	ท่านสามารถแก้ไขปัญหาทางด้านครอบครัวและสุขภาพได้ด้วยตนเอง					
33	ท่านสามารถให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและครอบครัวแก่บุคคลอื่นได้					
34	ท่านได้ใช้ความรู้ และประสบการณ์มาดูแลตนเองและนำมาใช้ในการปฏิบัติงานและดำเนินชีวิตได้อย่างพอเพียง					
35	ท่านศึกษาค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มเติมอยู่เสมอ					
36	ท่านเป็นผู้มีอุดมคติในการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตในทุกๆด้านตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง					
37	ท่านสามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตให้แก่ผู้อื่นเพื่อใช้ในการพัฒนาชุมชน					
38	ท่านสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มเติมและจัดทำเป็นแนวทางที่ชัดเจนและถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้ใช้ประโยชน์ได้					
39	ท่านสามารถนำความรู้และประสบการณ์มาวางแผนการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เป็นการระแวกบุคคลอื่น					
40	ท่านสามารถนำความรู้และประสบการณ์ไปดำเนินการจนเกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจทั้งในส่วนของตนเอง ครอบครัวและสังคม					
ด้านเงื่อนไขคุณธรรม						
41	ท่านยึดหลักความซื่อสัตย์ สุจริต ความมีสติ ความขยันอดทน และการแบ่งปันในการดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพและสังคม					
42	ท่านอยู่ร่วมกับผู้อื่นในครอบครัวและสังคมอย่างมีสติและมีการช่วยเหลือแบ่งปันกันตามศักยภาพที่สามารถทำได้					
43	ท่านเป็นผู้ยึดถือหลักการแบ่งปันและช่วยเหลือกันกับคนรอบข้างโดยไม่เห็นแก่ตัว					

ข้อที่	รายการ	ระดับการรับรู้				
		5	4	3	2	1
44	ท่านมีความรู้สึกอายและรู้สึกสำนึกผิดทุกครั้งเมื่อท่านกระทำผิดต่อตนเอง และบุคคลอื่น					
45	ท่านมีความกล้าในการที่จะรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองกระทำทั้งในด้านการดูแลตนเองและการใช้ชีวิตในครอบครัวสังคม					
46	ท่านมีความรับผิดชอบและมีวินัยในการดูแลตนเองและครอบครัวโดยไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น					
47	ท่านมีความกระตือรือร้นต่อการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ					
48	ท่านสามารถประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับการดูแลตนเองได้ทั้งด้านสุขภาพและสังคม					
49	ท่านยึดหลักสายกลางในการดำเนินชีวิต					
50	ท่านสนใจและเห็นความสำคัญในการใช้ชีวิตอย่างมีคุณธรรมจริยธรรมพร้อมกับยึดถือปฏิบัติในทุกกิจกรรมที่เกิดขึ้น					

ขอแสดงความขอบคุณที่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม
จากคณะผู้วิจัย

ประวัติคณะนักวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ-สกุล

ดร.โสภณา สุตสมบุญ

คุณวุฒิ

ปร.ด. (การบริหารการศึกษา), มหาวิทยาลัยศิลปากร

M.B.A. (Accounting), Rutgers-The State University of New Jersey, U.S.A.

บธ.บ. (การบัญชี), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สาขาความชำนาญ

การบริหารการศึกษา

ตำแหน่งงาน

อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

ผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ-สกุล

ดร. อัญชลี เหมชะญาติ

คุณวุฒิ

ปริญญาเอก ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม
ปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ

ชุมชน

ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต

สาขาความชำนาญ

วิจัยปริมาณและคุณภาพ และ Peer Review สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ตำแหน่งงาน

อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

ผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ - สกุล

ดร.ประยงค์ แก่นลา

ประวัติการศึกษา

ปริญญาเอก สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ
อุบลราชธานี

ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัย

รามคำแหง

ปริญญาตรี สาขาวิชาการบริหารการศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม

สาขาความชำนาญ

การบริหารการศึกษา

ตำแหน่งงาน

รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

ตำแหน่งทางวิชาการ

อาจารย์

ผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ-สกุล

คุณวุฒิ

ดร. สุดาร์ตน์ สุดสมบูรณ์

ปร.ด. (การพัฒนาที่ยั่งยืน – รัฐประศาสนศาสตร์) มหาวิทยาลัยทักษิณ

ศศ.ม. (รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ศศ.บ. (รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัยรามคำแหง

สาขาความชำนาญ

ตำแหน่งงาน

การบริหารรัฐกิจ การเมืองการปกครอง และการถ่ายโอนอำนาจ

ผู้อำนวยการสถาบันชีว – เสี่ยงม เพื่อภาษาและวัฒนธรรมข้ามชาติ
วิทยาลัยเทคโนโลยีภาคใต้