# ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

# PERSONAL AND SOCIAL ENVIRONMENTAL FACTORS RELATED TO WELL-BEING AND SELF-CARE BEHAVIOR AMONG ELDERLY PEOPLE IN NURSING HOMES

กิตติชัย อ่วมสวยศรี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2564

# ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

กิตติชัย อ่วมสวยศรี

ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

# PERSONAL AND SOCIAL ENVIRONMENTAL FACTORS RELATED TO WELL-BEING AND SELF-CARE BEHAVIOR AMONG ELDERLY PEOPLE IN NURSING HOMES

KITTICHAI OUMSUYSRI

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of MASTER OF SCIENCE

(Applied Behavioral Science Research)

BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH INSTITUTE, Srinakharinwirot University

2021

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ของ

กิตติชัย อ่วมสวยศรี

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา)

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพ็ชร์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญาณี พูนพล)

ชื่อเรื่อง ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
ผู้วิจัย กิตติชัย อ่วมสวยศรี
ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2564
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปิยดา สมบัติวัฒนา

การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกัน 2) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างกลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านบุคคลและกลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองที่มีลักษณะชีวสังคมต่าง ๆ 3) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายและค้นหาตัวทำนายที่สำคัญของปัจจัยทางจิตและด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 160 คน ได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน ในการเก็บแบบวัดเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ทั้งหมด 7 ตอน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าอยู่ระหว่าง .77 ถึง .92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวม 3) กลุ่มปัจจัยด้านบุคคล (ความกรุณาต่อตนเอง, การมองโลกในแง่ดี, การรับรู้ความสามารถของตนเอง) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในกลุ่มรวมได้ ร้อยละ 46 ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี ความกรุณาต่อตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ปัจจัยด้านบุคคล, ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม, พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง, ผู้สูงอายุ, สถานสงเคราะห์คนชรา

| | |
|---|---|
| Title | PERSONAL AND SOCIAL ENVIRONMENTAL FACTORS RELATED TO WELL-BEING AND SELF-CARE BEHAVIOR AMONG ELDERLY PEOPLE IN NURSING HOMES |
| Author | KITTICHAI OUMSUYSRI |
| Degree | MASTER OF SCIENCE |
| Academic Year | 2021 |
| Thesis Advisor | Assistant Professor Dr. Piyada Sombatwattana |

The aims of this comparative correlation research are as follows: (1) to compare well-being and self-care behavior of elderly people in nursing homes in terms of gender and age; (2) to study the interaction between the personal, social and environmental factors affecting the well-being and self-care behavior of elderly people in nursing homes in subgroups with different social and biological characteristics; and (3) to study the predictive power of people suffering from the individual factors and the social environment in predicting the well-being and self-care behavior of elderly people in nursing homes. The group as a whole and people in the subgroups also had different biological and social factors. The sample group used in the research consisted of 160 elderly people in the nursing home of a local administration department and obtained by multi-stage random sampling. Using a collection of measurements as six-level appraisal section, all seven episodes had an alpha coefficient of confidence between .77 and .92 The data were analyzed using descriptive statistics and analyzed values of the one-way analysis of variance, two-way analysis of variance and Stepwise multiple regression analysis, all based on the results of this study. The results of the research were as follows: (1) the elderly people in nursing home differed in terms of gender and the well-being and self-care behavior of elderly people were at a statistically significant level of .05; (2) to meet the interaction between the self-compassion variables and social support in subgroups; (3) the factors influencing these groups, such as self-compassion, optimism, and self-efficacy can jointly predict the well-being and self-care behavior of elderly in nursing homes at 46% and the important factors that predict well-being and self-care behavior of elderly people in nursing homes included optimism, self-compassion and self-efficacy with a statistical significance of .05

Keyword : Personal factors, Social environmental factors, Elderly people, Nursing homes, Well-being, Self-care behavior

# กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความตั้งใจและความกรุณาของที่ปรึกษา คืออาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำตั้งแต่เริ่มต้นพัฒนาเค้าโครงปริญญานิพนธ์ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ปริญญานิพนธ์จนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร. ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพ็ชร์ และ ผศ.ดร. พิชญาณี พูนพล ที่ให้เกียรติเป็นประธานและกรรมการสอบปากเปล่า ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไข ให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร. นริสรา พึ่งโพธิ์สภ, ผศ.ดร. อมราพร สุรการ และ ผศ. ชญานุช ลักษณวิจารณ์ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ

ขอบคุณนักสังคมสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชราทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณ นางสาวจิราพร จันทร์จิระศานติ์ ที่คอยช่วยในการทำเครื่องมือสำหรับนำเสนอวิทยานิพนธ์

กิตติชัย อ่วมสวยศรี

# สารบัญ

หน้า


บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญรูปภาพ ..... ฐ

บทที่ 1 บทนำ ..... 1

ที่มาและความสำคัญของปัญหา ..... 1

ความมุ่งหมายของการวิจัย ..... 4

ความสำคัญของงานวิจัย ..... 4

ขอบเขตของการวิจัย ..... 5

นิยามศัพท์เฉพาะ ..... 6

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ..... 7

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทางสถานสงเคราะห์คนชรา ..... 7

วัตถุประสงค์ของสถานสงเคราะห์คนชรา ..... 7

การให้บริการในสถานสงเคราะห์ ..... 10

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 11

2.1 พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 11

2.2 การวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 20

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมดูแลสุขภาวะ ..... 21

ส่วนที่ 3 การเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ..... 22

ส่วนที่ 4 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ..... 23
ส่วนที่ 5 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ตัวแปรสาเหตุ ..... 26
5.1 ปัจจัยด้านบุคคลที่ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 26
5.1.1 ความกรุณาต่อตนเอง (Self-compassion) กับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 26
5.1.2 การมองโลกในแง่ดี (Optimism) กับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 31
5.1.3 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) กับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 34
5.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 38
5.2.1 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 38
5.2.2 การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรากับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 43
ส่วนที่ 6 ลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 46
6.1 เพศกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 46
6.2 อายุกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ..... 47
กรอบแนวคิดการวิจัย ..... 48
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ ..... 49
สมมติฐานการวิจัย ..... 52
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย ..... 54
การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง ..... 54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ..... 56
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ..... 63
การเก็บรวบรวมข้อมูล ..... 63
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ..... 64

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ..... 66
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ..... 66
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา ..... 67
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ..... 72
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ..... 126
สรุปผลการวิจัย ..... 127
อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ..... 127
ข้อเสนอแนะ ..... 147
บรรณานุกรม ..... 149
ภาคผนวก ..... 157
ภาคผนวก ก ใบรับรองการทำวิจัยในมนุษย์และหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ..... 158
ภาคผนวก ข รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือวิจัย ..... 165
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ..... 169
ประวัติผู้เขียน ..... 184

# สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม .....67

ตาราง 2 จำนวนร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลพื้นฐานจากตัวแปรที่ศึกษาทั้งในภาพรวมและกลุ่มสูงกลุ่มต่ำ.....70

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ที่มีเพศแตกต่าง .....72

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย ที่มีเพศแตกต่าง .....73

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ ที่มีเพศแตกต่าง .73

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม ที่มีเพศแตกต่าง .74

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนที่มีอายุแตกต่างกัน .....74

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนด้านร่างกายที่มีอายุแตกต่างกัน75

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนด้านจิตใจ ที่มีอายุแตกต่างกัน..75

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนด้านสังคมที่มีอายุแตกต่างกัน 76

ตาราง 11 ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย.....77

ตาราง 12 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ เมื่อพิจารณาการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มเพศชาย จำนวน 53 คน .....81

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย .....83

ตาราง 14 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 47 คน .....87

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเมื่อพิจารณาตามตัวแปรความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ..... 89

ตาราง 16 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 160 คน..... 92

ตาราง 17 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศหญิง จำนวน 107 คน ..... 93

ตาราง 18 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวม จำนวน 160 คน ..... 94

ตาราง 19 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศหญิง จำนวน 107 คน..... 95

ตาราง 20 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 47 คน ..... 95

ตาราง 21 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจเมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวม จำนวน 160 คน ..... 96

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ..... 98

ตาราง 23 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม เมื่อพิจารณาการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา ในกลุ่มรวม จำนวน 43 คน..... 102

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ..... 105

ตาราง 25 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา ในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 47 คน..... 109

ตาราง 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาตามตัวแปรความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ..... 112

ตาราง 27 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มเพศชาย จำนวน 53 คน..... 115

ตาราง 28 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มเพศชาย จำนวน 53 คน ..... 117

ตาราง 29 ข้อมูลเบื้องต้นในการทดสอบเป็นไปตามเงื่อนไขการวิเคราะห์สถิติการทดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression) ..... 119

ตาราง 30 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและทดสอบนัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ..... 121

# สารบัญรูปภาพ

**หน้า**

ภาพประกอบ 1 โมเดลสุขภาวะ (The Wellness Model) ..... 15

ภาพประกอบ 2 สุขภาวะแบบองค์รวมแนวพุทธ ..... 18

ภาพประกอบ 3 แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ..... 22

ภาพประกอบ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ..... 35

ภาพประกอบ 5 กรอบงานวิจัย ..... 49

ภาพประกอบ 6 ผลการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยโดยใช้ตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านบุคคลและด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ..... 145

# บทที่ 1
# บทนำ

## ที่มาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายของรัฐบาลจากแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ 20 ปี (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2560) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี (พ.ศ. 2561 – 2580) มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการจัดการสุขภาวะในทุกรูปแบบอันจะนำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง ควบคู่ไปกับการสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาวะให้มีทักษะด้านสุขภาวะที่เหมาะสม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และร่วมกันส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยส่งผลให้เกิดการกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ และสามารถพัฒนาและสร้างระบบรับมือ ปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้นและมีความเป็นอยู่ดีเพิ่มขึ้น

จากยุทธศาสตร์ 20 ปี (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2560) จะเน้นการส่งเสริมกับทุกกลุ่มแต่ประชากร เมื่อมาพิจารณาเกี่ยวกับวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับปัญหาสุขภาพ โรคเรื้อรัง จิตใจหดหู่ ภาวะซึมเศร้า ฯลฯ ผู้สูงอายุจึงต้องรู้จักการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย มีสุขถาพดี และให้ตนเองมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ ดังนั้นในกลุ่มผู้สูงอายุจึงควรส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น เช่น ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลาย ใส่ใจดูแลสุขภาพในเรื่องอาหาร การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ เป็นต้น (เพ็ญแข ประจนปัจจนึก, 2544)

สถานสงเคราะห์คนชราเป็นหน่วยงานของรัฐที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ได้แก่ ฐานะยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย ขาดผู้อุปการะหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข โดยให้ที่พักอาศัยควบคู่ไปกับการจัดบริการด้านสวัสดิการสังคมอื่น ๆ โดยคุณสมบัติในการเข้ารับบริการสถานสงเคราะห์คนชรา ดังนี้ 1) มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 2) ไม่เป็นผู้ต้องหาว่ากระทำผิดอาญาและอยู่ระหว่างการสอบสวนของพนักงานสอบสวนหรืออยู่ระหว่างการพิจารณาคดีของศาล 3) ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อร้ายแรง 4) ไม่พิการทุพพลภาพหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ 5) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน (ระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2558, 2558)

เมื่อผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการสถานสงเคราะห์คนชรา (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2557) ส่วนใหญ่จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีอาการเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว จึงส่งผลให้ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ จึงจำเป็นต้องแยกออกมาจากครอบครัวและมาพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราร่วมกับผู้สูงอายุอื่นๆ ซึ่งนับเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเล็กๆ ในสังคมกลุ่มหนึ่ง ที่ไม่มีโอกาสได้รับการดูแลในช่วงบั้นปลายชีวิตจากครอบครัว ทำให้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยขาดการดูแลจากคนในครอบครัวที่ตนเองคุ้นเคยมาในอดีต และที่สุดต้องจากไปโดยไม่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานคนใกล้ชิด จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนสังคมจากบ้านมาสู่สถานสงเคราะห์คนชรา และกัลยรัตน์และคณะ (กัลยรัตน์ ศรกล้า, วารี กังใจ, และ สหัทยา รัตนจรณะ, 2562) กล่าวว่าเมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ามาใช้บริการในสถานสงเคราะห์คนชราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้านทั้งการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม และสังคม จากการอาศัยอยู่ที่บ้านที่มีการใช้ชีวิตอย่างอิสระ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความชอบความสมัครใจ แต่เมื่อเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราวิถีชีวิตของผู้สูงอายุอาจอยู่ภายใต้ข้อจำกัดและกฎระเบียบต่างๆ ของสถานสงเคราะห์คนชราไม่สามารถติดต่อบุคคลภายนอกได้สะดวกเหมือนเมื่อก่อน เนื่องจากสถานสงเคราะห์คนชราตั้งอยู่ไกลจากที่อยู่เดิม การเดินทางจึงไม่สะดวก ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งให้มีปัญหาเรื่องสุขภาพจิตและส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย แต่หากผู้สูงอายุยอมรับความเปลี่ยนแปลงและพยายามปรับตัวจะทำให้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงและส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุน้อยลงซึ่งการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจะเป็นการลดผลกระทบและช่วยป้องกันโรคต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น จะมีที่พักมีอาหาร และได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่

เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้และปัญหาสุขภาพทำให้กลายเป็นผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากจะส่งผลถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของ วรเวศม์และคณะ (วรเวศม์ สุวรรณระดา, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, นพพล วิทย์วรพงศ์, และ สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์, 2559) พบว่าต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน : กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุพึ่งพาผู้อื่นในระดับปานกลาง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ,กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุพึ่งพาผู้อื่นในระดับมาก สามารถช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย เช่น ทานอาหาร แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือเดินเองได้ และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 1 จะมีค่าเฉลี่ยของ

ต้นทุนในการดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 461.39, 456.91 และ 445.20 บาทต่อคนต่อวัน ตามลำดับ จึงสามารถบอกได้เมื่อผู้สูงอายุที่ยิ่งต้องการการพึ่งพิงจากเจ้าหน้าที่ยิ่งจำเป็นต้องใช้เงินเพิ่มมากขึ้นในการดูแล และต้องใช้จำนวนเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ

โดยการที่จะให้ผู้สูงอายุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจ จึงจะเป็นต้องเพิ่มการดูแลตนเองเพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพ โดยศึกษาจากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995) พบว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่มีวุฒิภาวะหรือกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ โดยบุคคลที่มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจะมีความสามารถในทักษะที่จำเป็น กล่าวคือ พลังและความสามารถของบุคคลในการดำเนินการอย่างตั้งใจและมีเป้าหมายเพื่อควบคุมปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อการทำงานและการพัฒนาของตนเอง โดยเน้นการส่งเสริมและป้องกันพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องของสุขภาพ การดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่จงใจ และมีเป้าหมายซึ่งแต่ละบุคคลจะมีศักยภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการดูแลตนเองของโอเรมจะเน้นการดูแลเรื่องสุขภาพ การป้องกันโรค ไม่เน้นถึงปัจจัยอื่นๆ จึงนำแนวคิดสุขภาวะมาช่วยอธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อให้มีการดูแลตนเองที่รอบด้านไม่เพียงแต่ด้านสุขภาพเท่านั้น ซึ่งแนวคิดสุขภาวะที่กล่าวถึงว่าการมีสุขภาวะที่ดีคือการมีสุขภาพที่ดี คือแนวคิดสุขภาวะของทรอยและคณะ (Troy, Bezner, Garner, & Woodruff, 1998) โดยได้อธิบายถึงสุขภาวะแบ่งออกเป็น สุขภาวะด้านต่างๆ 6 ด้านเชื่อมโยงกัน ดังนี้ ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) ด้านปัญญาและการรู้คิด (Intellectual) ด้านสังคม (Social) ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านจิตใจ (Psychological) โดยสุขภาวะแต่ละด้านจะส่งผลต่อกัน และเมื่อสุขภาวะในด้านในด้านหนึ่งมีการพัฒนาจะส่งผลให้สุขภาวะในด้านอื่นๆ พัฒนาด้วย

โดยในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ซึ่งเป็นการรวมกันระหว่างแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมและแนวคิดสุขภาวะของอดัมส์ มาร่วมกันศึกษา เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ซึ่งหมายถึงการกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงในการเอาใจใส่ต่อตนเองเรื่องสุขภาพ โดยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ดังนี้ 1) พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย คือ การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงการเอาใจใส่ต่อตนเองเรื่องสุขภาพทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด 2) พฤติกรรมดูแลสุขภาวะด้านจิตใจ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงการเอาใจ

ใส่ต่อตนเอง เรื่องสุขภาพทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย การมีเป้าหมายในชีวิต ภาวะซึมเศร้า ทักษะทางสังคม ความมั่นคงของอารมณ์ตัวเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง และ 3) พฤติกรรมดูแลสุขภาวะด้านสังคม หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงการเอาใจใส่ต่อตนเองเรื่องสุขภาพทางด้านสังคม ประกอบด้วย การเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคลอื่น

ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจากผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างในสภาพแวดล้อมทางสังคมกับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และทราบถึงปัจจัยด้านบุคคลและด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์ได้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้มีสุขภาวะที่สมบูรณ์

**ความมุ่งหมายของการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกัน

2. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างกลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านบุคคล และกลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง

3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายและค้นหาตัวทำนายที่สำคัญของปัจจัยด้านบุคคลและด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง

**ความสำคัญของงานวิจัย**

1. ความสำคัญเชิงวิชาการทำให้ได้องค์ความรู้ของตัวแปรทางด้านปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองนำไปใช้ประโยชน์ต่อยอดในการวิจัยขั้นสูง

2. ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงความสำคัญของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง

ด้านบุคคล ผู้สูงอายุสามารถนำปัจจัยด้านบุคคล (การมองโลกในแง่ดี ความกรุณาต่อตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง) ที่มีส่วนสำคัญให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเพิ่มมากขึ้น และสามารถวางแผนเตรียมตัวสำหรับการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติงานหรือทำกิจกรรมต่างๆได้

ด้านเจ้าหน้าที่/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อที่ส่งเสริมสนับสนุนปัจจัยด้านบุคคลและด้านสภาพแวดล้อมสังคม

และเอื้อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเพิ่มมากขึ้น เช่น จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาวะตนเอง

ด้านนโยบาย หน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุนำผลของการวิจัยมาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและนำมาเป็นมาตรฐานในการดำเนินการภายในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้วางแผนในการจัดกิจกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากขึ้น ลดการพึ่งพิงเจ้าหน้าที่ภายในสถานสงเคราะห์คนชราที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ

**ขอบเขตของการวิจัย**

**ประชากรที่ใช้ในการวิจัย**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำนวน 13 แห่ง โดยมีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 973 คน (กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ, 2563)

**กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย**

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำนวน 8 แห่ง ได้แก่ 1.สถานสงเคราะห์คนชรานครปฐม จังหวัดนครปฐม 2.สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์) จังหวัดนครปฐม 3.สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไยอุปถัมภ์) จังหวัดกาญจนบุรี 4.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์ 5.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา 6.สถานสงเคราะห์คนชราโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา 7.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง-พนังตัก จังหวัดชุมพร 8.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง รวมจำนวนทั้งสิ้น 160 คน

**ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา**

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1.1 กลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านบุคคล

1.1.1 ความกรุณาต่อตนเอง

1.1.2 การมองโลกในแง่ดี

1.1.3 การรับรู้ความสามารถตนเอง

1.2 กลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม

1.2.1 การสนับสนุนทางสังคม

1.2.2 การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน

2.1 พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย

2.2 พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ

2.3 พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม

3. ตัวแปรแบ่งกลุ่ม

3.1 เพศ

3.2 อายุ

**นิยามศัพท์เฉพาะ**

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นผู้รับบริการในสถานสงเคราะห์สังกัดกรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น

สถานสงเคราะห์คนชรา หมายถึง สถานที่ที่รัฐจัดตั้งขึ้นสำหรับดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้บริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา ฐานะยากจน และไม่มีผู้อุปการะ โดยจะได้รับการคุ้มครองดูแลและได้รับบริการในด้านต่างๆ

# บทที่ 2
# เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของสถานสงเคราะห์คนชรา
2. พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง
3. การเรียนรู้ทางปัญญาสังคม
4. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
5. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ตัวแปรสาเหตุ
   5.1 ปัจจัยด้านบุคคลที่ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง
   5.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง
6. ลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทางสถานสงเคราะห์คนชรา**

สถานสงเคราะห์คนชรามีหน้าที่ให้ความอุปการะดูแลผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสยากจน ขาดผู้ดูแลหรือขาดที่พึ่ง โดยให้ที่พักอาศัยควบคู่ไปกับการจัดบริการด้านสวัสดิการสังคมอื่น ๆ และมีวิวัฒนาการมายาวนาน โดยปรับทางด้านโครงสร้างตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป

**วัตถุประสงค์ของสถานสงเคราะห์คนชรา**

นโยบายดั้งเดิมของกรมประชาสงเคราะห์ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, 2548) ในการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรานั้นมีวัตถุประสงค์สำคัญคือเพื่ออุปการะผู้สูงอายุที่ทุกข์ยาก เดือดร้อน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อเป็นการตอบแทนคุณความดีที่ผู้สูงอายุได้ทำคุณประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติมาแล้วในอดีต และช่วยแบ่งเบาภาระครอบครัวที่ยากจนไม่สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุไว้ในครอบครัวได้ รวมทั้งให้การอุปการะผู้สูงอายุที่มีครอบครัวดูแลแต่อยู่กับครอบครัวแล้วไม่มีความสุขด้วย เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้คลายความวิตกกังวลว่าเมื่อไม่อาจเลี้ยงตนเองได้แล้ว รัฐจะมีหน้าที่ให้การเลี้ยงดูตลอดไป ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ได้เน้นการทำให้สถานสงเคราะห์ให้เล็กลงแต่มีคุณภาพ โดยกรมประชาสงเคราะห์จะพิจารณาจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราเฉพาะในพื้นที่ที่มีความพร้อมและมีความจำเป็นเท่านั้น และจะไม่ให้มีการจัดตั้ง

สถานสงเคราะห์คนชราขึ้นในทุกจังหวัด เนื่องจากต้องการจะส่งเสริมผู้สูงอายุให้อาศัยอยู่กับครอบครัวและชุมชนมากกว่าการเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ รวมทั้งส่งเสริมบริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในชุมชนในรูปของการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชนจำนวน 200 แห่งทั่วประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2541-พ.ศ. 2542 ซึ่งจะอาศัยวัดในแหล่งชุมชนต่าง ๆ เป็นสถานที่จัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนแห่งนั้น ๆ ตามความจำเป็นและความต้องการที่มีอยู่ ต่อมาได้ถ่ายโอนอำนาจมาอยู่ในการดูแลขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้มีการถ่ายโอนภารกิจของสถานสงเคราะห์คนชราให้ไปอยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งอยู่ในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น โดยปัจจุบันมีจำนวน 13 แห่ง ดังนี้

1. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร
2. สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่
3. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์
4. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี
5. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
6. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา
7. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
8. สถานสงเคราะห์คนชรานครปฐม จังหวัดนครปฐม
9. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์ จังหวัดนครปฐม
10. สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี หลวงพ่อลำใยอุปถัมภ์ จังหวัดกาญจนบุรี
11. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
12. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง-พนังตัก จังหวัดชุมพร
13. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง

เนื่องจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นไม่มีระเบียบการดูแลผู้สูงอายุ จึงต้องใช้ระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2558 เทียบเคียงในการให้บริการผู้สูงอายุ และได้กำหนดระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

หมวด 1 คุณสมบัติของผู้รับบริการ

ข้อ 6 ผู้สูงอายุที่มีความประสงค์เข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

2. ไม่เป็นผู้ต้องหาว่ากระทำผิดอาญาและอยู่ระหว่างการสอบสวนของพนักงานสอบสวนหรืออยู่ระหว่างการพิจารณาคดีของศาล

3. ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อร้ายแรง

4. ไม่พิการทุพพลภาพหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

5. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน

ข้อ 7 ผู้สูงอายุที่มีความประสงค์เข้าอยู่ในบ้านพักผู้สูงอายุต้องมีคุณสมบัติตามข้อ 6 และเป็นผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อนอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

1. ฐานะยากจน

2. ไม่มีที่อยู่อาศัย

3. ขาดผู้อุปการะหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ

4. ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข

หมวด 2 ประเภทของการให้บริการ

ข้อ 9 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุให้บริการ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. ศูนย์บริการผู้สูงอายุ สำหรับให้บริการผู้สูงอายุที่มาขอใช้บริการที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้จัดไว้ในเวลากลางวัน

2. ศูนย์บริการเลี้ยงดูผู้สูงอายุสำหรับให้บริการเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่มาขอให้บริการแบบเช้าไป – เย็นกลับ

3. บ้านพักฉุกเฉิน สำหรับให้บริการผู้สูงอายุเป็นการชั่วคราวไม่เกิน 15 วันหากผู้สูงอายุมีเหตุจำเป็นต้องพักเป็นระยะนานกว่าที่กำหนด ต้องได้รับอนุญาตจาผู้อำนวยการศูนย์ฯ

4. บ้านพักผู้สูงอายุมี 3 ประเภท ดังนี้

ก. ประเภทสามัญ ได้แก่ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยไม่เสียค่าบริการ

ข. ประเภทหอพัก ได้แก่ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยเสียค่าบริการให้ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ตามอัตราที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกำหนด

ค. ประเภทปลูกบ้านอยู่เอง ได้แก่ การให้บริการผู้สูงอายุ โดยอนุญาตให้ผู้สูงอายุปลูกบ้านพักอยู่อาศัยในบริเวณศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกำหนด

**การให้บริการในสถานสงเคราะห์**

จากกมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, 2548) โดยเมื่อผู้สูงเข้ามารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา สถานสงเคราะห์คนชราจะดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่วันแรกที่เข้ามา จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยอันดับแรกจะดูแลผู้สูงอายุโดยจัดปัจจัย 4 ที่จำเป็นต่อชีวิต เพื่อให้มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจในบั่นปลายชีวิต ตามสมควรแก่อัตภาพและเมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยอาการเจ็บป่วยที่เป็นมาก่อน จะได้รับบริการทางการแพทย์และอนามัย โดย 1) ด้านการรักษาพยาบาล สถานสงเคราะห์ได้จัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพเพื่อผู้สูงวัย โดยเชิญแพทย์และพยาบาลจากโรงพยาบาลต่างๆ มาบริการตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ในกรณีที่เจ็บป่วยเฉพาะโรคหรือประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินจะส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ สถานสงเคราะห์ได้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยเชิญวิทยากรภายนอกเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย 3) ด้านการฟื้นฟูจะมีนักกายภาพบำบัด มาทำกายภาพบำบัดให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ฯ นอกจากการดูแลรักษาทางสถานสงเคราะห์คนชรายังมีบริการอาชีวบำบัดเป็นการส่งเสริมและสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมยามว่างให้เหมาะสมกับความสามารถและตามความสมัครใจ โดยเชิญวิทยากรจากภายนอก มาสอนงานประดิษฐ์ต่างๆ เช่น ดอกไม้ประดิษฐ์ พรมเช็ดเท้า เป็นต้น และเมื่อเจอปัญหาเกี่ยวกับการใช้ชิตในสถานสงเคราะห์คนชรา จะมีบริการด้านสังคมสงเคราะห์จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหา ฟื้นฟูและปรับสภาพในส่วนต่างๆ โดยใช้หลักวิธีการทางสังคมสงเคราะห์เฉพาะรายและกลุ่มชน สุดท้ายเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิตทางสถานสงเคราะห์จะมีบริการด้านฌาปนกิจ ผู้สูงอายุที่ถึงแก่กรรมในสถานสงเคราะห์ฯ และไม่มีญาติจัดการศพให้สถานสงเคราะห์คนชราจะจัดการศพให้ และทำบุญอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ของทุกปี (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560)

สรุปได้ว่า สถานสงเคราะห์คนชรานั้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไร้ญาติและไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ เพื่อให้มีที่อยู่อาศัย และมีความสุขตามอัตภาพจนถึงบั้นของปลายชีวิต

**ส่วนที่ 2 พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

2.1 **พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

ในงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นการนำทฤษฎีการดูแลตนเอง และ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะมาศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

**ความหมายและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง**

จากการทบทวนเอกสารแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้พบความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้ Norris (1976 อ้างถึงใน นพรัตน์ หนูบ้านยาง, 2540) ให้ความหมายว่าการดูแลตนเองคือกระบวนการ ให้ประชาชนและครอบครัวได้มีโอกาสนำความคิดริเริ่ม ความรับผิดชอบ และการกระทำหน้าที่ อย่างมีประสิทธิภาพ มาใช้ในการพัฒนาความสามารถของตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีโดยสอดคล้องกับ Pender (1987 อ้างถึงใน อรพรรณ อิศราภรณ์, 2536) ในเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และ Pender ได้ระบุถึงการดูแลตนเองของบุคคลว่าการดูแลตนเองบุคคลต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น โดยที่ Hill and Smith (1990, อ้างถึงใน กรรณิการ์ พงษ์สนิท, 2541) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคล หรือบุคคลภายนอกก็ได้ และโอเรม (Orem, 1995) จะเพิ่มการหลีกเลี่ยงจากโรคร้าย หรือภยันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต โดยเน้นการส่งเสริมและป้องกันพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องของสุขภาพ การดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่จงใจ และมีเป้าหมาย ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีศักยภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

จากความหมายของการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า การดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมาย ขั้นตอน ในการส่งเสริมหรือป้องกันในการดูแลสุขภาพและสุขภาวะของตน อาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลหรือภายนอกก็ได้ โดยงานวิจัยนี้ได้นำทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเรม (Orem, 1995) มาช่วยในการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง

**ทฤษฎีการดูแลตนเอง**

โอเรม (Orem, 1995) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นแนวคิด ของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมี ประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล ซึ่งการเรียนรู้นี้อาจเกิดขึ้นจากการคิดค้นด้วยตนเอง หรือได้รับจากการสอน คำแนะนำ หรือจากการเรียนรู้จาก

สถานการณ์จริงด้วยการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ในแต่ละวัน เพื่อที่จะนำมาจัดการกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปด้วยความผาสุกในภาวะปกติแล้วผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ แต่ในเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อ ความสามารถด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัน ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต นอกจากนี้ยังสามารถ นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวและคนอื่นๆในสังคมด้วย

โอเรม (Orem, 1995) ได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นที่ส่งผลกับสภาพของมนุษย์โดยทั่วไปและสภาวะแวดล้อม โดยสร้างขึ้นตามความต้องการของบุคคล ที่สนใจและดูแลตนเองหรือพึ่งพาตนเอง โดยแบ่งความต้องการในการดูแลตนเอง เป็น 3 มิติ และเรียกการดูแลตนเองทั้ง 3 มิตินี้ว่า เป็นความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะกระทำภายในระยะเวลาหนึ่งประกอบด้วย

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับทุกคน ทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ โดยกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือ บิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วๆ ไป การดูแลตนเอง ที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการนี้ แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 การพัฒนาและการคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการเติบโตของบุคคล และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเติบโตเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ โดยเริ่มตั้งแต่อยู่ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบต่อพัฒนาการของบุคคล ซึ่งโอเรมกล่าวว่าการป้องกันมี 2 ลักษณะ คือ การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น และการบรรเทาหรือการเอาชนะอันตรายที่เกิดขึ้น โดยการที่บุคคลไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการป้องกันผลกระทบนี้ เกิดจากการขาดการศึกษาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียคนสนิท การเจ็บป่วยและการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตและการสูญเสียชีวิต

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองเมื่อ บุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือมีความพิการ รวมทั้งบุคคลที่อยู่ระหว่างการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำความหมายของการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995) ซึ่งหมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกมาถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ มาใช้ในการศึกษาในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนั้นการอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในผู้สูงอายุ ควรจะศึกษาในประเด็นที่ช่วยพัฒนาและคงไว้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

## 2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ

มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะต่างๆมากมาย แนวคิดที่ได้รับการยอมรับแพร่หลาย โดยแบ่งเป็นแนวคิดตะวันตก และตะวันออก แนวความคิดต่อสุขภาวะทั้งตะวันออกและตะวันตกไม่แตกต่างกันโดยเน้นสุขภาวะทางจิต เพียงแต่ทางตะวันตกเน้นการใช้เหตุผลทางปัญญาเพื่อมี สุขภาวะในขณะที่แนวคิดตะวันออกเน้นการปล่อยวางเรียบง่าย โดยแนวคิดทางตะวันตก ได้แก่ สุขภาวะตามแนวคิดของอดัมส์ สุขภาวะตามแนวคิดของไมเยอร์ สุขภาวะตามมุมมองแบบเฮโนดิกส์และยูไดโมนิกส์ และแนวคิดทางตะวันออก ได้แก่ สุขภาวะแบบองค์รวมแนวพุทธพระพรหมคุณาภรณ์ ซึ่งทั้งแนวคิดทางตะวันตกและตะวันออกมีองค์ประกอบแตกต่างกัน ดังนี้

**แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางด้านตะวันตก**

**สุขภาวะตามแนวคิดของทอย**

ทอยและคณะ (Troy et al., 1998) ได้อธิบายถึงโมเดลสุขภาวะว่าด้านบนของกรวยเป็นภาวะที่มีสุขภาพดีหรือมีสุขภาวะ ด้านล่างของกรวยเป็นภาวะความเจ็บป่วย เมื่อสุขภาวะในด้านในด้านหนึ่งมีการพัฒนาจะส่งผลให้สุขภาวะในด้านอื่นๆพัฒนาด้วย สุขภาวะด้านต่างๆ 6 ด้านเชื่อมโยงกัน (ตามภาพประกอบ 1) มีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาวะด้านร่างกาย (Physical wellness) หมายถึงการที่บุคคลรับรู้และความคาดหวังของสุขภาพทางร่างกาย และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายและรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมทั้งในด้าน คุณภาพและปริมาณ การไม่มีความเจ็บป่วยเป็นต้น

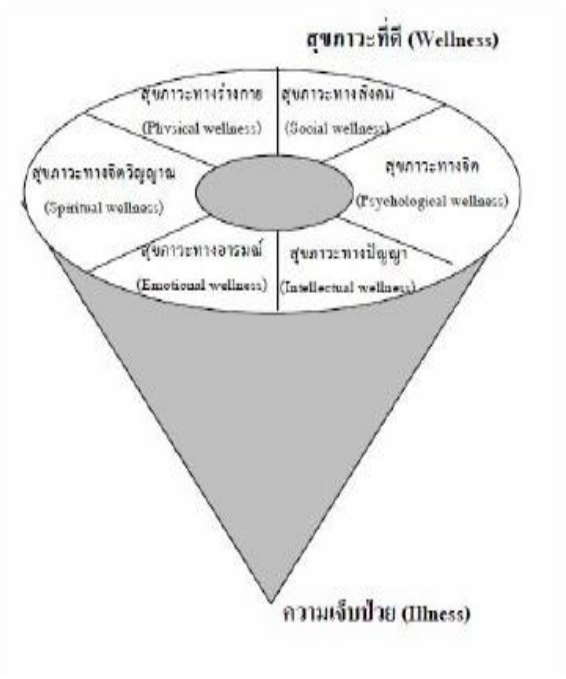
2. สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ (Spiritual wellness) หมายถึง เป็นความเชื่อของการรวมกันระหว่างร่างกายและจิตใจ หรือการรับรู้ทางบวกของการมีความหมายและจุดประสงค์ของชีวิต การปรับตัวกับความเชื่อ ทักษะทางสังคม

3. สุขภาวะด้านปัญญา (Intellectual wellness) หมายถึงการมีกระบวนการทางปัญญาต่อการกระตุ้นกิจกรรมที่เหมาะสมและส่งผลต่อสุขภาพ โดยการที่มีความรู้มากหรือน้อยส่งผลต่อสุขภาพ

4. สุขภาวะด้านสังคม (Social wellness) หมายถึง การได้รับรู้การช่วยเหลือจากครอบครัวหรือเพื่อนในเวลาที่ต้องการ และการรับรู้คุณค่าของการเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคลอื่น

5. สุขภาวะด้านอารมณ์ (Emotional wellness) หมายถึง การมีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถตระหนักถึงและเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น มีความปลอดภัยของความเป็นตัวตนและการรับรู้ทางบวกเกี่ยวกับการนับถือตัวเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการเห็นคุณค่าของตัวเอง

6. สุขภาวะด้านจิตใจ (Psychological wellness) หมายถึง การมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง การเปิดใจกว้างที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การรับรู้เรื่องทั่วไปที่มาจากประสบการณ์ทางบวกหรือเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต ที่สามารถส่งผลต่อคุณลักษณะของการมองโลกในแง่ดี




ภาพประกอบ 1 โมเดลสุขภาวะ (The Wellness Model)

ที่มา: Troy et al. (2010 อ้างถึงใน บุญโรม สุวรรณพาหุ, 2556)

**สุขภาวะตามแนวคิดของไมเยอร์**

Myer, Sweeney, & Witmer (2000 อ้างถึงใน บุญโรม สุวรรณพาหุ, 2556) อธิบายว่า โมเดลกงล้อแห่งความสุข เป็นกงล้อแห่งสุขภาวะที่บูรณาการสุขภาวะ 5 ด้านหลักอย่างสมดุล เน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการป้องกันปัญหาด้านจิตใจในทุกช่วงวัย หากด้านใดด้านหนึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงจะส่งผลต่อด้านอื่นๆ เช่นเดียวกัน โดยมีรายละเอียดแต่ละด้าน ดังนี้

1.ด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) หมายถึง การตระหนักรู้ถึงการดำรงอยู่ มีความคิดเชิงบวก มองโลกในแง่ดี ตระหนักรู้ถึงการเชื่อมโยงของตนกับสิ่งต่างๆรอบตัวเป็นคุณลักษณะสำคัญและเป็นแหล่งที่มาของสุขภาวะในทุกๆ ด้าน

2.ด้านการมีทิศทางของตนเองและมีเป้าหมายของชีวิต (Self – Direction) หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับการกำหนด กฎระเบียบ การดำเนินชีวิตแต่ละวันสอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาว การมีความตั้งใจและเจตนาในการทำภารกิจหลักของชีวิต ประกอบด้วยคุณลักษณะย่อย 12 คุณลักษณะ ได้แก่ การรับรู้คุณค่าแห่งตน (Sense worth) การ

รับรู้ถึงการควบคุม (Sense of control) ความเชื่อบนพื้นฐานของความเป็นจริง (Realistic beliefs) การตระหนักรู้ในอารมณ์และการเผชิญปัญหา (Emotional awareness and coping) การแก้ไขปัญหาและการสร้างสรรค์ (Problem solving and creativity) การมีอารมณ์ขัน (Sense of humor) การมีภาวะโภชนาการที่ดี (Nutrition) การออกกำลังกาย (Exercise) การดูแลตนเอง (Self – care) การจัดการกับความเครียด (Stress management) การมีเอกลักษณ์ทางเพศ (Gender identify) และการมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม (Cultural identify)

3.การทำงานและการใช้เวลาว่าง (Work and Leisure) หมายถึง การมีความพึงพอใจในหน้าที่การงาน มีรายได้ที่เหมาะสม การรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมและความสามารถของตนเองในการทำงาน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ความพึงพอใจในการทำงาน เป็นปัจจัยหนึ่งของการมีอายุที่ยืนยาวตลอดจนการรับรู้คุณภาพชีวิต การใช้เวลาว่างกับกิจกรรมสนุกสนานเพลิดเพลินที่ส่งผลเชิงบวกต่อการนับถือตนเอง

4.ด้านมิตรภาพ (Friendship) หมายถึง การติดต่อสื่อสารกับบุคคลในสังคมนอกเหนือจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ที่ดีมีคุณภาพกับบุคคลอื่นๆ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

5.ด้านความรัก (Love) หมายถึง เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในระยะยาวบนความสนิทสนมความผูกพัน รู้สึกได้รับความรักของบุคคลรอบข้าง

**สุขภาวะตามมุมมองแบบเฮโนดิกส์และยูไดโมนิกส์**

Seligman (2011 อ้างถึงใน อัจศรา ประเสริฐสิน, ทัชชา สุริโย, และ ปพนณัฐเมธาวิน, 2561) นำเสนอให้ศาสตร์จิตวิทยาเชิงบวกเลิกใช้คำว่าความสุข โดยมีสาเหตุจากคำว่า ความสุข ถูกใช้มากเกินไปจนทำให้สูญเสียความหมาย เกิดความคลาดเคลื่อน และมีช่องว่างโดยเปลี่ยนมาศึกษาเรื่องสุขภาวะโดยแบ่งออกเป็น 2 มุมมองคือ มุมมองแบบเฮโนดิกส์และมุมมองแบบยูไดโมนิกส์ มีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาวะในรูปแบบของเฮโดนิกส์ (Hedonic) หรือ สุขภาวะเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-Being : SWB) เป็นสุขภาวะที่เน้นอารมณ์ ความรู้สึกด้านบวก เป็นการประเมินความคิดและความรู้สึกของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ลดความรู้สึกทางลบ เพื่อให้บุคคลเจ็บปวดน้อยที่สุด และความคิด ความรู้สึกทางด้านบวกจะได้รับความพึงพอใจสูงที่สุดและเป็นสิ่งที่นำไปสู่ความสุข ในขณะที่ Diener (2000 อ้างถึงใน อัจศรา ประเสริฐสิน และคนอื่น ๆ, 2561) กล่าวว่า สุขภาวะเชิงอัตวิสัย คือการคิด ตัดสินใจ และ

ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบนประสบการณ์เชิงบวกในการดำเนินชีวิตของบุคคล ประกอบด้วย ความรู้สึกเชิงบวก ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขเช่นเดียวกับ Seligman and Csikzentmihalyi (2000 อ้างถึงใน สุดารัตน์ ตันติวิวัทน์, 2560) กล่าวว่า สุขภาวะเชิงอัตวิสัย คือ การประเมินผลเชิงบวกของบุคคลเกี่ยวกับอารมณ์ทางบวก และการให้ความหมายในการดำเนินชีวิต

2.สุขภาวะในรูปแบบของยูไดโมนิกส์ (Eudaimonic) หรือสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being: PWB) เป็นสุขภาวะที่ให้ความสำคัญกับเติบโตทางจิตวิญญาณ เน้นถึงความสุขที่แท้จริง คือการทำสิ่งที่มีคุณค่าที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทางด้านบวก ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง ได้ทำตามและพัฒนาศักยภาพตนเอง ในขณะที่ Campbell (2017 อ้างถึงใน อัจศรา ประเสริฐสิน และคนอื่น ๆ, 2561) กล่าวว่า สุขภาวะทางจิต คือ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่ต้องการหรือปรารถนาให้เป็น ความขัดแย้งระหว่างการรับรู้เหตุการณ์ที่เป็นจริงและเหตุการณ์ ที่บุคคลต้องการจะส่งผลต่อความพึงพอใจ หากบุคคลเกิดความพึงพอใจแสดงว่ามีสุขภาวะทางจิตที่ดี โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ความพึงพอใจในการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ เชิงบวก มีความรักความอบอุ่นในชีวิตคู่

**แนวคิดกับสุขภาวะทางด้านตะวันออก**

**สุขภาวะแบบองค์รวมแนวพุทธพระพรหมคุณาภรณ์**

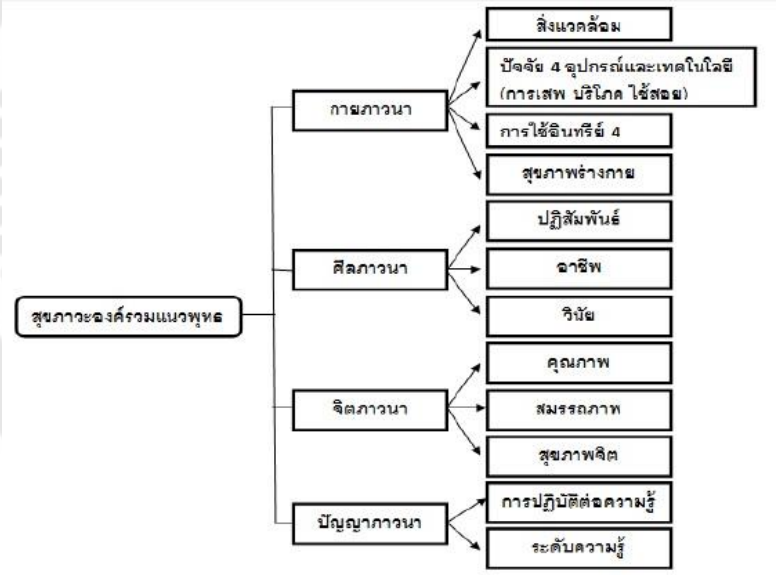
พระพรหมคุณาภรณ์ (2548 อ้างถึงใน บุญโรม สุวรรณพาหุ, 2556) อธิบายว่า สุขภาวะ เป็นความสมดุลของชีวิตแบบเป็นองค์รวม เนื่องมาจากการพัฒนาตนตามหลักภาวนา 4 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กายภาวนา (Physical development) หมายถึง การพัฒนาร่างกายให้อยู่ดีมีสุขอย่างเกื้อกูลกันกับธรรมชาติ เห็นคุณค่า ดูแลรักษา มีความสุขเมื่ออยู่กับธรรมชาติ บริโภคปัจจัยสี่ตลอดจนเทคโนโลยีเครื่องใช้ให้มีคุณค่าสูงสุด กินใช้ด้วยความฉลาดพอดีๆ มีสติ ไม่ลุ่มหลง และปฏิบัติต่อสิ่งทั้งหลายอย่างมีสติมิให้เกิดโทษ โดยเฉพาะให้รู้จัก ดู ฟังอย่างมีสติ และให้ได้ปัญญา ดูแลเอาใจใส่สุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

2.ศีลภาวนา (Moral development; Social development) หมายถึง พัฒนาด้านพฤติกรรมกายวาจาให้เหมาะสมในสังคม มีพฤติกรรมที่ดีในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม รู้จักช่วยเหลือกัน ไม่เบียดเบียน หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนเสียหายให้แก่ผู้อื่น มีความสุจริตในการประกอบอาชีพ เคารพกฎเกณฑ์จรรยาบรรณ กฎหมาย

3.จิตภาวนา (Emotional development; Psychological development) หมายถึง การพัฒนาด้านจิตใจให้เจริญงอกงามขึ้นด้วยคุณธรรม มีสุขภาพจิตที่ดี รู้จักมีน้ำใจ เมตตากรุณา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความศรัทธา และความเชื่อด้วยปัญญา มีความเคารพ อ่อนโยน ซื่อสัตย์ กตัญญู มีจิตใจที่เข้มแข็งมั่นคง ขยันเพียรพยายาม อดทน รับผิดชอบ มีสติ มีความร่าเริง เบิกบาน สดชื่น อิ่มใจ ผ่องใส และสงบสุข

4.ปัญญาภาวนา (Cognitive development; Mental development; Intellectual development) หมายถึง การพัฒนาให้รู้จักคิดโดยการฝึกอบรม เสริมสร้างความรู้ ความคิดความเข้าใจ ให้รู้จักคิด พิจารณา วินิจฉัย ไตร่ตรอง แก้ปัญหา ดำเนินการต่างๆด้วยปัญญา มองเห็นสิ่งต่างๆ ตามความจริง ปราศจากอคติ รู้วิชาชีพการงานที่เป็นหน้าที่ของตนเอง มีความรู้ที่ต้องใช้ในการดำเนินชีวิต มีปัญญารู้เท่าทันโลกและชีวิตตามสภาวะ ทำให้จิตใจเป็นอิสระ




ภาพประกอบ 2 สุขภาวะแบบองค์รวมแนวพุทธ

ที่มา: พระพรหมคุณาภรณ์ (2548 อ้างถึงใน บุญโรม สุวรรณพาหุ, 2556)

แนวคิดของสุขภาวะของตะวันตกและตะวันออก จะมีลักษณะเหมือนกัน คือ มีการแบ่งสุขภาวะออกเป็นมิติต่างๆ แตกต่างกันออกไป มิติสำคัญของแนวคิดต่างๆ ที่ได้กล่าวถึงส่วนมาก จะแบ่งเป็นหมวดหมู่หลักๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านปัญญา โดยใช้คำจำกัดความที่แตกต่างกันออกไป เป็นการให้คำอธิบายที่กว้าง แต่เมื่อดูถึงการให้ความหมายจะพบว่า สุขภาวะด้านจิตใจ สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ และสุขภาวะด้าน

ปัญญา มีความคล้ายคลึงกัน คือเป็นพฤติกรรมภายใน ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ และมีความเชื่อมโยงกันต่อการแสดงพฤติกรรม แต่สิ่งที่แตกต่างกันคือแนวคิดทางตะวันออกเป็นแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับศาสนามาเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรม

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดสุขภาวะของทรอยและคณะ (Troy et al., 1998) ที่แบ่งสุขภาวะออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) ด้านปัญญาและการรู้คิด (Intellectual) ด้านสังคม (Social) ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านจิตใจ (Psychological) มาแบ่งองค์ประกอบเป็น 3 ด้าน โดยแบ่งจากความหมายของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้ `

1. สุขภาวะด้านร่างกาย โดยจะมี 1 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย (Physical)

2. สุขภาวะด้านจิตใจ โดยจะรวม 4 องค์ประกอบ คือ ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) ด้านปัญญาและการรู้คิด (Intellectual) ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านจิตใจ (Psychological)

3. สุขภาวะด้านสังคม โดยจะมี 1 องค์ประกอบ คือ ด้านสังคม (Social)

การกำหนดความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างตัวแปรดังกล่าวจากการประยุกต์องค์ประกอบของ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995) และแนวคิดสุขภาวะของทรอยและคณะ (Troy et al., 1998) มาเป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปรตามและนิยามเชิงปฏิบัติการ ในการประยุกต์ใช้นั้นทั้งนี้ พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงในการเอาใจใส่ต่อตนเองเรื่องสุขภาพ โดยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ในแต่ละด้านผู้วิจัยได้กำหนดความหมาย ดังนี้

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงการเอาใจใส่ต่อตนเองเรื่องสุขภาพทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การพบแพทย์ตามนัด

2. พฤติกรรมดูแลสุขภาวะด้านจิตใจ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงการเอาใจใส่ต่อตนเอง เรื่องสุขภาพทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย การมีเป้าหมายในชีวิตภาวะซึมเศร้า ทักษะทางสังคม ความมั่นคงของอารมณ์ตัวเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง

3. พฤติกรรมดูแลสุขภาวะด้านสังคม หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงการเอาใจใส่ต่อตนเองเรื่องสุขภาพทางด้านสังคม ประกอบด้วย การเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคลอื่น

**2.2 การวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

เนื่องจากพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ผู้วิจัยได้ผสาน 2 แนวคิดเข้าด้วยกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาการวัดพฤติกรรมจากงานวิจัยที่ศึกษาการดูแลตนเองและสุขภาวะ โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) 5-6 ระดับ เลือกได้ 1 คำตอบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .88-.94 ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองมีผู้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้ โดยงานวิจัยของจิราภรณ์ ใจสบาย (2553) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 242 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ มีลักษณะประเมินค่า 3 ระดับ จากปฏิบัติประจำ (3) ถึงไม่เคยปฏิบัติ(1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 โดยข้อคำถามมีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .20 - .91และงานวิจัยของณหทัย ไกรสรสวัสดิ์ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ มีลักษณะประเมินค่า 6 ระดับ จากปฏิบัติมากที่สุด (6) ถึง ไม่ปฏิบัติเลย (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และงานวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาวะ พบว่าผู้สร้างแบบวัดสุขภาวะโดยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในสุขภาวะทางจิต จากตัวอย่างงานวิจัยของปิยนันท์ สงฤทธิ์ (2550) ที่ศึกษาการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจัยชีวสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 คนประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะประเมินค่า 6 ระดับ จากเกิดขึ้นตลอดเวลา (6) ถึง ไม่เคยเกิดขึ้นเลย (1) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .887 และอดัมส์และคณะ (Troy et al., 1998) ได้สร้างมาตรวัดการรับรู้สุขภาวะ (Perceived Wellness Survey-PWS) เพื่อใช้ประเมินการรับรู้สุขภาวะ 6 ด้าน กับพนักงานบริษัทจำนวน 558 คน ที่มีอายุเฉลี่ย 36.8 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ เป็นลักษณะประเมินค่า 6 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6) ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) และรายงานค่าความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาของครอนบาค ระหว่าง .89-.93 และไมเยอร์และคณะ (Myers, Luecht, & Sweeney, 2004) ได้พัฒนามาตรวัดการประเมินสุขภาวะตามรูปแบบการดำเนินชีวิต (The Wellness Evaluation of Lifestyle-WEL Inventory) เพื่อประเมินสุขภาวะตามรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาและผู้ใหญ่จำนวน 2,295 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 123 ข้อ เป็นลักษณะประเมินค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) โดยมีค่าความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาของครอนบาค .68-.88

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ผู้วิจัยจึงสร้างแบบสอบถามมาเพื่อวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ตามนิยามเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) โดยในแต่ละข้อประกอบด้วยมาตรวัดประเมิน 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติเป็นประจำ” จนถึง “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

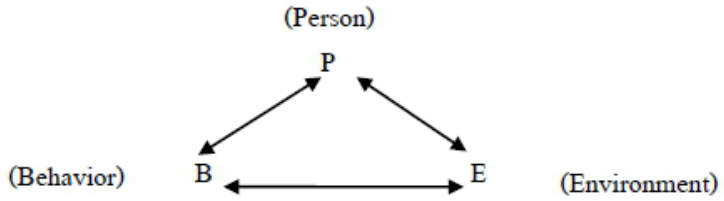
2.3 **งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมดูแลสุขภาวะ**

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง พบว่ามีงานวิจัยที่บริบทเดียวกัน คือ การดูแลตนเองและสุขภาวะ ผู้วิจัยจึงแบ่งเป็นการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นการดูแลตนเองและสุขภาวะ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง งานวิจัยของสำเนาว์ ศรีงาม (2559) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดี พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและอาชีพที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 40.4

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ งานวิจัยของจูและคณะ (Ju, Shin, Kim, Hyun, & Park, 2013)ได้ศึกษาผลของความหมายในชีวิตบนความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับสุขภาวะในชุมชนผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงชาวเกาหลีใต้ อายุ 61-91 ปี จำนวน 252 คน เครื่องมือที่ใช้วัดสุขภาวะเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-being) ของการวิจัยนี้ คือ The Happiness Scale ซึ่งเป็นการวัดใน 3 หัวข้อ คือ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกทางลบ โดยพบว่า การที่ผู้สูงอายุมีการคิดถึงความหมายในชีวิต เป็นการเพิ่มหนทางที่จะนำไปสู่การมีสุขภาวะเชิงอัตวิสัยที่ดีในช่วงชีวิตตอนปลาย แม้ว่าแหล่งความมั่นคงภายใน เช่น การมองโลกในแง่ดีและแง่ร้ายจะส่งผลต่อสุขภาวะเชิงอัตวิสัยของเขา ซึ่งผู้สูงอายุที่มีทัศนคติการมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง จะเป็นผู้ค้นพบและได้รับความหมายในชีวิตที่ดี ซึ่งก็หมายความว่ามีสุขภาวะเชิงอัตวิสัยที่ดีด้วย

**ส่วนที่ 3 การเรียนรู้ทางปัญญาสังคม**

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1985) มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม




ภาพประกอบ 3 แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ

ที่มา: Bandura (1985)

จากภาพประกอบ 3 แบนดูราเชื่อว่า (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2556) การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์นั้นต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าของพฤติกรรมซึ่งเป็นตัวแสดงการเสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นๆ คงอยู่ การศึกษาในปัจจุบันนี้ควรลดความสัมพันธ์ของการควบคุมภายใน แต่ควรศึกษาถึงตัวควบคุมภายนอกด้วยตัวเสริมแรงต่างๆ การปฏิสัมพันธ์ของพฤติกรรมอาจจะอธิบายได้โดยแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทั้ง 3 มีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันไม่อาจแยกออกจากกันได้ และปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆกัน และพฤติกรรมของสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้ มนุษย์มักจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของมนุษย์นั้น มีส่วนในการตัดสินพฤติกรรมครั้งต่อไปของมนุษย์

โดยสรุป ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลปัจจัยด้านบุคคล และสภาพแวดล้อมซึ่งองค์ประกอบใดเปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลให้องค์ประกอบที่เหลือเปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมมาใช้เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในสถานสงเคราะห์คนชรา

**ส่วนที่ 4 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ**

ทฤษฎีของผู้สูงอายุมีมากมายหลายทฤษฎี โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มๆ ทั้งทางด้านชีวภาพและจิตวิทยา โดย Ebersole, and Hess (1994 อ้างถึงใน กัลยาณี เจนอนุศาสตร์, 2542)

**1.ทฤษฎีทางชีวิทยา**

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน (Collagen) และไฟบรัสโปรตีน (Fibrous Protein) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเกิดการจับตัวกันมาก ทำให้เส้นใยหดสั้นเข้า ปรากฏรอยย่นมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณผิวหนัง กระดูก เอ็น กล้ามเนื้อ หลอดเลือดและหัวใจ

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมๆ กับสร้างภูมิคุ้มกันหลายชนิดทำลายตนเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่าย ภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองจะไปทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้ว ไม่มีการแบ่งตัวใหม่ เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนในร่างกายที่คล้ายคลึงกันหลายชั่วคน เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น

1.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation and Error Theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึงภาวการณ์แบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำ หรือได้รับขนาดสูงทันที จะมีผลทำให้เซลล์มีชีวิตสั้นลง ส่วนทฤษฎีความผิดพลาด เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของ DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA และเอนไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ใหม่ เอนไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิตสารชนิดหนึ่งขึ้นภายในเซลล์มีผลต่อการเผาผลาญที่อาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ ถ้าจำนวน RNA ลดลง

ทฤษฎีทางชีววิทยาจะอธิบายความชราโดยพิจารณาจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานของระบบภายในร่างกายผู้สูงอายุเสื่อมถอย ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายได้ง่ายขึ้น ผู้สูงอายุจึงควรที่จะดูแลหรือป้องกันการเสื่อมของภาพร่างกาย

**2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา**

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือทุกข์ขึ้นกับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความอบอุ่น มีความรัก เห็นความสำคัญของคนอื่น ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะมีความสุขสามารถอยู่

ร่วมกับลูกหลานหรือผู้อื่นได้ แต่ในทางกลับกัน ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่มีจิตใจคับแคบ ไม่เคยช่วยเหลือผู้ใด ผู้สูงอายุนั้นก็มักจะเป็นผู้ที่ไม่ค่อยมีความสุข

2.2 ทฤษฎีพัฒนาบุคลิกภาพ ของอิริคสันแบ่งพัฒนาการด้านจิตสังคมของบุคคลเป็น 8 ขั้น ดังนี้ (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2556)

1. ขั้นที่ 1 ความรู้สึกไว้วางใจหรือรู้สึกไม่ไว้วางใจ (Sense of Trust Versus Mistrust) อายุ 0-2 ปี เป็นระยะที่เด็กจะเกิดความรู้สึกไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจ และวิธีการที่เด็กตัดสินใจว่า โลกนี้ไว้วางใจได้หรือไม่ เด็กก็จะวัดจากว่า เขาได้รับความสุขสบายทางร่างกายมากน้อยเพียงไร ดังนั้นลักษณะการเลี้ยงดูที่เด็กได้รับจากผู้ใหญ่เป็นสิ่งสำคัญ

2. ขั้นที่ 2 ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนหรือสงสัยไม่แน่ใจในความสามารถของตน (Sense of Autonomy Versus Doubt or Shame) อยู่ในช่วงอายุ 2-3 ปี ระยะนี้เด็กจะเกิดความรู้สึกว่า เขามีอิสระในการกระทำบางอย่าง และเขาจะเกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมบางอย่างให้เป็นตามที่เขาต้องการ เช่น ควบคุมการขับถ่าย

3. ขั้นที่ 3 การเป็นผู้นำริเริ่มหรือรู้สึกผิด (Sense of Initiative Versus Guilt) อยู่ในช่วงอายุ 3-5 ปี เด็กจะมีความกระตือรือร้นที่จะเรียกสิ่งต่าง ๆ รอบตัวเอง เด็กมีการเลียนแบบผู้อยู่ใกล้ชิดหรือสิ่งแวดล้อมที่ตนรับรู้ เด็กเริ่มเรียนรู้และยอมรับค่านิยมของครอบครัว และสิ่งถ่ายทอดสู่เด็ก ถ้าเด็กไม่มีอิสระในการค้นหาก็จะส่งผลไป สู่ความคับข้องใจที่ไม่สามารถเรียนรู้ในสิ่งที่ตนอยากรู้ ซึ่งจะส่งผลต่อจิตใจของเด็กและความรู้สึกผิดติดตัว

4. ขั้นที่ 4การรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จหรือรู้สึกด้อย (Sense of Industry Versus Inferiority) อยู่ในช่วงอายุ 6-12 ปี เป็นขั้นที่ทุ่มเท ขยัน เพื่อเกิดความสำเร็จ ชอบแข่งขันร่วมกับเพื่อนกับกลุ่ม จะมีความกลัวมากกว่าเขาจะด้อยกว่าคนอื่นๆ เขาจะพยายามลบความกลัวอันนี้ โดยการใช้โอกาสที่เขามีเรียนรู้สิ่งต่างๆ ในสังคมด้วยการกระทำหรือทดลองใช้ทักษะเบื้องต้นของเขาเอง ซึ่งเขาจะพบว่าการเรียนรู้จะทำให้เขากลายเป็นคนที่มีความสามารถ

5. ขั้นที่ 5 การรู้เอกลักษณ์ตนเองหรือการสับสนในเอกลักษณ์ของตนเอง (Sense of Identity Versus Identity Diffusion) อยู่ในช่วงอายุ 12-17 ปี เป็นขั้นการค้นหาความเป็นตนเองสร้างความเป็นตนเองโดยผู้ใหญ่และสังคมมีอิทธิพล

6. ขั้นที่ 6 ความรู้สึกว่าตนมีเพื่อนหรือมีความรู้สึกอ้างว้าง (Intimacy Versus Isolation) อยู่ในช่วงอายุ 17-21 ปี เป็นขั้นความรับผิดชอบ เป็นผู้ใหญ่สร้างตัว

7. ขั้นที่ 7 ความรู้สึกรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่หรือความรู้สึกเฉื่อยชา (Generativity Versus Stagnation) อยู่ในช่วงอายุ 22-40 ปี เป็นช่วงของวัยกลางคนและรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่

คือการแต่งงานและการเป็นบิดามารดา นอกจากจะรับผิดชอบตนเองแล้ว ยังต้องรับผิดชอบลูกและบุคคลอื่นด้วย บุคคลที่ได้รับความสำเร็จในขั้นต้นๆ จะรู้บทบาทหน้าที่ของตน รู้สึกรับผิดชอบและพอใจในชีวิตของตน แต่ถ้าบุคคลใดไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตก็จะทำให้ขาดความไว้วางใจใคร รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ มีปมด้อย ไม่มีความรับผิดชอบต่อตนเองหรือสังคม ทำให้กลายเป็นคนเฉื่อยชา

8. ขั้นที่ 8 ความรู้สึกมั่นคงกับความรู้สึกทอดอาลัย (Ego Integrity vs Despair) อายุประมาณ 40 ปีขึ้นไป เป็นช่วงของวัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลควรได้รับความสำเร็จในชีวิตขั้นสูงสุด ถ้าเขาเป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพดีเรื่อย ๆ มา เขาก็จะประสบความสำเร็จใน เขาจะยอมรับความจริงในวัยที่เปลี่ยนแปลงไป มีความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ มีความสุขุม ยอมรับการแก่ การเจ็บ การตายที่เกิดขึ้น แต่ถ้าในพัฒนาการระดับต้น เขาไม่ประสบความสำเร็จเขาก็จะหมดหวัง ไม่พอใจในชีวิตที่ผ่านมา ไม่ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดความคับข้องใจ และท้อแท้สิ้นหวังทอดอาลัยในชีวิต

2.3 ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2561)โดยอธิบายถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ได้รับการตอบสนอง มนุษย์ก็จะพัฒนาพฤติกรรมของเขาจะสูงขึ้นตามลำดับขั้น เมื่อมนุษย์มี self-actualization มนุษย์จะถึงซึ่ง peak experiences และในจุดนี้ บุคคลจะสามารถจัดทำสิ่งที่ดีงามมีความสามารถที่จะทำความเข้าใจ และเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ รอบตัวเขาได้ และสิ่งจูงใจภายนอกอาจจะเข้ามาเสริมทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่ปรารถนาได้มั่นคงขึ้น โดยทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) ความต้องการด้านร่างกาย (physiological needs) 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (safety needs) 3) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (belongingness and love need) 4) ความภาคภูมิใจในตน (self- esteem need) และ 5) ความรู้สึกว่าตนมีคุณค่า (self-actualization need)

2.4 การวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) (ประทีป จินงี่, 2540) สกินเนอร์ เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นเนื่องมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และการที่พฤติกรรมของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปนั้น (เพิ่มขึ้น หรือ ลดลง) เป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมของพฤติกรรมนั้น

จากทฤษฎีทางจิตวิทยา ดังที่กล่าวมานั้น จะเห็นได้ว่ามีสาเหตุต่างๆ เช่น ภูมิหลัง สภาพครอบครัว สิ่งแวดล้อม ตลอดจนตัวผู้สูงอายุและปัญหาทางสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลตนเอง ทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ

**ส่วนที่ 5 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ตัวแปรสาเหตุ**

**5.1 ปัจจัยด้านบุคคลที่ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

**5.1.1 ความกรุณาต่อตนเอง (Self-compassion) กับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

**ความหมายของความกรุณาต่อตนเอง**

จากการทบทวนเอกสาร พบว่าความกรุณาต่อตนเองนั้นเป็นคุณภาพทางจิตใจชนิดหนึ่งที่สามารถนำมาพิจารณาถึง สุขภาวะของบุคคลนั้น ๆ ที่มีเพื่อแผ่ไปถึงบุคคลอื่น ซึ่งในด้านศาสนาบุคคลจะได้รับการสั่งสอนในเรื่อง ดังกล่าวอยู่แล้วไม่ว่าจะเป็นศาสนาใดก็ตาม แต่ในลักษณะของความกรุณาต่อตนเองนั้นเป็น โครงสร้างที่ค่อนข้างใหม่ทางจิตวิทยาที่แสดงถึงทัศนคติที่บุคคลรับรู้ต่อเหตุการณ์ ในทางตะวันตกคำว่าความเมตตากรุณามักมีไว้ใช้สำหรับผู้อื่น แต่ในทางจิตวิทยาเชิงพุทธ ความเมตตากรุณานั้นมีความสำคัญสำหรับตนเองเทียบเท่ากันกับผู้อื่น ดังนั้น Self-compassion หรือ ความกรุณาต่อตนเองจึงมีความหมายที่มากกว่าความกรุณาโดยทั่วไปที่เป็นการเปิดประสบการณ์ในการรับรู้และโยงความรู้สึกทุกข์ของบุคคลอื่นมายังตนเอง เพื่อให้เข้าใจสิ่งที่เขาประสบได้มากขึ้น นอกจากนี้ ความเมตตากรุณายังอาจรวมไปถึงการอดทนอดกลั้น ไม่ด่วนตัดสิน แต่กลับพร้อมที่จะเข้าใจและยังตระหนักอยู่เสมอว่าธรรมชาติของมนุษย์นั้นไม่สมบูรณ์ แบบและมีข้อผิดพลาดได้เสมอทำนองเดียวกันนี้ความกรุณาต่อตนเองก็เป็นการเปิดประสบการณ์ในการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกทุกข์ ผิดพลาด ผิดหวัง ล้มเหลว ต่างก็เป็นธรรมชาติในความไม่สมบูรณ์แบบของตนเองในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง ยอมรับตนเอง ตลอดจนให้อภัยตนเองได้เสมอ (Neff, 2003) และราเยส (Reyes, 2012) กล่าวถึง Compassion ว่าหากพิจารณาตามภาษาลาตินที่ เป็นรากของภาษาอังกฤษ สามารถแยกได้เป็น 2 คำโดย Com หมายถึง ร่วมด้วย (Together) ส่วน Pati หมายถึง มีความเจ็บปวดกับ (to suffer with) ดังนั้น หากจะแปลตามทัศนะของชาวตะวันตก ความกรุณาต่อตนเอง จึงหมายถึงความสามารถของบุคคลในการให้ความรักและมีความเห็นใจต่อตัวเองเมื่อตัวเองมีความทุกข์ ซึ่งกิลเบิร์ท (Gilbert, 2009) ได้ให้ความหมายของ ความกรุณาต่อตนเองคือ การมีความเมตตาที่เป็นพื้นฐานของมนุษย์ และมีความตระหนักถึงความทุกข์ของตัวเองและผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง ความกรุณาต่อตนเองไม่ใช่ความเห็นแก่ตัว การสงสารตัวเอง หรือการยึดถือตนเองเป็นศูนย์กลางโกลด์เสตนและครอนฟิวด์ (Goldstein & Kornfield, 1987) เนื่องจากความกรุณาต่อตนเอง มีพื้นฐานการมองโลกและชีวิตตามความเป็นจริงว่า มนุษย์ทุกคนเกิดมาจะต้องเจอทั้งสุขและทุกข์เหมือนกับเหรียญที่ต้องมีสองด้านสุขและทุกข์ จึงเกิดขึ้นสลับกันไปแบบนี้เหมือนกันหมดทุกคน ไม่มีใครหลีกหนี ความจริงนี้ได้

สรุปความหมายความกรุณาต่อตนเอง หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในการตระหนักต่อความทุกข์ และมีความต้องการที่จะตนเองพ้นจากความทุกข์ ตระหนักว่าความผิดพลาดต่าง ๆ เป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งที่จะผ่านไปตามความเป็นธรรมดาของคนมีสติในการจัดการปัญหา มีความอ่อนโยนกับตนเอง ไม่โทษตนเองและไม่ทำร้ายตนเอง

**องค์ประกอบของความกรุณาต่อตนเอง**

Neff (2003 อ้างถึงใน จิตรา ดุษฎีเมธา, 2558) ได้แบ่งองค์ประกอบความกรุณาต่อตนเองไว้ 3 ด้าน ได้แก่

1.ความการุณย์ตนเอง (self-kindness) คือ การไม่ตีตรา (label) หรือตัดสินตนเอง (self-judgement) ไม่ก้าวร้าวต่อตนเอง เมื่อมี ความผิดพลาดเกิดขึ้น หรือเมื่อเกิดความรู้สึกไม่ดีแล้วกลับกลายเป็นความเจ็บปวดจากคำพูด หรือการกระทำของผู้อื่นที่เกิดขึ้นมาในการดำเนินชีวิตในขณะเดียวกัน ไม่ต้องพยายาม เลี่ยงหนี หลบหนี ปฏิเสธ หรือต้องคอยคิดไม่ยอมรับ ไม่รับรู้กับความรู้สึกไม่ดีที่เกิดขึ้น ทำเสมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น ไม่รู้สึกอะไร ไม่มีเยื่อใยไม่สนใจใยดีต่อคำพูด ต่อพฤติกรรมใด ๆ ของใคร เพื่อตัดวงจรการรับรู้ความเจ็บปวด ทนไม่ได้ที่จะเกิดความรู้สึกนั้นๆ ความการุณย์กับตนเอง กระทำได้โดยการถนอมน้ำใจตนเอง ไม่คุกคามตนเองด้วยคำพูดด้านลบ โดยการกลับมาปฏิบัติต่อตนเองอย่าง สุภาพอ่อนโยน พร้อมให้กำลังใจตนเองในข้อ ผิดพลาดหรือบกพร่องที่กระทำไป เพื่อให้ความ ทุกข์ใจที่มีอยู่นั้นได้รับการบรรเทา เสมือนกับการที่บุคคลเข้าไปบรรเทาใจผู้อื่น เมื่อผู้นั้นตกอยู่ ในสภาวะเศร้าโศกเสียใจ เป็นทุกข์อันเนื่องมาจากความผิดหวังหรือความล้มเหลวในบางเรื่อง บางสถานการณ์ บุคคลที่มีความการุณย์ต่อผู้อื่นจะเข้าไปปลอบประโลม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เข้าใจในความรู้สึกด้านลบของผู้ที่กำลังทุกข์ใจนั้น การปฏิบัติจะเป็นไปด้วยความนุ่มนวล และ อ่อนโยน ความการุณย์ต่อตนเองจึงเป็นการกระทำในลักษณะเช่นเดียวกัน โดยให้เวลา ตนเองที่จะทำความเข้าใจ บรรเทาใจความทุกข์ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2.ความเป็นปุถุชน (common humanity) คือ การที่บุคคลรับสภาพได้ว่าความผิดพลาด หรือ ความทุกข์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อย่างรวดเร็วนี้ หรือยึดติดมากไปในบางเรื่อง บาง สถานการณ์ในขณะหนึ่งของการดำรงชีวิตที่เกิด ขึ้นกับตนเองนั้นมันเป็นส่วนหนึ่งของความเป็น มนุษย์ เพราะไม่มีใครที่ผิดตลอดเวลา หรือไม่มี ใครที่ถูกอยู่เสมอ พอ ๆ กับความสำเร็จและ ความล้มเหลว เป็นสิ่งที่คนเราทุกคนจะต้อง ประสบพบเจอในประสบการณ์แห่งชีวิต โดย ทั่วไปแล้ว เมื่อบุคคลเกิดความทุกข์หรือต้อง ประสบกับความล้มเหลวในบางเรื่อง เขามักมี ความคิดว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน (Why me?)” “ทำไมชีวิตฉันถึงโชคร้ายนัก” “คงมีแต่ฉันเพียง คน

เดียวในโลกใบนี้ที่ต้องเผชิญความทุกข์และ ความผิดหวังเช่นนี้ ความคิดดังกล่าว เป็นความคิดบิดเบือนที่คิดว่า มีเพียงตัวบุคคลนั้น คนเดียวที่ต้องเผชิญกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ นั้นในโลกใบนี้อย่างโดดเดี่ยว (isolation) ความกรุณาต่อตนเองในความเป็นปุถุชน จึงคือ การยอมรับพื้นฐานของความจริงว่าไม่มี ใครที่สมบูรณ์แบบ (we are imperfect) ไม่มีคนใดที่สมบูรณ์พร้อม หรือเก่งในทุกเรื่อง ความ ไม่สมบูรณ์พร้อม จึงเป็นเรื่องปกติของความ เป็นปุถุชนคนธรรมดา ดังนั้น คนเราย่อมมีช่วง เวลาอ่อนแอ ในสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ของชีวิต และเรื่องราวหรือสถานการณ์ที่ยุ่งยากและเป็น ปัญหาในลักษณะเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องประสบ ไม่ใช่บุคคลนั้นเพียง คนเดียวที่ต้องเผชิญกับความผิดหวังหรือความล้มเหลว คนอื่น ๆ บนโลกใบนี้ ทุกคนย่อมเคยเผชิญกับเรื่องเลวร้ายที่ถาโถมเข้ามาในชีวิต เช่นเดียวกัน บุคคลจึงควรเรียนรู้ที่จะยอมรับว่า คนเราทุกคนเคยล้มเหลว เคยทำผิดพลาด เคยรู้สึกว่าตนเองไม่ดีพอ หรือรู้สึกด้อย

3.การครองสติ (mindfulness) คือ การตระหนักรู้ถึงอารมณ์ในปัจจุบัน สามารถจัดความสมดุลของอารมณ์ด้านลบและด้านบวกได้ โดยไม่ต้องพยายามคิดหนี คิดเลี่ยงจากปัญหา หรือถาโถมใส่ จึงไม่ต้องพยายามเก็บกดซ่อน อารมณ์ด้านลบ หรือก้าวร้าวระเบิดอารมณ์ ออกไป หรือต้องคอยปฏิเสธความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในช่วงนั้น ๆ ของตนเอง ไม่หมกมุ่น คิดวนเวียน อยู่กับเรื่องราวทางลบ หรือจมปลักอยู่แต่เรื่อง ร้าย ๆนั้น จนถอนตัวออกมาจากวังวนนั้นไม่ได้ ไม่ตีโพยตีพาย (over-identification) แล้ว สร้างเรื่องราวจนทำเรื่องเล็กกลายเป็นเรื่องใหญ่ ซึ่งจะทำให้เห็นภาพที่เป็นจริงไม่ชัดเจนหรือ บิดเบือนไปได้ คนที่ครองสติได้จะสามารถสร้างความสมดุล รู้เท่าทันอารมณ์ว่าอาจมีภาวะอารมณ์ที่ เกิดขึ้นค่อนข้างแรงและเร็ว แล้วที่สุดอารมณ์นั้นจะค่อยอ่อนจางลงได้ในแต่ละบริบทของชีวิต ซึ่ง เป็นธรรมชาติของอารมณ์มนุษย์เรา ที่มีช่วงเวลาอารมณ์ขึ้นและอารมณ์ลง การรู้เท่าทันอารมณ์จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงอารมณ์ด้านลบและ อารมณ์ด้านบวกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่าง รู้ตัว ย่อมทำให้บุคคลนั้นเกิดความตระหนักรู้ ตนเองสามารถหลุดพ้นออกจากอารมณ์ทางลบ ที่เป็นบ่วงพันธนาการ หรือล่ามใจไว้อยู่ให้ผ่านพ้นไปได้ และจะทำให้มีสติในการมองเห็น มุมมองที่กว้างขึ้นและเข้าใจตนเองได้ชัดเจนขึ้นในที่สุด

ในการกำหนดความหมายของความกรุณาต่อตนเอง ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดความกรุณาต่อตนเอง ของ Neff (2003 อ้างถึงใน จิตรา ดุษฎีเมธา, 2558) มาเป็นตัวแปรอิสระและนิยามเชิงปฏิบัติการ ทั้งนี้กล่าวโดยสรุป ความกรุณาต่อตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความทุกข์ ตระหนักว่าความผิดพลาดต่างๆ เป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งที่จะผ่านไปตาม

ความเป็นธรรมดาของคน มีสติในการจัดการปัญหา มีความอ่อนโยนกับตนเองไม่โทษตนเองและไม่ทำร้ายตนเอง และมีความต้องการที่จะตนเองพ้นจากความทุกข์ โดยมี 3 ด้านดังนี้

1. ความการุณย์ตนเอง (self-kindness) คือ การที่ผู้สูงอายุยอมรับและเข้าใจตนเองด้วย ไม่ตีตราหรือตัดสินตนเอง เมื่อเกิดความผิดพลาดและความล้มเหลว โดยไม่กล่าวโทษตนเอง ตำหนิ ตนเอง และวิพากษ์วิจารณ์ของตนเองจากสิ่งที่เกิดขึ้น

2. ความเป็นปุถุชน (common humanity) คือ ผู้สูงอายุยอมรับความผิดพลาดหรือความทุกข์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ทุกคนเกิดมาต้องประสบและเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นกับทุกคนเหมือนๆ กัน ไม่ใช่เกิดขึ้นกับตนเพียงคนเดียว

3. การครองสติ (mindfulness) คือ ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงอารมณ์ในปัจจุบัน สามารถจัดความสมดุลของอารมณ์ด้านลบและได้บวกได้ โดยไม่พยายามหนีปัญหา สามารถควบคุมอารมณ์และการแสดงออกให้เป็นปกติการวัดความกรุณาต่อตนเอง

**การวัดความกรุณาต่อตนเอง**

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความกรุณาต่อตนเองนั้น ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) 5-6 ระดับ เลือกได้ 1 คำตอบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .83-.92 ตัวอย่างเช่น เนฟ (Neff, 2003)ได้สร้างแบบวัดความกรุณาตนเอง กลุ่มตัวอย่าง เป็น 5 กลุ่ม ในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาลัยแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 222 คน กลุ่มผู้นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 215 คน กลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพจิตดี จำนวน 719 คน กลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ จำนวน 675 คน และกลุ่มผู้ที่เคยมีความผิดปกติด้านอารมณ์ จำนวน 390 คน โดยแบ่งความกรุณาต่อตนเองในมาตรวัดออกเป็น 3 ด้าน โดยนำแต่ละด้านมาแต่มาแบ่งองค์ประกอบเป็นด้านบวกและด้านลบ ทำให้มี 6 องค์ประกอบ โดย มีด้านบวก 3 ด้าน และด้านลบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การมีเมตตาต่อตนเอง (+) ด้านที่ 2 การตัดสินและตำหนิตนเอง (-) ด้านที่ 3 การรับรู้ว่าประสบการณ์ที่มีเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ (+) ด้านที่ 4 การรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยก (-) ด้านที่ 5 การมีสติ (+) ด้านที่ 6 การจมอยู่กับอารมณ์ (-) มาตรวัดความกรุณาต่อตนเองเป็นมาตรวัดประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า มี 5 หน่วยจาก “ไม่เคยตรงเลย” ถึง “ตรงแทบทุกครั้ง” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 5 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 งานวิจัยวัชราวดี บุญสร้างสม (2556) ได้นำแบบทดสอบความกรุณาต่อตนเองของ Neff มาศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการ

รับรู้ความเครียดและความสุขในนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยโดยมีความกรุณาต่อตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่าน กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาจำนวน 400 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่ามี 5 หน่วย จาก “ไม่เคยตรงเลย” ถึง “ตรงแทบทุกครั้ง” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 5 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 งานวิจัยของปรินดา ตาสี (2560) ได้ศึกษาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความกรุณาต่อตนเองของนักศึกษาสังคมสงเคราะห์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 543 คน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความอารีต่อตนเอง ตระหนัก ในความเป็นธรรมดาของคน และการมีสติ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

โดยงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความกรุณาต่อตนเอง จากงานวิจัยของวัชราวดี บุญสร้างสม (2556) มาปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดตามนิยามศัพท์ปฏิบัติการเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานในผู้สูงอายุและบริบทของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยแบบวัดเป็นมาตรวัดประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า มี 6 หน่วย จาก “ไม่จริงเลย” ถึง “จริงที่สุด” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความกรุณาต่อตนเองมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองและความกรุณาต่อตนเอง พบว่ามีงานวิจัยที่บริบทเดียวกันกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง คือ การดูแลตนเองและสุขภาวะ ผู้วิจัยจึงศึกษางานวิจัยระหว่างความกรุณาต่อตนเองกับการดูแลตนเองและสุขภาวะ ตัวอย่างงานวิจัยที่สนับสนุนตัวแปรนี้ ได้แก่ 1) งานวิจัยของโฮแมน (Homan, 2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเองและสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุในหอสมุดชุมชน และผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 121 คน และ2) งานวิจัยของออลเลนและคณะ (Allen, Goldwasser, & Leary, 2012) ศึกษาความกรุณาต่อตนเองที่ส่งผลกับความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพทางกายและสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ วัดจากแบบสอบถาม มีผู้เข้าร่วมจำนวน 132 คน อายุระหว่าง 67-90 ปี ซึ่งงานวิจัยทั้ง 2 งานวิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกรุณาต่อตนเองและสุขภาวะใน

ผู้สูงอายุ และจากผลการวิจัยพบว่าความกรุณาต่อตนเองและสุขภาวะมีความสัมพันธ์ทางบวก โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ความกรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ .63 และ2) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะในระดับ .49

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น พบว่าความกรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะ จึงคาดได้ว่าความกรุณาต่อตนเองจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง โดยผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงกว่าจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำกว่า

**5.1.2 การมองโลกในแง่ดี (Optimism) กับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

**ความหมายการมองโลกในแง่ดี**

การมองโลกในแง่ดีเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสติปัญญาทางอารมณ์ ( emotional intelligence) โกลแมน (Goleman, 1998) ได้กำหนดการมองโลกในแง่ดีเป็นส่วนหนึ่งของการที่สำคัญในการจูงใจตนเอง โดยการมองมองโลกในแง่ดี จะช่วยให้มองเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องดี เรื่องแย่ที่เกิดขึ้นสามารถเปลี่ยนกับมาเป็นดีได้ จึงสามารถจูงใจตนเองได้ เช่นเดียวกับที่บาร์ออน (Bar-On, 2006) เสนอแนะว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ อีคิว (EQ) ที่จะช่วยจัดการตนเองและสภาพแวดล้อมรอบได้อย่างเหมาะสม กรมสุขภาพจิต (2544) ได้จัดแบ่งความฉลาดทางอารมณ์เป็น 3 ส่วน คือ เก่ง ดี มีสุข และการมองโลกในแง่ดีอยู่ในส่วนที่มีสุข คือความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซิลิคแมน (Seligman, 1991) ได้ให้ความหมายการมองโลกในแง่ดีไว้ว่าเป็นรูปแบบของการให้เหตุผลของตนเองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเมื่อมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นบุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะคิดว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมากจากสภาพแวดล้อมทางสังคมไม่ได้เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง ในทางกลับกันถ้าเป็นสถานการณ์ที่ดีเกิดขึ้น และบุคคลที่มองโลกในแง่ดีเชื่อว่าสถานณ์การที่ดีเหล่านั้นเกิดจากตนเอง แบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ 1. ความคงทนถาวรของเหตุการณ์ ว่าเหตุการณ์นั้นเกิดแบบ ชั่วคราวหรือถาวร 2.ความครอบคลุมของเหตุการณ์ ว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเฉพาะบุคคลหรือเกิดกับคนทั่วไป และ 3.ความเป็นตนเอง ซึ่งเป็นรูปแบบการอธิบายตนเองที่บุคคลเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเพราะตนเองหรือจากบุคคลอื่น ประเวศ วะสี (2541) ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่า หมายถึง การมองโลกแบบทวิลักษณ์ คือ การคิดการมอง 2 ด้าน นั่นคือ การมองลักษณะของสิ่งต่าง ๆ ทั้งด้านที่เป็นคุณและด้านที่เป็นโทษ การมองโลกในแง่ดีนั้นเป็นการมองสิ่งต่าง ๆ ในด้านที่เป็นคุณ

จากความหมายข้างต้น ผู้วิจัยสรุปความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่าหมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ ในทางบวก และอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ ในทางบวก

และเชื่อว่าตนเองสามารถทำให้เกิดสิ่งดีๆ และในการวิจัยชิ้นนี้ได้กำหนดนิยามศัพท์ปฏิบัติการของการมองโลกในแง่ดี โดยลักษณะของการมองโลกในแง่ดี หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ ในทางบวก และอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ ในทางบวก และเชื่อว่าตนเองสามารถทำให้เกิดสิ่งดีๆ ลักษณะของการมองโลกในแง่ดี ประกอบด้วย 1) การให้เหตุผล คือ การประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ว่าตนเองสามารถจัดการได้ดีหรือไม่ 2) การให้ความคาดหวัง คือ การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงเรื่องที่ดี จะมีเรื่องดีเกิดขึ้นกับตนเอง 3) การแสดงอารมณ์ คือ การควบคุมสภาวะทางจิตใจที่เกิดการเปลี่ยนแปลง และ 4) การมีเจตคติ คือ ความรู้สึกทางจิตใจที่เกิดจากการเรียนรู้ ทำให้คิดเรื่องต่างๆเป็นเรื่องดี

**การวัดการมองโลกในแง่ดี**

การวัดการมองโลกในแง่ดีจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการวัดการมองโลกในแง่ดีนั้น มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) 6 ระดับ เลือกได้ 1 คำตอบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .775-.81 ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของกนกอร เนตรชู (2561) ที่ได้พัฒนาแบบวัดการมองโลกในแง่ดี ในงานวิจัยปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสริมสร้างตนเองสู่พฤฒพลังของผู้สูงอายุในชมรม เรื่องผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินรวมค่า มี 6 หน่วย จาก “ไม่จริงเลย” ถึง “จริงที่สุด” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .186 - .757 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .775 งานวิจัยของวรรณภา กันยาวงศ์ (2551) ที่ได้พัฒนาแบบวัดการมองโลกในแง่ดี ในงานวิจัยเรื่องลักษณะสถานการณ์ในงานอาชีพ และลักษณะจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้บริหารสตรีในองค์การเอกชน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 286 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินรวมค่า มี 6 หน่วย จาก “ไม่จริงเลย” ถึง “จริงที่สุด” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .19 - .63 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการมองโลกในแง่ดีที่พัฒนาจากงานวิจัยของกนกอร เนตรชู (2561)เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย เกณฑ์การให้คะแนน คำตอบทั้ง 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้า

ตอบ จริงที่สุด ในคำถามเชิงบวกได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง ไม่จริงเลย ได้ 1 คะแนน ในคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้คะแนนต่ำกว่า

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองและการมองโลกในแง่ดี พบว่ามีงานวิจัยที่บริบทเดียวกันกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง คือ การดูแลตนเองและสุขภาวะ ผู้วิจัยจึงศึกษางานวิจัยระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับการดูแลตนเองและสุขภาวะ ตัวอย่างงานวิจัยที่สนับสนุนตัวแปรนี้ ได้แก่ งานวิจัยของ กนิษฐา ลิ้มทรัพย์ (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์การมองโลกในแง่ดีกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดงเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน และงานวิจัยของ ปนัดดา มหิทธานุภาพ และ บัวทอง สว่างโสภากุล (2560) ได้ศึกษาการมองโลกในแง่ดีการปฏิบัติพัฒนกิจและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอำเภอวังน้ำเขียวจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน โดยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับสุขภาวะ พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (r = .454) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจโดยรวม (r = .203) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 งานวิจัยของโฮและคณะ (Ho, Chiu, Lo, & Yiu, 2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับสุขภาวะ กับเด็กวัยรุ่น จำนวน 1807 คน โดยวิธีการสร้างโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะ ( $\beta$ = .54), โดยทำหน้าที่เป็นส่วนกลางในสัมพันธ์ระหว่างการมีคุณค่าในชีวิตและสุขภาวะและงานวิจัยของ ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ และ นารีรัตน์ บุญเนตร (2563) ได้ศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (b = .430) การมองโลกในแง่ดี (b = .264) และการสนับสนุนทางสังคม (b = .169) สามารถร่วมทำนายความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 37.9 (R = .379, P–value < .001)

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะ จึงคาดได้ว่าการมองโลกในแง่ดีจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง โดยผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงกว่าจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำกว่า

**5.1.3 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) กับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

**ความหมายของการรับรู้ความสามารถตนเอง**

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในระยะแรกแบนดูราเสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม แต่ต่อมา แบนดูราได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งแต่ละบุคคลมีการรับรู้ความสามารถต่างกัน ทำให้แสดงออกต่อสถานการณ์ต่างกัน ซึ่งความสามารถของแต่ละบุคคลนั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวการณ์นั้นๆ (Pajares, 1978, อ้างถึงใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2556)

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความคาดหวังและความมั่นใจของบุคคลจะส่งผลการกระทำพฤติกรรมสขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้

ทั้งนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 นี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคล

| | | ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น | |
|---|---|---|---|
| | | สูง | ต่ำ |
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง | มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ |
| | ต่ำ | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน |

ภาพประกอบ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1989 อ้างถึงใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2556)

**ผลของการรับรู้ความสามารถของตน**

Bandura (1986 อ้างถึงใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2556) ได้กล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะเป็นตัวกำหนดหรือมีผลต่อบุคคลในเรื่องต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการเลือก (Choice Behavior) บุคคลสามารถเลือกทำพฤติกรรมโดยบุคคลจะเลือกการทำพฤติกรรมจากความสามารถของตนเองว่าสามารถทำงานได้สำเร็จ ดังนั้น ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองถูกต้อง จะส่งผลต่อการเลือกกิจกรรม ทำให้การกระทำนั้นมีโอกาสสำเร็จสูง (Bandura,1997 ;& Schunk,1981 อ้างถึงใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2556)

2. การใช้ความพยายามและความยืนหยัดในการทำงาน (Effort Expenditure and Persistence) การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลนั้น เป็นตัวกำหนดการใช้ความพยายามและความยืนหยัดในการทำงานโดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถสูงจะส่งผลให้การใช้ความพยายามและความยืนหยัดในการทำงานมากกว่าคนที่มีการรับรู้ความสามารถต่ำ (Bandura, 1986 อ้างถึงใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2556)

3. แบบแผนของความคิดและการตอบสนองทางอารมณ์ (Thought Patterns and Emotion Reaction) การตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลจะมีผลอิทธิพลต่อกระบวนการคิดและการตอบสนองทางอารมณ์ทางอารมณ์ของบุคคลในระหว่างที่กระทำพฤติกรรม โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง เมื่อพบเจอปัญหาจะกระตุ้นให้มีความ

พยายามมากยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถต่ำ เมื่อเจอปัญหาจะกระทำในทางตรงข้ามคือ ยอมแพ้ สิ้นหวัง และมีผลต่อการล้มเหลวมากยิ่งขึ้น

4. เป็นสิ่งที่กำกับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นสิ่งทำนายพฤติกรรม (Humans as Producer rather than Simply Foretellers of Behavior) นั่นคือ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะพยายามทำพฤติกรรมและยอมรับผลต่างที่เกิดขึ้น และจะเลือกพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม และเมื่อล้มเหลวจะหาเหตุผลเพื่อนำมาพัฒนาตนเองต่อไป

ในงานวิจัยนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง จะหมายถึงการที่ผู้สูงอายุมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีได้

**การวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง**

การวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวัดรับรู้ความสามารถตนเองนั้น มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) 4-6 ระดับ เลือกได้ 1 คำตอบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .80-.94 ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของพิศมัย สิโรตมรัตน์ (2553) ได้ศึกษาเรื่องความว้าเหว่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองฯ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่ามี 4 ระดับ ตั้งแต่ “จริงมากที่สุด” จนถึง “เป็นจริงน้อยที่สุด” เกณฑ์การให้คะแนนจากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวกจะได้ 4 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “เป็นจริงน้อยที่สุด” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 งานวิจัยของไมลา อิสสระสงคราม (2562) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามสุขบัญญัติของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 324 คน ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “มากที่สุด” จนถึง “น้อยที่สุด” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “มากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 4 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “น้อยที่สุด” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 งานวิจัยของยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ (2562) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 431 คน เป็นแบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุที่มีลักษณะที่เฉพาะพฤติกรรมความเชื่อมั่นหรือ

ความมั่นใจ ความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่ามี 4 ระดับ ตั้งแต่ “จริงมากที่สุด” จนถึง “ไม่เป็นความจริง” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวกจะได้ 4 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่เป็นความจริง” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบ จะให้คะแนนตรงกันข้าม และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และงานวิจัยของณหทัย ไทรสรสวัสดิ์ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เป็นแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

สรุปได้ว่าในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยปรับมาจากแบบสอบถามจากงานวิจัยของณหทัย ไทรสรสวัสดิ์ (2561) มีข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่ามีงานวิจัยที่บริบทเดียวกันกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง คือ การดูแลตนเองและสุขภาวะ ผู้วิจัยจึงศึกษางานวิจัยระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับการดูแลตนเองและสุขภาวะ ตัวอย่างงานวิจัยของ สุธีรา บุญแต้ม, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล, และ นิรัตน์ อิมามี (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุพรรณบุรี การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนี้ 1. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ($r=.381$, $p<.001$) 2.มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(r=.381, p=.027) ความคาดหวังในผลดี (r=.292, =<.001) 3.มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการการดูแลตนเองด้านออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเอง (r=.243, p<.001) งานวิจัยของเชคสเปียร์-ฟิ้นและคณะ (Shakespeare-Finch, Rees, & Armstrong, 2015) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การบาดเจ็บและสุขภาวะในหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 60 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะ และสามารถทำนายระดับสุขภาวะได้ (r = .62, p < .001) งานวิจัยของสุทธินี ชัยเฉลิมศักดิ์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และ วีนัส ลีฬหกุล (2562) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการทำผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) งานวิจัยของเอกภพ จันทร์สุคนธ์, วิภาดา ศรีเจริญ, และ กิ่งแก้ว สำรวยรื่น (2560) ได้ศึกษาปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 366 คน ผลการวิจัยพบว่า สำหรับปัจจัยที่พยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ทัศนคติ (beta = .388 p-value < .001 ) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (beta = .263 p-value < .001) แรงสนับสนุนทางสังคม (beta = .185 p-value = < .001)

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และสุขภาวะ จึงคาดได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำกว่า

**5.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

**5.2.1 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

**ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม**

การสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้รับได้รับการสนับสนุนในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

จากบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้ได้รับปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการจนเกิดภาวะการมีสุขภาพดี (House, 1987) นอกจากนี้ยังมีการให้คำจำกัดความการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ถือเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ เช่น ข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ สอดคล้องกับ Caplan and Killea (1976 อ้างถึงใน อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2553) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งอาจจะรวมไปถึงการได้รับการยอมรับจากบบุคคลอื่น การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ใช่เพียงแต่ได้รับการสนับสนุนทางด้านวัตถุหรืออารมณ์ สอดคล้องกับ ไวส์ (Weiss, 1973) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว องค์การและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้าน ต่าง ๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าอบอุ่นและปลอดภัย เป็นความช่วยเหลือใน รูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้ ยังรวมถึงการที่บุคคลได้มีโอกาสเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Tilden (1985 อ้างถึงใน กาญจนา พานิชมาก, 2546) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าอยู่ในรูปแบบของความรู้สึกอิ่มใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคมจากความสำเร็จในสัมพันธภาพ

ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของการสนับสนุน คือ บุคคลรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ได้รับการยอมรับจากบุคคลในสังคม

**องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม**

มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Cobb Sidney (1976 อ้างถึงใน วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ, 2551) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด

2 .การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคล รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) เป็นข้อมูล บอกให้ทราบว่าบุคคลมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสังคม

Scaefer, et al. (1981 อ้างถึงใน วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ, 2551) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุน คุ้นเคยหรือยืนยันความมั่นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านวัตถุ (Tangible Support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือ ด้านวัตถุ สิ่งของตามความต้องการ

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้รับการสนับสนุน ตนเองได้รับความช่วยเหลือในด้านเองต้องการ หรือพบ กับปัญหาจากบุคคลรอบข้าง เช่น การได้รับกำลังใจ การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน หรือการ ได้รับข่าวสารหรือข้อมูลย้อนกลับ ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวหรือองค์กร บุคคล ส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคมของเขา ซึ่งมีความเกี่ยวข้อง หรือมีความสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งแต่ละบุคคลมีเครือข่ายสังคมของตนเองดังนั้น ระบบการสนับสนุนทาง สังคมมักจะมาจากคนในกลุ่มที่มีความสนิทสนมใกล้ชิดกันมากกว่าคนในกลุ่มอื่น (มนัส บุญประกอบ และ พรรณี บุญประกอบ, 2549, อ้างถึงใน วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ, 2551)

Jacobson (1986 อ้างถึงใน วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ, 2551) ให้ระบุประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบบุคคลอื่น ทำให้สบายใจ และรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive support) เป็นข้อมูลข่าวสารความรู้หรือ คำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการ เปลี่ยนแปลงนั้นได้

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่าง ๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

เฮาส์ (House, 1987) ให้แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วยการ สนับสนุน 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้การยอมรับนับถือ ความผูกพันกับบคคลอื่นในสังคม

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเพื่อการสนับสนุน (Appraisal support) ได้แก่ ให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคมซึ่งจะ ทำให้เกิดความมั่นใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ ข้อเท็จจริงที่เป็นประโยชน์ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4. การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือในการกระทำกิจกรรมรวมทั้งการให้สิ่งของเงินทอง (Instrument support) เป็นการช่วยเหลือโดยจัดหาเงินทุน เครื่องมือและบริการที่จำเป็น

จากการทบทวนเอกสารในการกำหนดความหมายของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งผู้วิจัยสร้างตัวแปรดังกล่าวจากการประยุกต์องค์ประกอบของ Scaefer, et al. (1981 อ้างถึงใน วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ, 2551) มาเป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปรอิสระและนิยามเชิงปฏิบัติการ ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ ด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุจากทางเจ้าหน้าที่ภายในสถานสงเคราะห์ และเพื่อนในสถานสงเคราะห์คนชรา

**การวัดการสนับสนุนทางสังคม**

การวัดการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวัดการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) 5-6 ระดับ เลือกได้ 1 คำตอบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .90-.95 ตัวอย่างงานวิจัยของสุปราณี แตงวงษ์ (2551) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านดอนขนาก จังหวัดนครปฐม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 171 คน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เป็นจริงมากที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “เป็นจริงมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 5 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 งานวิจัยของวิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ (2551) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 239 คน ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้

คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 และงานวิจัยของวิลาวัลย์ รัตนา (2552) ได้ศึกษาการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 200 คน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “จริงมากที่สุด” ถึง “จริงน้อยที่สุด” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 5 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “จริงน้อยที่สุด” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

สรุปได้ว่าในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยปรับปรุงจากงานวิจัยของวิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ (2551) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองและการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีงานวิจัยที่บริบทเดียวกันกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง คือ การดูแลตนเองและสุขภาวะ ผู้วิจัยจึงศึกษางานวิจัยระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองและสุขภาวะ โดยพบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตัวอย่างเช่นงานวิจัยของกชชุกร หว่างนุ่ม (2550) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 120 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .67) งานวิจัยของเสาวนิจ นิจอนันต์ชัย (2553) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 416 คน พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการ

สนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและสังคมยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ตัวอย่างเช่น 1) งานวิจัยของฤดีมาศ พุทธมาตย์ (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐในภาคเหนือตอนบน จำนวน 110 ราย 2) งานวิจัยของบุญพา รัตนา, ไกรถาวร ผจงจิต, และนพวรรณ เปียซื่อ (2562) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ตามลำพังจำนวน 262 คน และ 3) งานวิจัยของ สมบูรณ์ สุชาดา, โสมานุสรณ์ สิริลักษณ์, และ สุ่มเงิน ชมนาด (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน โดยทั้ง 3 งานวิจัย เป็นงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีผลการวิจัย ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางใจในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .60) 2) มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพกาย (r= .148, p= .05) และ 3) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณและการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .59 และ .38 ตามลำดับ) และจากผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะมีความสัมพันธ์ทางบวก

จากการทบทวนงานวิจัยข้างต้น พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและสุขภาวะ จึงคาดได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่า

**5.2.2 การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรากับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้บรรทัดฐานสังคมมาศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้แนวทางปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจากการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม หมายถึง แนวทางปฏิบัติของสังคมเพื่อให้สมาชิกของ สังคมทำตามระเบียบแบบแผน กฎข้อบังคับ จารีตประเพณีและกฎเกณฑ์ต่างๆ ของสังคม (กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์, 2527) ส่วน Aizen, & Fishbein (1980 อ้างถึงใน นัฐกรณ์ วรเชษฐบัญชา, 2559) กล่าวว่า การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม

หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญ และคิดว่าตนเองควรกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ถ้าการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้นไม่ให้ความสำคัญ ตนเองก็จะไม่มีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเข้ามารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรามีแนวทางปฏิบัติ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในสถานสงเคราะห์คนชราต้องให้ความสำคัญกับแนวทางปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราจึงทำตามแนวทางที่กำหนด แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราจึงเป็นส่วนหนึ่งของบรรทัดฐานสังคมภายในสถานสงเคราะห์ชรา โดยแนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราเป็นกฎเกณฑ์ที่ตั้งขึ้นมาเพื่อให้ปฏิบัติตามแนวทางในการดำเนินชีวิตภายในสถานสงเคราะห์เพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อย โดยระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2558 ระบุไว้ในหมวดที่ 4 ข้อปฏิบัติของผู้ใช้บริการ และหมวดที่ 5 มาตรการสำหรับผู้ใช้บริการไม่ปฏิบัติตามระเบียบ

ดังนั้น การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา ในงานวิจัยนี้ หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดำเนินชีวิตภายในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อให้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านกาย จิตใจ ละสังคม โดยปฏิบัติตามระเบียบของกรมกิจการผู้สูงอายุว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ 2558

**การวัดการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา**

การวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ตามที่ Aizen, & Fishbein (1980 อ้างถึงใน นัฐกรณ์ วรเชษฐบัญชา, 2559) ได้เสนอการวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม 2 วิธี คือ 1) การวัดการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมทางตรง คือ การประเมินความเชื่อที่มีต่อความคิดเห็นของบุคคลส่วนมากจะมีความสำคัญต่อตน และคิดว่าตนควรกระทำหรือไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น และ2) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม ทางอ้อม คือ การวัดความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลที่ใกล้ชิดต่อการกระทำของตน ซึ่งได้มาจากการรับรู้จาก ความคาดหวังของบุคคลที่อยู่แวดล้อม และตนจะใช้การรับรู้ที่ได้มาตัดสินใจที่จะกระทำตามบุคคลที่ใกล้ชิด

การวัดการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวัดการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) 4-7 ระดับ เลือกได้ 1 คำตอบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .878-.92 ตัวอย่างงานวิจัยของอังศินันท์ อินทรกำแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2561)ได้ศึกษาอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง : การวิจัยผสานวิธี กลุ่มตัวอย่างคือคู่สมรสชาย-หญิง รวม 413 คน ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มี

ลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “เป็นจริงมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 4 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงที่สุด” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .878 มีค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation) อยู่ระหว่าง .445 - .810 งานวิจัยของสมญาภรณ์ พุทธรักษา, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, และ กรรณิการ์ กันธะรักษา (2559) โดยศึกษาเรื่อง ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ ในกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 14 - 18 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพิจิตร จำนวน 102 คน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงที่สุด” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “เป็นจริงมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 7 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงที่สุด” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

จากการทบทวนเอกสารพบว่า แบบสอบถามวัดเกี่ยวกับบรรทัดฐานทางสังคมส่วนใหญ่เป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4-7 ระดับ เลือกได้ 1 คำตอบ งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบวัดการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราตามนิยามเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสถานสงเคราะห์มากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่ามีงานวิจัยที่บริบทเดียวกันกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง คือ การดูแลตนเองและสุขภาวะ จึงศึกษางานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมต่างๆ อย่างเช่นงานวิจัยของอังศินันท์ อินทรกำแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2561) ได้ศึกษาอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง : การวิจัยผสานวิธี กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสเพศหญิง 200 คน และเพศชาย 213 คนรวม 413 คน พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัด

ฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรส มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2$=95.23, df=78, p-value= .09, $\chi^2$/df=1.22, RMSEA=.02, SRMR=.03, GFI=.96, CFI=1.00, NFI=.99) งานวิจัยของสมญาภรณ์ พุทธรักษา และคนอื่น ๆ (2559) โดยศึกษาเรื่อง ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์ ในกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 14 - 18 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลพิจิตร จำนวน 102 คน พบว่า ทัศนคติบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจในการออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.325, r=.477, r = .474, p<.01) ตามลำดับ และงานวิจัยของชญานิกา ศรีวิชัย (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมคอมพิวเตอร์: ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เด็กวัยรุ่นที่ติดเกมคอมพิวเตอร์ หมายถึง เด็กอายุ10-14 ปีที่มีประสบการณ์การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ทั้งที่บ้านหรือที่ร้านเกมออนไลน์ที่ทำ แบบประเมิน Problem Video Game Playing (PVP) ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน จำนวน 237 คน พบว่า ทัศนคติบรรทัดฐานทางสังคม การควบคุมพฤติกรรมของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .250, .141 และ .234 ตามลำดับ)

จากงานวิจัยข้างต้น พบผลที่สำคัญ คือ ผู้ที่มีการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมอย่างเหมาะสมมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่น่าพึ่งประสงค์มาก จึงคาดได้ว่าการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงกว่าจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ

**ส่วนที่ 6 ลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาลักษณะทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ และระยะเวลาพำนักในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังนี้

6.1 **เพศกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

ดุลยา จิตตะยโศธร (2551) กล่าวว่า บทบาททางเพศ เป็นบทบาทที่สังคมหนึ่งคาดหวังให้เพศชายหรือเพศหญิงแสดงออกว่าถึงความเป็นชายหรือหญิง ซึ่งการกำหนดบทบาททางเพศ มี 2 ปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ และปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม

โดยปัจจัยทางชีวภาพจะเป็นตัวกำหนดความแตกต่างทางกายภาพระหว่างชายและหญิง ส่วนปัจจัยทางสภาพแวดล้อมจะมีอิทธิพลในการหล่อหลอมลักษณะความเป็นชายหรือความเป็นหญิงให้เกิดขึ้นตามที่สังคมนั้นๆ คาดหวัง ซึ่งสังคมแต่ละสังคมมีเอกลักษณ์ของความเป็นเพศชายและเพศหญิงที่แตกต่างกันออกไป เอกลักษณ์ทางเพศเป็นการแสดงออกถึงคุณลักษณะของความเป็นเพศ เช่น เพศชายเป็นเพศที่รักอิสระ ตัดสินใจเด็ดขาดมีความหนักแน่น ชอบแสดงอำนาจ ฯลฯ ในขณะที่เพศหญิงเป็นเพศที่ถูกมองว่ามีคุณลักษณะที่ต้องถนอมรักษา มีความเอื้ออารี เข้าออกใจเข้าใจผู้อื่น ฯลฯ จึงทำให้เพศหญิงได้ถูกฝึกให้การดูแลและเข้าใจบุคคลอื่น จึงทำให้สามารถนำมาปรับปรุงพัฒนาในการดูแลตนเองได้

งานวิจัยของจิราภรณ์ ใจสบาย (2553) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โดยผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย และงานวิจัยของกิ่งเพชร ศรีเทียน (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 291 คน พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายกับผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .035)

จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดได้ว่าเพศแตกต่างกันจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแตกต่างกัน งานวิจัยนี้จึงนำเพศสภาพมากำหนดในการแบ่งกลุ่ม 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุเพศหญิง

6.2 **อายุกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

เมื่อมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุหลายคนจะมีสุขภาพกายและจิตเสื่อมถอยลง ความสามารถในการติดต่อสื่อสารทำได้น้อยลง ผู้สูงอายุจึงไม่สนใจที่จะเรียนรู้ หรือรับรู้เรื่องการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อสุขภาวะของตนเองได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ยังมีอายุน้อยหากได้มีการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างถูกต้องสม่ำเสมอก็จะมีสุภาพกายและจิตเป็นปกติ ดังเช่น งานวิจัยของสุรีย์ กาญจนวงศ์ (2540) ศึกษางานวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย การศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาวะทางจิต เมื่อมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะเริ่มมีปัญหาทางด้านจิตใจมากขึ้นด้วย งานวิจัยของจิราภรณ์ ใจสบาย (2553) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โดยผลการศึกษา

พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อยที่มีอายุ 60-65 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง แตกต่างจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีอายุ 66-70 ปี และ 71 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดได้ว่าอายุแตกต่างกันจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแตกต่างกัน งานวิจัยนี้จึงนำอายุมากำหนดในการแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70-80 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นาทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura,1986) มากำหนดเป็นกรอบในการศึกษาและการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบจากตัวแบบ เนื่องจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวอยู่เสมอ การเรียนรู้จึงเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมทางสังคมกับบุคคล โดยทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคมและบุคคล ต่างมีอิทธิพลต่อกันและกัน และมีความสำคัญเท่ากัน ดังนั้น จึงแบ่งสาเหตุการเกิดพฤติกรรมได้เป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมและปัจจัยด้านบุคคล จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ได้แก่ การกรุณาต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา

นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ยังได้ศึกษาลักษณะทางภูมิหลังที่สำคัญบางประการของผู้สูงอายุเพื่อเป็นตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์กลุ่มย่อย ได้แก่ เพศ อายุ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปภาพความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสำคัญ เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม

ภาพประกอบ 5 กรอบงานวิจัย

**นิยามศัพท์ปฏิบัติการ**

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง** หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงในการเอาใจใส่ต่อตนเองเรื่องสุขภาพ ในแต่ละด้านผู้วิจัยได้กำหนดความหมาย

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงการเอาใจใส่ต่อตนเองเรื่องสุขภาพ ทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและยา การพบแพทย์ตามนัด

2. พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงการเอาใจใส่ต่อตนเองเรื่องสุขภาพทางด้านจิตใจ ประกอบด้วย การมีเป้าหมายในชีวิต ภาวะซึมเศร้า ทักษะทางสังคม ความมั่นคงของอารมณ์ตัวเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง

3. พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม หมายถึง การกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงการเอาใจใส่ต่อตนเองเรื่องสุขภาพทางด้านสังคม ประกอบด้วย การรับรู้คุณค่าจากการเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคลอื่น

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในผู้สูงอายุ ตามนิยามเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995) และแนวคิดสุขภาวะของทรอยและคณะ (Troy et al., 1998) มีข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) โดยในแต่ละข้อประกอบด้วยมาตรวัดประเมิน 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติเป็นประจำ” จนถึง “ไม่เคยปฏิบัติเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “ปฏิบัติเป็นประจำ” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ในคำถามเชิงลบ ให้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**ความกรุณาต่อตนเอง** หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความทุกข์ ตระหนักว่าความผิดพลาด ต่างๆ เป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งที่จะผ่านไปตามความเป็นธรรมดาของคน มีสติในการจัดการปัญหา มีความอ่อนโยนกับตนเอง ไม่โทษตนเองและไม่ทำร้ายตนเอง และมีความต้องการที่จะตนเองพ้นจากความทุกข์ โดยมี 3 ด้านดังนี้

1. ความการุณย์ตนเอง (self-kindness) คือ การที่ผู้สูงอายุยอมรับและเข้าใจตนเองด้วย ไม่ตีตราหรือตัดสินตนเอง เมื่อเกิดความผิดพลาดและความล้มเหลว โดยไม่กล่าวโทษตนเอง ตำหนิ ตนเอง และวิพากษ์วิจารณ์ของตนเองจากสิ่งที่เกิดขึ้น

2. ความเป็นปุถุชน (common humanity) คือ ผู้สูงอายุยอมรับความผิดพลาดหรือความทุกข์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง ทุกคนเกิดมาต้องประสบและเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นกับทุกคนเหมือนๆ กัน ไม่ใช่เกิดขึ้นกับตนเพียงคนเดียว

3. การครองสติ (mindfulness) คือ ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงอารมณ์ในปัจจุบัน สามารถจัดความสมดุลของอารมณ์ด้านลบและได้บวกได้ โดยไม่พยายามหนีปัญหา สามารถควบคุมอารมณ์และการแสดงออกให้เป็นปกติ

ผู้วิจัยใช้แบบวัดความกรุณาต่อตนเองจากงานวิจัยของวัชราวดี บุญสร้างสม (2556) มาปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดตามนิยามศัพท์ปฏิบัติการเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานในผู้สูงอายุและบริบทของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ โดยแบบวัดเป็นมาตรวัดประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า มี 6 หน่วย จาก “ไม่จริงเลย” ถึง “จริงที่สุด” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อถ้าตอบ

"จริงที่สุด" ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง "ไม่จริงเลย" จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความกรุณาต่อตนเองมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย

**การมองโลกในแง่ดี** หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ ในทางบวก และอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ ในทางบวก และเชื่อว่าตนเองสามารถทำให้เกิดสิ่งดีๆ ลักษณะของการมองโลกในแง่ดี ประกอบด้วย 1) การให้เหตุผล คือ การประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาว่าสามารถจัดการที่ไม่ดีและข้ามผ่านไปได้ 2) การให้ความคาดหวัง คือ การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอนาคตที่ดี เป็นความเชื่อมั่นที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาว่าน่าจะเป็นอย่างที่คิดไว้ เช่น การคาดหวังว่าเมื่อมีเหตุการณ์ไม่ดีเกิดขึ้นหลังจากนั้นก็จะมีสิ่งดีๆ ตามมา หรือเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาก็คาดหวังว่าจะได้รับกำลังใจจากครอบครัวเสมอ เป็นต้น 3) การแสดงอารมณ์ คือ สภาวะทางจิตใจที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น เช่น การรู้สึกผ่อนคลายหรือการรู้สึกมีความสุข เป็นต้น และ 4) การมีเจตคติ คือ ความรู้สึกทางจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ทำให้มีท่าทีหรือความคิดเห็นที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆ ว่าเป็นเรื่องที่ดี เช่น การมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับอนาคต และเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ชั่วคราวเท่านั้น

ผู้วิจัยใช้แบบวัดการมองโลกในแง่ดีที่พัฒนาจากงานวิจัยของกนกอร เนตรชู (2561) มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ "จริงที่สุด" ถึง "ไม่จริงเลย" เกณฑ์การให้คะแนน คำตอบทั้ง 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ "จริงที่สุด" ในคำถามเชิงบวกได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง "ไม่จริงเลย" ได้ 1 คะแนน ในคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้คะแนนต่ำกว่า

**การรับรู้ความสามารถของตนเอง** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีได้

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยปรับมาจากแบบสอบถามจากงานวิจัยของณหทัย ไกรสรสวัสดิ์ (2561) มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ "จริงที่สุด" ถึง "ไม่จริงเลย" เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ "จริงที่สุด" ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง "ไม่จริงเลย" จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ ด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุจากทางเจ้าหน้าที่ภายในสถานสงเคราะห์ และเพื่อนในสถานสงเคราะห์คนชรา

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยปรับปรุงจากงานวิจัยของวิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ (2551) ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย

**การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา** หมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการดำเนินชีวิตภายในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อให้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านกาย จิตใจ และสังคม โดยปฏิบัติตามระเบียบของกรมกิจการผู้สูงอายุว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ 2558

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราตามนิยามเชิงปฏิบัติการ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสถานสงเคราะห์มากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านต่างกัน โดยมีสมมติฐานย่อย คือ

1.1 ผู้สูงอายุเพศแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านแตกต่างกัน

1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านแตกต่างกัน

2.ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลกับปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะอื่นๆ โดยมีสมมติฐานย่อย คือ

2.1 ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีมาก และมีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่นๆ

2.2 ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก และมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่นๆ

2.3 ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองมาก และมีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่นๆ

2.4 ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีมาก และมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่นๆ

2.5 ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก และมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่นๆ

2.6 ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองมาก และมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่นๆ

3. ตัวแปรปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความกรุณาต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถตนเอง และตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้กฎระเบียบสถานสงเคราะห์คนชรา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกัน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

# บทที่ 3
# วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบ (Correlational-Comparative Study) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ซึ่งในบทนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดดังนี้

1.การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

2.การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

## การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจำนวน 13 แห่ง โดยมีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 973 คน (กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ, 2563)

### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจำนวน 8 แห่ง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ดูจากประวัติการรักษาของผู้สูงอายุ และได้รับการประเมินแบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL เป็นผู้สูงอายุติดสังคมหรือติดบ้าน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน 3) เป็นผู้รับบริการของสถานสงเคราะห์คนชรามากกว่า 6 เดือน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์จำนวนตัวแปรที่ศึกษาของแฮร์และคณะ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) คือ อัตราส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรเพื่อให้มีความเหมาะสมในการวัดควรเป็นอย่างน้อย 20 ตัวอย่างต่อ 1 ตัวแปร การวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปร 6 ตัวแปร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 คนเป็นอย่างน้อย แต่เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรดีขึ้น เพื่อความเหมาะสมจากการวิเคราะห์ และการเก็บรวบรวมข้อมูลและป้องกันการได้รับแบบสอบถามตอบกลับที่ไม่สมบูรณ์จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก จึงได้

เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 160 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น (Multistage random sampling) ดังนี้

1. ขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยแบ่งสถานสงเคราะห์สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นแบ่งเป็น 2 กลุ่มภาค คือ ภาคกลาง และกลุ่มภาคอื่นๆ เนื่องจากสถานสงเคราะห์คนชราในภาคกลางมีจำนวนมากกว่าภาคอื่นๆ ดังนั้น

1.1 กลุ่มภาคกลาง จำนวน 6 สถานสงเคราะห์คนชรา รายชื่อสถานสงเคราะห์คนชรา ได้แก่ 1.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร 2.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์ 3.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี 4.สถานสงเคราะห์คนชรานครปฐม จังหวัดนครปฐม 5.สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์) จังหวัดนครปฐม 6.สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำใยอุปถัมภ์) จังหวัดกาญจนบุรี

1.2 กลุ่มภาคอื่นๆ ประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ จำนวน 7 สถานสงเคราะห์คนชรา รายชื่อสถานสงเคราะห์คนชรา ได้แก่ 1.สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่ 2.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 3.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา 4.สถานสงเคราะห์คนชราโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา 5.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง-พนังตัก จังหวัดชุมพร 6.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง 7.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี

2. ขั้นที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีจับฉลากเพื่อเลือกตัวแทนในแต่ละกลุ่มจำนวน 4 สถานสงเคราะห์ ได้ทั้งหมด 8 สถานสงเคราะห์ ดังนี้

2.1 กลุ่มภาคกลาง ได้แก่ 1.สถานสงเคราะห์คนชรานครปฐม จังหวัดนครปฐม 2.สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์) จังหวัดนครปฐม 3.สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำใยอุปถัมภ์) จังหวัดกาญจนบุรี 4.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์

2.2 กลุ่มภาคอื่นๆ ได้แก่ 1. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา 2.สถานสงเคราะห์คนชราโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา 3.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง-พนังตัก จังหวัดชุมพร 4.สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง

3. ขั้นที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling) โดยใช้วิธีการสุ่มตามรายชื่อของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ตามกลุ่มภาค ต่างๆ จำนวน 8 สถาน

สงเคราะห์คนชรา สถานสงเคราะห์คนชราละ 20 คน รวมทั้งหมด 160 คน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยชุดแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง

ตอนที่ 3 แบบวัดความกรุณาต่อตนเอง

ตอนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ตอนที่ 5 แบบวัดการมองโลกในแง่ดี

ตอนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 7 แบบวัดเกี่ยวกับกฎระเบียบของผู้สูงอายุ

**การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของตัวแปรที่ศึกษา

2. สรุปความหมาย และกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อใช้สำหรับการสร้างเครื่องมือแบบสอบถามของตัวแปรที่ศึกษา

3. สร้างแบบสอบถามตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปรนั้น ๆ และปรับปรุงขั้นต้นจากการตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

4. นำไปทดลองใช้แบบสอบถามและรวบรวมเป็นแบบฟอร์มที่จะนำไปใช้จริง

5. ปรับปรุงแบบสอบถามทำให้เป็นมาตรฐานและรวบรวมเป็นแบบสอบถามที่สะดวกในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่จะนำไปใช้จริง

6. วิเคราะห์หาคุณภาพของแบบสอบถามทั้งฉบับโดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบ สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) โดยใช้เกณฑ์พิจารณาค่าความเชื่อมั่นที่ 6 ขึ้นไป (อรพินท์ ชูชม. 2545)

7. จัดพิมพ์เป็นฉบับที่สมบูรณ์เพื่อนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง แบบสอบถามความกรุณาต่อตนเอง แบบสอบถาม

การมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนตัว**

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ .....ปี

3. ระยะเวลาที่เข้าใช้บริการภายในสถานสงเคราะห์คนชรา.....ปี.....เดือน

4.ปัจจุบันรับบริการสถานสงเคราะห์คนชรา.....

5.ระดับการศึกษา

( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษาตอนต้น

( ) 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ( ) 4. อนุปริญญา/ปวส.

( ) 5. ปริญญาตรีขึ้นไป ( ) 6. ไม่ได้รับการศึกษา

6.การนับถือศาสนา

( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม

( ) อื่นๆ ระบุ ..... ( ) ไม่มีศาสนาที่ยึดปฏิบัติ

**ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง**

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในผู้สูงอายุ ตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1995) และแนวคิดสุขภาวะของทรอยและคณะ (Troy et al., 1998) มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติเป็นประจำ” จนถึง “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .885 พิสัยของข้อมูลสำหรับแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง มีค่าอยู่ระหว่าง 34 -204 คะแนน ทั้งนี้ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองโดยรวมมากกว่าผู้ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ พิสัยของข้อมูลมีค่าอยู่ระหว่าง 11-66 คะแนน

แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ พิสัยของข้อมูลมีค่าอยู่ระหว่าง 16-96 คะแนน

แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ พิสัยของข้อมูลมีค่าอยู่ระหว่าง 7-42 คะแนน

**ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย**

(0) เมื่อเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ฉันมารับการตรวจรักษาจากแพทย์

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบ่อยมาก | ปฏิบัติบ่อย | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆ ครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |

(00) ฉันหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบ่อยมาก | ปฏิบัติบ่อย | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆ ครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ“ปฏิบัติเป็นประจำ” ถึง “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิต**

(0) ฉันร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับสถานสงเคราะห์คนชรา

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบ่อยมาก | ปฏิบัติบ่อย | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆ ครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |

(00) ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ฉันเกิดความเครียด

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบ่อยมาก | ปฏิบัติบ่อย | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆ ครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ“ปฏิบัติเป็นประจำ” ถึง “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบ

จะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**ตัวอย่างแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม**

(0) เมื่อมีโอกาส ฉันจะช่วยงานเจ้าหน้าที่ในส่วนที่ฉันสามารถทำได้

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบ่อยมาก | ปฏิบัติบ่อย | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆ ครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |

(00) ฉันให้คำแนะนำแก่เพื่อนที่ปฏิบัติผิดระเบียบของสถานสงเคราะห์คนชรา

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| ปฏิบัติเป็นประจำ | ปฏิบัติบ่อยมาก | ปฏิบัติบ่อย | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆ ครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 6 ถึง 1จากคำตอบ“ปฏิบัติเป็นประจำ” ถึง “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**ตอนที่ 3 แบบวัดความกรุณาต่อตนเอง**

การวัดความกรุณาต่อตนเองวัดได้จากแบบวัดความกรุณาต่อตนเองจากงานวิจัยของวัชราวดี บุญสร้างสม (2556) มาปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดตามนิยามศัพท์ปฏิบัติการเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานในผู้สูงอายุและบริบทของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 พิสัยของข้อมูลสำหรับแบบวัดความกรุณาต่อตนเองมีค่าอยู่ระหว่าง 26 - 156 คะแนน ทั้งนี้ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความกรุณาต่อตนเองมากกว่าผู้ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**ตัวอย่างแบบวัดความกรุณาต่อตนเอง**

(0) เมื่อมีความยุ่งยากเกิดขึ้น ฉันจะไม่กล่าวโทษตนเอง

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

(00) เมื่อเกิดปัญหาหรือมีความยุ่งยากต่างๆ เกิดขึ้น ฉันมักจะโทษตัวเอง

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบจะได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ “ จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยสำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความกรุณาต่อตนเองมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย

**ตอนที่ 4 แบบวัดการมองโลกในแง่ดี**

การวัดการมองโลกในแง่ดี ผู้วิจัยใช้แบบวัดการมองโลกในแง่ดีที่พัฒนาจากงานวิจัยของกนกอร เนตรชู (2561) ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรประเมินรวมค่า มี 6 หน่วย จาก “ไม่จริงเลย” ถึง “จริงที่สุด” ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ภายหลังการหาคุณภาพเครื่องมือ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .775 พิสัยของข้อมูลสำหรับ แบบวัดความกรุณาต่อตนเองมีค่าอยู่ระหว่าง 11 - 66 คะแนน ทั้งนี้ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความกรุณาต่อตนเองมากกว่าผู้ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**ตัวอย่างแบบวัดการมองโลกในแง่ดี**

(0) เมื่อฉันมีปัญหา ฉันหวังว่าจะมีคนให้กำลังใจ

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

(00) ฉันคาดหวังว่าจะมีเรื่องดีเกิดขึ้นกับฉันมากกว่าเรื่องไม่ดีได้

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ“จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบจะได้คะแนน

ทิศทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีสูง ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดต่ำ แสดงว่ามีการมองโลกในแง่ดีต่ำ

**ตอนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง**

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยปรับมาจากแบบสอบถามจากงานวิจัยของณหทัย ไทรสรสวัสดิ์ (2561) มาปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดตามนิยามศัพท์ปฏิบัติการเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานในผู้สูงอายุและบริบทของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ภายหลังการหาคุณภาพเครื่องมือ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 พิสัยของข้อมูลสำหรับแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าอยู่ระหว่าง 8-48 คะแนน ทั้งนี้ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าผู้ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**ตัวอย่างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง**

(0) ฉันสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายเหมือนคนอื่นๆ

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

(00) เมื่อเกิดเรื่องไม่สบายใจ ฉันสามารถผ่อนคลายความตึงเครียดนั้นได้ด้วยตนเอง

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**ตอนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม**

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยปรับมาจากแบบสอบถามจากงานวิจัยของวิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ (2551) มาปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดตามนิยามศัพท์ปฏิบัติการเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานในผู้สูงอายุและบริบทของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .796 พิสัยของข้อมูลสำหรับแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมมีค่าอยู่ระหว่าง 11-66 คะแนน ทั้งนี้ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**ตัวอย่างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม**

(0) เพื่อนในสถานสงเคราะห์สามารถรับฟังปัญหาของฉันได้

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

(00) สถานสงเคราะห์จัดเครื่องมือที่เหมาะสมในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ เช่น รถเข็น ไม้เท้าพยุงเดิน

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ“จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อยกว่า

**ตอนที่ 7 แบบวัดการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา**

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราตามนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานในผู้สูงอายุและบริบทของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรามีลักษณะมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 พิสัยของข้อมูลสำหรับแบบวัดการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามีค่าอยู่ระหว่าง 10-60 คะแนน ทั้งนี้ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามากกว่าผู้ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**ตัวอย่างการวัดการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา**

(0) ผู้สูงอายุไม่สามารถเล่นการพนันในสถานสงเคราะห์คนชราได้

| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

(00) ผู้สูงอายุไม่สามารถดื่มสุราได้

| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|---|---|
| จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 6 ถึง 1 จากคำตอบ“จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีผู้ที่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสถานสงเคราะห์มากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อยกว่า

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้ต้องผ่านการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยหมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC/E/G- 335/2563E ลงวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2563 ว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงทำหนังสือขออนุญาตแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ต้นสังกัดของสถานสงเคราะห์คนชรา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการเก็บข้อมูลโดยการเก็บข้อมูลจะต้องมีข้อชี้แจงที่ระบุไว้ในชุดแบบสอบถามอย่างชัดเจนว่าผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ในการให้ข้อมูลโดยสมัครใจ และข้อมูลนั้นจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายผลหรือเผยแพร่จะกระทำใน ภาพรวมสำหรับการนำเสนอในรูปผลงานการวิจัยเท่านั้น

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขอใบรับรองการทำวิจัยในมนุษย์จากสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2. ขอหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย และติดต่อสถานสงเคราะห์คนชราสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักศึกษา

3. ชี้แจงแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ประสานงานของแต่ละสถานสงเคราะห์คนชรา โดยชี้แจ้งว่าหากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

3.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองและปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมจากหัวหน้าโครงการ ซึ่งเป็นแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว

3.2 ขอให้จะมีผู้อ่านแบบทดสอบให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง ผู้วิจัยคิดอย่างละเอียดและตอบคำถามให้ครบทุกข้อ หากมีข้อสงสัยสามารถซักถามผู้วิจัยได้

3.3 หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อหน้าที่การปฏิบัติงานใดๆ ของท่าน

3.4 ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจะให้นักสังคมสงเคราะห์ของแต่ละสถานสงเคราะห์คนชราเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างฟัง โดยมีแผ่นระดับคะแนนให้ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกระดับตามแต่ละมาตรของแบบสอบถาม

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด

**การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล**

นำข้อมูลที่ได้มากำหนดรหัสและบันทึกข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม

2. วิเคราะห์หาค่า t (t-test for independent sample) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1.1 สมมติฐานข้อที่ 1.2 ใช้ One-way ANOVA

3. วิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) และเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

4. วิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเป็นขั้น (Stepwise) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

# บทที่ 4
# ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกัน 2) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างกลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านบุคคลและกลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองที่มีลักษณะชีวสังคมต่าง ๆ 3) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายและค้นหาตัวทำนายที่สำคัญของปัจจัยด้านบุคคลและด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง โดยมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ปัจจัยด้านบุคคล คือ ความกรุณาต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถตนเอง ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา และลักษณะทางชีวสังคม คือ เพศ และอายุ โดยมีการทดสอบสมมติฐาน 3 ข้อ

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทนี้เป็นการนำเสนอผลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้จำนวน 3 ข้อ โดยมีลำดับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

ตอนที่ 2 ผลวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

**สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

| | |
|---|---|
| n | แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง |
| $\bar{x}$ | แทน ค่าเฉลี่ย |
| Range | แทน พิสัย |
| SD | แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
| R | แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน |
| F | แทน ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบเอฟ (F-distribute) |
| t | แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ในการแจกแจงแบบที (t-distribute) |
| B | แทน ความชันหรือสัมประสิทธิ์ถดถอย |
| $\beta$ | แทน สัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน |
| $R^2$ | แทน ค่าทำนาย |

**ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา**

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้คือผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจำนวน 8 แห่ง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน ผู้วิจัยนำเสนอจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

| ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (n) | ร้อยละ (%) |
|---|---|---|
| เพศ (n=160) | | |
| ชาย | 53 | 33.1 |
| หญิง | 107 | 66.9 |
| อายุ (n=160) | | |
| 60 – 69 ปี | 47 | 29.4 |
| 70 - 79 ปี | 70 | 43.8 |
| 80 ปีขึ้นไป | 43 | 26.9 |
| ระยะเวลาที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ (n=160) | | |
| 6 เดือน – 2 ปี | 38 | 23.8 |
| 2 ปี 1 วัน – 4 ปี | 33 | 20.6 |
| 4 ปี 1 วัน - 6 ปี | 32 | 20.0 |
| 6 ปี 1 วัน – 8 ปี | 13 | 8.1 |
| 8 ปี 1 วัน ขึ้นไป | 44 | 27.5 |
| ศาสนา (n=160) | | |
| ศาสนาพุทธ | 155 | 96.9 |
| ศาสนาคริสต์ | 5 | 3.1 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน (n) | ร้อยละ (%) |
|---|---|---|
| สถานสงเคราะห์คนชราที่เข้ารับบริการ (n=160) | | |
| สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัด | 20 | 12.5 |
| นครสวรรค์ | 20 | 12.5 |
| สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง | 20 | 12.5 |
| สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง – พนังตัก จังหวัด | 20 | 12.5 |
| ชุมพร | 20 | 12.5 |
| สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม | | |
| สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หล่องพ่อเปิ่น อุปถัมภ์) จังหวัดนครปฐม | 20 | 12.5 |
| สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา | 20 | 12.5 |
| สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์วัดม่วง จังหวัด นครราชสีมา | 20 | 12.5 |
| สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำใย อุปถัมภ์) จังหวัดกาญจนบุรี | | |
| ระดับการศึกษา (n=160) | | |
| ประถมศึกษา | 111 | 69.4 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 25 | 15.6 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. | 7 | 4.4 |
| อนุปริญญา/ปวส. | 4 | 2.5 |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 4 | 2.5 |
| ไม่ได้เข้าศึกษา | 9 | 5.6 |

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 160 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 66.9 และรองลงมาเป็นเพศชายมีจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 33.1 นอกจากนี้มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 47 คน

คิดเป็นร้อยละ 29.4 อายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 และอายุ 80 ปี ขึ้นไป จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 26.9 โดยเมื่อแยกตามระยะเวลาที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นระยะเวลามากกว่า 8 ปีขึ้นไป จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาระยะเวลาระหว่าง 6 เดือน – 2 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 23.8, ระยะเวลาระหว่าง 2 ปี 1 วัน – 4 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 20.6, ระยะเวลาระหว่าง4 ปี 1 วัน - 6 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0, ระยะเวลาระหว่าง 6 ปี 1 วัน – 8 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1, ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 69.4, มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6, มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ,อนุปริญญา/ปวส. จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5, ปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 และไม่ได้เข้าศึกษา จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 และนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 96.9 และศาสนาคริสต์ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.1

**สถิติข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา**

สถิติข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ความกรุณาต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา

ตาราง 2 จำนวนร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลพื้นฐานจากตัวแปรที่ศึกษาทั้งในภาพรวมและกลุ่มสูงกลุ่มต่ำ

| ตัวแปรที่ศึกษา | จำนวน | ร้อยละ | ค่าสูงสุด | ค่าต่ำสุด | พิสัย | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | (n) | (%) | max | min | Range | $\bar{x}$ | SD |
| 1. พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | 160 | 100 | 195 | 96.00 | 99.00 | 144.27 | 21.20 |
| ด้านร่างกาย | 160 | 100 | 66.00 | 32.00 | 34.00 | 50.51 | 6.76 |
| ด้านจิตใจ | 160 | 100 | 95.00 | 43.00 | 52.00 | 67.04 | 9.99 |
| ด้านสังคม | 160 | 100 | 42.00 | 10.00 | 32.00 | 26.72 | 7.85 |
| ปัจจัยภายในบุคคล | | | | | | | |
| 2. ความกรุณาต่อตนเอง | 160 | 100 | 156.00 | 79.00 | 77.00 | 110.10 | 15.83 |
| กลุ่มต่ำ | 86 | 53.80 | 110.00 | 79.00 | 31.00 | 98.13 | 7.30 |
| กลุ่มสูง | 74 | 46.20 | 156.00 | 111.00 | 45.00 | 124.21 | 10.91 |
| 3. การมองโลกในแง่ดี | 160 | 100 | 66.00 | 27.00 | 39.00 | 51.12 | 6.02 |
| กลุ่มต่ำ | 88 | 55.00 | 51.00 | 27.00 | 24.00 | 46.84 | 3.78 |
| กลุ่มสูง | 72 | 45.00 | 66.00 | 52.00 | 14.00 | 56.36 | 3.63 |
| 4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง | 160 | 100 | 42.00 | 18.00 | 24.00 | 34.42 | 3.93 |
| กลุ่มต่ำ | 74 | 46.3 | 34.00 | 18.00 | 16.00 | 32.00 | 3.40 |
| กลุ่มสูง | 86 | 53.8 | 42.00 | 35.00 | 7.00 | 37.06 | 1.93 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ตัวแปรที่ศึกษา | จำนวน | ร้อยละ | ค่าสูงสุด | ค่าต่ำสุด | พิสัย | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | (n) | (%) | max | min | Range | $\bar{x}$ | SD |
| ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม | | | | | | | |
| 5. การสนับสนุนทางสังคม | 160 | 100 | 59.00 | 22.00 | 37.00 | 40.90 | 13.40 |
| กลุ่มต่ำ | 78 | 48.8 | 36.00 | 22.00 | 14.00 | 27.51 | 3.11 |
| กลุ่มสูง | 82 | 51.2 | 59.00 | 46.00 | 13.00 | 53.63 | 2.60 |
| 6. การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | 160 | 100 | 60.00 | 24.00 | 36.00 | 40.90 | 9.29 |
| กลุ่มต่ำ | 61 | 38.10 | 50.00 | 24.00 | 26.00 | 40.85 | 8.72 |
| กลุ่มสูง | 99 | 61.90 | 60.00 | 51.00 | 9.00 | 55.71 | 2.92 |

จากตาราง 2 การแสดงค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา พบว่าตัวแปรพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 144.27 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 21.20 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองออกเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.51 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.76 พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.04 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.99 และพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.72 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.85

ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความกรุณาต่อตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 110.10 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 15.83 การมองโลกในแง่ดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.12 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.02 การรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.42 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.93 และปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.90 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.40 และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.85 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.29

**ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน**

**2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมและรายด้านที่มีเพศแตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1.1 โดยผลการทดสอบดังต่อไปนี้**

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ที่มีเพศแตกต่าง

| ลักษณะทางชีวสังคม | พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | $\bar{x}$ | SD | T | P-value |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 53 | 134.06 | 17.37 | 4.86 | .012* |
| หญิง | 107 | 149.34 | 21.17 | | |

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 3 พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเท่ากับ 149.34 จึงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงกว่าเพศชายที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเท่ากับ 134.06

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย ที่มีเพศแตกต่าง

| ลักษณะทางชีวสังคม | พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | $\bar{x}$ | SD | T | P-value |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 53 | 48.64 | 6.29 | 2.573 | .011* |
| หญิง | 107 | 51.44 | 6.81 | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 4 พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายเท่ากับ 51.44 จึงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายสูงกว่าเพศชายที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายเท่ากับ 48.64

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ ที่มีเพศแตกต่าง

| ลักษณะทางชีวสังคม | พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | $\bar{x}$ | SD | T | P-value |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 53 | 63.15 | 9.32 | 3.656 | .000** |
| หญิง | 107 | 68.97 | 9.78 | | |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

จากตาราง 5 พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจเท่ากับ 68.97 จึงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจสูงกว่าเพศชายที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจเท่ากับ 63.15

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม ที่มีเพศแตกต่าง

| ลักษณะทางชีวสังคม | พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | $\bar{x}$ | SD | T | P-value |
| เพศ | | | | | |
| ชาย | 53 | 22.26 | 4.96 | 6.42 | .000** |
| หญิง | 107 | 28.92 | 8.10 | | |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

จากตาราง 6 พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมเท่ากับ 28.92 จึงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมสูงกว่าเพศชายที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมเท่ากับ 22.26

**2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมและรายด้านที่มีอายุแตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1.2 โดยมีผลการทดสอบดังต่อไปนี้**

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนที่มีอายุแตกต่างกัน

| ลักษณะทางชีวสังคม | พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | P-value |
| อายุ | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 710.47 | 2 | 355.238 | | |
| ภายในกลุ่ม | 70763.425 | 157 | 45.825 | .788 | .456 |
| รวม | 71473.900 | | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 7 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนด้านร่างกายที่มีอายุแตกต่างกัน

| ลักษณะทางชีวสังคม | พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | P-value |
| อายุ | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 65.461 | 2 | 32.730 | | |
| ภายในกลุ่ม | 7194.514 | 157 | 45.825 | .714 | .491 |
| รวม | 7259.975 | | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายไม่แตกต่างกัน

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนด้านจิตใจ ที่มีอายุแตกต่างกัน

| ลักษณะทางชีวสังคม | พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | P-value |
| อายุ | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 175.276 | 2 | 87.638 | | |
| ภายในกลุ่ม | 15697.417 | 157 | 99.984 | .877 | .418 |
| รวม | 15872.694 | | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจไม่แตกต่างกัน

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนด้านสังคมที่มีอายุแตกต่างกัน

| ลักษณะทางชีวสังคม | พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | P-value |
| อายุ | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 58.982 | 2 | 438.13 | | |
| ภายในกลุ่ม | 9747.362 | 157 | 100.44 | .788 | .456 |
| รวม | 9806.344 | | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมไม่แตกต่างกัน

**2.3 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีมากและมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น ๆ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2.1**

ตาราง 11 ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

| กลุ่ม | จำนวนคน | ค่าสถิติเอฟ (F) | | | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | | การมองโลกในแง่ดี (ก) | การสนับสนุนทางสังคม (ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 49.58** | 11.24** | < 1 | .38 |
| 2. เพศชาย | 53 | 12.58** | 1.15 | 1.93 | .17 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 22.91** | 8.74** | < 1 | .54 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 6.64* | 14.34** | 2.10 | .15 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 16.19** | 3.44 | < 1 | .99 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 43.64** | < 1 | < 1 | .70 |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 20.01** | 1.83 | 1.90 | .17 |
| 2. เพศชาย | 53 | 1.62 | < 1 | < 1 | .73 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 13.39** | 1.44 | 2.12 | .15 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 2.61 | 3.59 | 1.13 | .29 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 5.50* | < 1 | < 1 | .76 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 17.28** | < 1 | 1.72 | .19 |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง 11 ส่วนที่ 1 (ต่อ)

| กลุ่ม | จำนวนคน | ค่าสถิติเอฟ (F) การมองโลกในแง่ดี (ก) | การสนับสนุนทางสังคม (ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 33.29** | 20.51** | 1.94 | .17 |
| 2. เพศชาย | 53 | 12.03** | < 1 | 7.30** | .01 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 13.95** | 20.35** | < 1 | .53 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 2.34 | 21.11** | 2.89 | .10 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 14.57** | 5.72* | < 1 | .71 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 29.64** | < 1 | < 1 | .46 |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 47.47** | 3.33 | < 1 | .47 |
| 2. เพศชาย | 53 | 19.46** | 4.68* | < 1 | .50 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 18.85** | 1.37 | < 1 | .66 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 10.05** | 4.87* | < 1 | .56 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 13.10** | 1.36 | < 1 | .48 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 29.98** | < 1 | 1.29 | .26 |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง 11 ส่วนที่ 2

| กลุ่ม | ตัวแปร | การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | |
|---|---|---|---|
| | | **กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูง** | **กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ** |
| 1. กลุ่มรวม | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 155.88 | ต่ำ = 135.37 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 150.51 | ต่ำ = 140.75 |
| 2. เพศชาย | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 131.09 | ต่ำ = 131.09 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 142.87 | ต่ำ = 137.40 |
| 3.เพศหญิง | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 167.18 | ต่ำ = 139.33 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 153.77 | ต่ำ = 142.74 |
| 4.อายุระหว่าง 60-69 ปี | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 153.40 | ต่ำ = 139.28 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 156.71 | ต่ำ = 135.97 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 156.16 | ต่ำ = 137.97 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 151.26 | ต่ำ = 142.87 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 158.99 | ต่ำ = 127.29 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 143.02 | ต่ำ = 143.57 |

จากตาราง 11 ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง พิจารณาตามตัวแปรอิสระ 2 ตัวพร้อมกัน คือ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม 5 กลุ่ม (ตาราง 11 ส่วนที่ 1) พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ ในกลุ่มย่อยเพศชาย แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัว **ในกลุ่มรวม** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การมองโลกในแง่ดีหรือการสนับสนุนทางสังคม (ตาราง 11 ส่วนที่ 2 ) กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ (เปรียบเทียบ

ระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 155.88 กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 135.37) หรือผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 150.51 กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 140.75) (ตาราง 11 ส่วนที่ 2) ในกลุ่มรวมพบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การมองโลกในแง่ดี หรือการสนับสนุนทางสังคม (ตาราง 11 ส่วนที่ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ พบในกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป หรือผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ พบในกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นรายด้านพบรายละเอียดดังนี้

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การมองโลกในแง่ดี กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ในกลุ่มรวม เพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 80ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนการสนับสนุนทางสังคม พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายไม่แปรปรวนไปตามตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ** พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างการมองโลกในแง่ดีแลการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มย่อย 1 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ในกลุ่มเพศชาย** เมื่อนำค่าเฉลี่ยของ 4 กลุ่มที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe ดังตารางที่ 12

ตาราง 12 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ เมื่อพิจารณาการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มเพศชาย จำนวน 53 คน

| การมองโลกในแง่ดี | การสนับสนุนทางสังคม | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>74.50 | 12<br>66.06 | 11<br>57.88 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 8 | 22 | 68.12 | 6.38 | 2.06 | 10.24* |
| สูง | ต่ำ | 4 | 21 | 74.50 | | 8.44 | 16.62 |
| ต่ำ | สูง | 16 | 12 | 66.06 | | | 8.18* |
| ต่ำ | ต่ำ | 25 | 11 | 57.88 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 12 พบว่า ในกลุ่มเพศชาย ผู้สูงอายุเพศชายที่มีการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคมสูงเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีการมองโลกในแง่ดีและมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และผู้สูงอายุเพศชายที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำแต่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีการมองโลกในแง่ดีและมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำด้วยเช่นกัน โดยนอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีการมองโลกในแง่ดีและมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมต่ำที่สุด

และเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การมองโลกในแง่ดีหรือการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ในกลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 80ปี ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ในกลุ่มรวม เพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การมองโลกในแง่ดีหรือการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ในกลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 80ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ในกลุ่มรวม เพศชาย และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 3) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง พบในกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชายและกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

**2.4 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก และมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น ๆ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2.2**

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

| กลุ่ม | จำนวนคน | ค่าสถิติเอฟ (F) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (ก) | การสนับสนุนทางสังคม (ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 26.14** | 16.24** | < 1 | .82 |
| 2. เพศชาย | 53 | 18.70** | 3.88 | 1.69 | .20 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 8.86** | 14.25** | < 1 | .55 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 4.26* | 20.78** | 1.85 | .18 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 13.82** | 4.15* | < 1 | .39 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 8.66** | < 1 | < 1 | .77 |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านร่างกาย | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 18.00** | 3.04 | < 1 | .94 |
| 2. เพศชาย | 53 | 9.86** | < 1 | 3.13 | .08 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 7.16** | 3.37 | 1.21 | .27 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 7.26** | 4.35* | < 1 | .91 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 6.80* | < 1 | < 1 | .73 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 4.26* | < 1 | < 1 | .66 |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง 13 ส่วนที่ 1 (ต่อ)

| กลุ่ม | จำนวนคน | ค่าสถิติเอฟ (F) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (ก) | การสนับสนุนทางสังคม (ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านจิตใจ | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 18.65** | 26.32** | < 1 | .43 |
| 2. เพศชาย | 53 | 9.99** | 3.37 | < 1 | .65 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 6.46* | 24.74** | < 1 | .68 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | < 1 | 25.77** | < 1 | .44 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 9.57** | 7.17** | < 1 | .39 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 13.96** | < 1 | < 1 | .45 |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านสังคม | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 17.35** | 3.74 | 1.22 | .27 |
| 2. เพศชาย | 53 | 19.46** | 4.68* | < 1 | .50 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 5.07* | 5.18* | < 1 | .33 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 2.65 | 11.81** | 5.97 | .02* |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 11.96** | 1.39 | < 1 | .37 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 2.76 | < 1 | < 1 | .71 |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง 13 ส่วนที่ 2

| กลุ่ม | ตัวแปร | การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | |
|---|---|---|---|
| | | **กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูง** | **กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ** |
| 1. กลุ่มรวม | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 151.18 | ต่ำ = 135.68 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 149.54 | ต่ำ = 137.32 |
| 2. เพศชาย | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 143.95 | ต่ำ = 126.23 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 139.12 | ต่ำ = 131.05 |
| 3.เพศหญิง | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 153.19 | ต่ำ = 142.19 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 155.29 | ต่ำ = 140.64 |
| 4.อายุระหว่าง 60-69 ปี | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 150.13 | ต่ำ = 138.92 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 159.91 | ต่ำ = 132.15 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 152.57 | ต่ำ = 135.93 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 148.81 | ต่ำ = 139.69 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 151.43 | ต่ำ = 131.98 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 143.15 | ต่ำ = 140.26 |

จากตาราง 13 จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง พิจารณาตามตัวแปรอิสระ 2 ตัวพร้อมกัน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม 5 กลุ่ม (ตาราง 13 ส่วนที่ 1) พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม ในกลุ่มย่อย กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัว **ในกลุ่มรวม** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การรับรู้

ความสามารถของตนเอง หรือการสนับสนุนทางสังคม (ตาราง 13 ส่วน 1) กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 151.18 กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 135.68) หรือผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมต่ำ (เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 149.54 กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 137.32) (ตาราง 13 ส่วนที่ 2) ในกลุ่มย่อยพบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง หรือการสนับสนุนทางสังคม (ตาราง 13 ส่วนที่ 1) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ พบในกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป หรือผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ พบในกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นรายด้าน พบรายละเอียดดังนี้

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำในกลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 80ปี ขึ้นไป ส่วนผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ในกลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี

และผู้ที่มีอายุมากกว่า 80ปี ขึ้นไป ส่วนผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ในกลุ่มรวม เพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม** พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มย่อย 1 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี** เมื่อนำค่าเฉลี่ยของ 4 กลุ่มที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe ดังตารางที่ 14

ตาราง 14 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 47 คน

| การรับรู้ความสามารถของตนเอง | การสนับสนุนทางสังคม | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>28.36 | 12<br>32.14 | 11<br>19.85 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 16 | 22 | 30.44 | 2.08 | 1.70 | 10.59* |
| สูง | ต่ำ | 11 | 21 | 28.36 | | 3.78 | 8.51 |
| ต่ำ | สูง | 7 | 12 | 32.14 | | | 12.29* |
| ต่ำ | ต่ำ | 13 | 11 | 19.85 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 14 พบว่า ในกลุ่มเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปีและมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสูงเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปีและมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสูงต่ำ 2)ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปีมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำและการสนับสนุนทางสังคมสูงเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปีและมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการ

สนับสนุนทางสังคมสูงต่ำด้วยเช่นกัน โดยนอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสูงต่ำเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมต่ำที่สุด

และเมื่อคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ในกลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ส่วนผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ในเพศหญิง เพศชาย และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงพบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง พบในกลุ่มย่อย 1 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง พบในกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

**2.5 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองมากและมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น ๆ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2.3**

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเมื่อพิจารณาตามตัวแปรความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

| กลุ่ม | จำนวนคน | ค่าสถิติเอฟ (F) ความกรุณาต่อตนเอง (ก) | การสนับสนุนทางสังคม (ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | < 1 | 3.26 | 5.67* | .02 |
| 2. เพศชาย | 53 | 7.91** | < 1 | - | - |
| 3. เพศหญิง | 107 | < 1 | 3.68 | 4.35* | .04 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | < 1 | 4.54* | 1.24 | .27 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 13.26** | 2.22 | - | - |
| 6. อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 2.22 | < 1 | - | - |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 2.11 | 6.81** | 13.37** | .00 |
| 2. เพศชาย | 53 | 6.62* | 1.13 | - | - |
| 3. เพศหญิง | 107 | 2.60 | 6.17* | 10.22** | .00 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | < 1 | 3.55 | 7.98** | .00 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 9.04** | 3.01 | - | - |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | < 1 | < 1 | - | - |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง 15 ส่วนที่ 1 (ต่อ)

| กลุ่ม | จำนวนคน | ค่าสถิติเอฟ (F) ความกรุณาต่อตนเอง (ก) | การสนับสนุนทางสังคม (ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | < 1 | 3.16 | 4.87* | .03 |
| 2. เพศชาย | 53 | 7.99** | < 1 | - | - |
| 3. เพศหญิง | 107 | < 1 | 4.08* | 3.58 | .06 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | < 1 | 4.74* | < 1 | .42 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 15.90** | 2.13 | - | - |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 2.79 | < 1 | - | - |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 1.11 | < 1 | < 1 | .71 |
| 2. เพศชาย | 53 | < 1 | < 1 | - | - |
| 3. เพศหญิง | 107 | < 1 | < 1 | < 1 | .66 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | < 1 | 1.48 | < 1 | .61 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 3.76 | < 1 | - | - |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 1.20 | < 1 | - | - |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตางราง 15 ส่วนที่ 2

| กลุ่ม | ตัวแปร | การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | |
|---|---|---|---|
| | | กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูง | กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ |
| 1. กลุ่มรวม | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 134.85 | ต่ำ = 132.85 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 142.85 | ต่ำ = 124.75 |
| 2. เพศชาย | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 146.11 | ต่ำ = 127.05 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 135.97 | ต่ำ = 128.27 |
| 3.เพศหญิง | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 136.28 | ต่ำ = 139.26 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 148.45 | ต่ำ = 127.09 |
| 4.อายุระหว่าง 60-69 ปี | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 136.06 | ต่ำ = 139.06 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 152.09 | ต่ำ = 123.06 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 157.19 | ต่ำ = 132.36 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 141.59 | ต่ำ = 138.73 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 149.53 | ต่ำ = 133.09 |
| | การสนับสนุนทางสังคม | สูง = 140.43 | ต่ำ = 134.86 |

จากตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุ พิจารณาตามตัวแปรอิสระ 2 ตัวพร้อมกัน คือ ความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม 5 กลุ่ม (ตาราง 15 ส่วนที่ 1) พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 1 กลุ่ม คือ เพศหญิง และพบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 60-67 ปี และพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ แปรปรวนไปตาม

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มรวม และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของกลุ่มรวมและกลุ่มเพศหญิงที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe พบรายละเอียดดังนี้

1. **ในกลุ่มรวม** พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำและการสนับสนุนทางสังคมสูงและผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงและการสนับสนุนสังคมต่ำเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด

ตาราง 16 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 160 คน

| ความกรุณาต่อตนเอง | การสนับสนุนทางสังคม | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>114.00 | 12<br>130.00 | 11<br>135.70 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 73 | 22 | 155.49 | 41.49 | 25.49* | 19.79 |
| สูง | ต่ำ | 1 | 21 | 114.00 | | 16.00 | 21.70 |
| ต่ำ | สูง | 9 | 12 | 130.00 | | | 5.70 |
| ต่ำ | ต่ำ | 77 | 11 | 135.70 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. **ในกลุ่มเพศหญิง** พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงและได้รับการสนับสนุนสังคมต่ำเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำนวนแตกต่างกันมากจึงไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้

ตาราง 17 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศหญิง จำนวน 107 คน

| ความกรุณาต่อตนเอง | การสนับสนุนทางสังคม | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>114.00 | 12<br>138.18 | 11<br>140.18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 55 | 22 | 158.56 | 44.56* | 20.23* | 18.38 |
| สูง | ต่ำ | 1 | 21 | 114.00 | | 24.18 | 26.18 |
| ต่ำ | สูง | 3 | 12 | 138.18 | | | 1.85 |
| ต่ำ | ต่ำ | 48 | 11 | 140.18 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัว **ในกลุ่มรวม** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ ความกรุณาต่อตนเองหรือการสนับสนุนทางสังคม (ตาราง 14 ส่วน 1) กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำ (เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 134.85 กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 132.85) หรือผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 142.85 กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 124.75) (ตาราง 14 ส่วนที่ 2) ในกลุ่มย่อยพบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ ความกรุณาต่อตนเองหรือการสนับสนุนทางสังคม (ตาราง 14 ส่วนที่ 1) ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำ พบในกลุ่มย่อย 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี หรือผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ พบในกลุ่มย่อย 1 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นรายด้าน พบรายละเอียดดังนี้

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย** จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุ 60 -69 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของ 4 กลุ่มที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe พบรายละเอียดดังนี้

1. **ในกลุ่มรวม** พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำและการสนับสนุนทางสังคมสูง และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงและการสนับสนุนทางสังคมต่ำเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายต่ำที่สุด

ตาราง 18 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวม จำนวน 160 คน

| ความกรุณาต่อตนเอง | การสนับสนุนทางสังคม | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>32.00 | 12<br>45.55 | 11<br>49.05 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 73 | 22 | 52.92 | 20.92 | 7.37* | 3.87 |
| สูง | ต่ำ | 1 | 21 | 32.00 | | 13.55 | 17.05 |
| ต่ำ | สูง | 9 | 12 | 45.55 | | | 3.5 |
| ต่ำ | ต่ำ | 77 | 11 | 49.05 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. **ในกลุ่มเพศหญิง** พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงและการสนับสนุนทางสังคมต่ำเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายต่ำที่สุด

ตาราง 19 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มเพศหญิง จำนวน 107 คน

| ความกรุณาต่อตนเอง | การสนับสนุนทางสังคม | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>32.00 | 12<br>47.33 | 11<br>50.00 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 55 | 22 | 53.27 | 21.27* | 5.94 | 3.27 |
| สูง | ต่ำ | 1 | 21 | 32.00 | | 15.33 | 18.00* |
| ต่ำ | สูง | 3 | 12 | 47.33 | | | 2.67 |
| ต่ำ | ต่ำ | 48 | 11 | 50.00 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

**3. ในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี** พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงและการสนับสนุนทางสังคมต่ำเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายต่ำที่สุด

ตาราง 20 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 47 คน

| ความกรุณาต่อตนเอง | การสนับสนุนทางสังคม | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>32.00 | 12<br>44.00 | 11<br>48.22 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 22 | 22 | 53.14 | 21.14* | 9.14 | 4.92 |
| สูง | ต่ำ | 1 | 21 | 32.00 | | 12.00 | 16.22 |
| ต่ำ | สูง | 1 | 12 | 44.00 | | | 4.22 |
| ต่ำ | ต่ำ | 23 | 11 | 48.22 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

และเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย มาวิเคราะห์ไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ ความกรุณาต่อตนเองหรือการสนับสนุนทาง

สังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำในกลุ่มเพศชาย และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ส่วนผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำในกลุ่มรวม และเพศหญิง

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ** พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างความกรุณา ต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของ 4 กลุ่มที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe

พบว่า **ในกลุ่มรวม** ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำและการสนับสนุนทางสังคมสูง และผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงและการสนับสนุนทางสังคมต่ำเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจต่ำที่สุด

ตาราง 21 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจเมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มรวม จำนวน 160 คน

| ความกรุณาต่อตนเอง | การสนับสนุนทางสังคม | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>55.00 | 12<br>60.44 | 11<br>62.38 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 73 | 22 | 72.94 | 17.94 | 12.50* | 10.56 |
| สูง | ต่ำ | 1 | 21 | 55.00 | | 5.44 | 7.38 |
| ต่ำ | สูง | 9 | 12 | 60.44 | | | 1.94 |
| ต่ำ | ต่ำ | 77 | 11 | 62.38 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

และเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ มาวิเคราะห์ไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ ความกรุณาต่อตนเองหรือการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำในกลุ่มเพศชาย และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79

ปี ส่วนผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำในกลุ่มเพศหญิง และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมไม่แปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมสูง คือ 1) พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มย่อย 1 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง 2) ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเอง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 3) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเอง พบในกลุ่มย่อย 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 1 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง พบในกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชายและกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

**2.6 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีมากและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น ๆ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่** 2.4

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

| กลุ่ม | จำนวนคน | ค่าสถิติเอฟ (F) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | การมองโลกในแง่ดี(ก) | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา(ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | P-value |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 68.52** | 7.91** | < 1 | .78 |
| 2. เพศชาย | 53 | 18.28** | 9.55** | < 1 | .95 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 35.27** | 2.44 | < 1 | .83 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 13.61** | 7.77** | < 1 | .33 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 22.87** | < 1 | < 1 | .75 |
| 6. อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 45.21** | 4.27* | 2.16 | .15 |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านร่างกาย | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 26.49** | 3.77 | < 1 | .42 |
| 2. เพศชาย | 53 | 3.35 | 2.07 | < 1 | .49 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 17.70** | 1.15 | < 1 | .73 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 5.06* | 3.72 | < 1 | .58 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 8.10** | < 1 | < 1 | .46 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 14.43** | 1.49 | < 1 | .86 |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง 22 ส่วนที่ 1 (ต่อ)

| กลุ่ม | ค่าสถิติเอฟ (F) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวนคน | การมองโลกในแง่ดี(ก) | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา(ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | P-value |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านจิตใจ | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 54.49** | 4.95* | 1.60 | .20 |
| 2. เพศชาย | 53 | 13.92** | 10.14** | < 1 | .88 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 29.95** | < 1 | 1.14 | .29 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 7.65** | 4.53* | < 1 | .33 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 22.81** | < 1 | < 1 | .36 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 34.95** | 3.64 | < 1 | < 1 |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านสังคม | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 55.42** | 7.38** | 2.82 | .09 |
| 2. เพศชาย | 53 | 27.30** | 6.86* | 1.09 | .30 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 22.24** | 4.07* | 1.14 | .28 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 16.56** | 7.75** | < 1 | .46 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 15.99** | < 1 | 1.03 | .31 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 28.08** | 2.15 | 10.13** | .00 |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง 22 ส่วนที่ 2

| กลุ่ม | ตัวแปร | การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | |
|---|---|---|---|
| | | กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูง | กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ |
| 1. กลุ่มรวม | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 156.28 | ต่ำ = 132.76 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 148.51 | ต่ำ = 140.53 |
| 2. เพศชาย | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 147.67 | ต่ำ = 127.44 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 144.87 | ต่ำ = 130.24 |
| 3.เพศหญิง | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 158.25 | ต่ำ = 136.71 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 150.31 | ต่ำ = 144.65 |
| 4.อายุระหว่าง 60-69 ปี | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 153.85 | ต่ำ = 133.83 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 151.28 | ต่ำ = 135.40 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 157.78 | ต่ำ = 136.55 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 148.41 | ต่ำ = 145.92 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | การมองโลกในแง่ดี | สูง = 155.66 | ต่ำ = 127.16 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 145.79 | ต่ำ = 137.03 |

จากตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง พิจารณาตามตัวแปรอิสระ 2 ตัวพร้อมกัน คือ การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม 5 กลุ่ม

(ตาราง 22 ส่วนที่ 1) พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมในกลุ่มย่อยอายุ 80 ปีขึ้นไป แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัว **ในกลุ่มรวม** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การมองโลกในแง่ดีหรือการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา (ตาราง 22 ส่วน 1) กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ (เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 156.28 กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 133.76) หรือผู้สูงอายุที่มีรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ (เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 148.51 กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 140.53) (ตาราง 22 ส่วนที่ 2) ในกลุ่มย่อยพบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การมองโลกในแง่ดี หรือการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา (ตาราง 22 ส่วนที่ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ พบในกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป หรือผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ พบในกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นรายด้าน พบรายละเอียดดังนี้

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระ คือ การมองโลกในแง่ดี กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระ คือ การมองโลกในแง่ดีหรือการ

รับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 80ปี ขึ้นไป ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย และกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม** พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มย่อย 1 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของ 4 กลุ่มที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe

ตาราง 23 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม เมื่อพิจารณาการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา ในกลุ่มรวม จำนวน 43 คน

| มองโลกในแง่ดี | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>26.33 | 12<br>19.57 | 11<br>22.60 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 13 | 22 | 34.54 | 8.21* | 14.97* | 11.94* |
| สูง | ต่ำ | 6 | 21 | 26.33 | | 6.76 | 3.73 |
| ต่ำ | สูง | 14 | 12 | 19.57 | | | 3.03 |
| ต่ำ | ต่ำ | 10 | 11 | 22.60 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พบว่า 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปและมีการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปและมีการมองโลกในแง่ดีต่ำและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถาน

สงเคราะห์คนชราสูง 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปและมีการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปและมีการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปและมีการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปและมีการมองโลกในแง่ดีสูงและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ 4) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปและมีการมองโลกในแง่ดีต่ำและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมต่ำที่สุด

และเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระ คือ การมองโลกในแง่ดีหรือการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 80ปี ขึ้นไป ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย และกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

**2.7 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก และมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น ๆ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่** 2.5

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาตามตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

| กลุ่ม | จำนวนคน | ค่าสถิติเอฟ (F) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | การรับรู้ความสามารถของตนเอง (ก) | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา(ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | P-value |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 38.43** | 4.12* | 1.21 | .27 |
| 2. เพศชาย | 53 | 25.26** | 8.58** | < 1 | .65 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 15.52** | 1.93 | 1.81 | .18 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 7.47** | 7.77** | 3.07 | .08 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 17.75** | < 1 | < 1 | .91 |
| 6. อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 9.48** | < 1 | < 1 | .97 |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านร่างกาย | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 23.28** | 2.34 | < 1 | .36 |
| 2. เพศชาย | 53 | 11.50 | 3.02 | < 1 | .56 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 10.08** | < 1 | < 1 | .42 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 8.95** | 3.26 | < 1 | .36 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 8.46** | < 1 | < 1 | .84 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 3.76 | < 1 | < 1 | .77 |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง 24 ส่วนที่ 1 (ต่อ)

| กลุ่ม | จำนวนคน | ค่าสถิติเอฟ (F) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (ก) | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา(ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านจิตใจ | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 33.56** | 2.91 | 2.93 | .09 |
| 2. เพศชาย | 53 | 15.50** | 8.57** | < 1 | .52 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 15.87** | < 1 | 2.96 | .09 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 3.91* | 5.66* | 5.50* | .02 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 14.40** | < 1 | < 1 | .64 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 16.30** | < 1 | < 1 | .90 |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านสังคม | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 21.55** | 3.35 | < 1 | .94 |
| 2. เพศชาย | 53 | 19.12** | 2.85 | < 1 | .59 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 6.98** | 3.86 | < 1 | .48 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 4.02 | 6.88* | < 1 | .49 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 13.49** | < 1 | < 1 | .61 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 3.12 | < 1 | < 1 | .84 |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง 24 ส่วนที่ 2

| กลุ่ม | ตัวแปร | การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | |
|---|---|---|---|
| | | กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูง | กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ |
| 1. กลุ่มรวม | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 152.71 | ต่ำ = 133.55 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 146.27 | ต่ำ = 139.99 |
| 2. เพศชาย | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 144.00 | ต่ำ = 124.24 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 139.88 | ต่ำ = 128.36 |
| 3.เพศหญิง | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 155.82 | ต่ำ = 140.01 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 150.71 | ต่ำ = 145.13 |
| 4.อายุระหว่าง 60-69 ปี | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 150.48 | ต่ำ = 134.10 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 150.64 | ต่ำ = 133.94 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 154.45 | ต่ำ = 135.13 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 145.29 | ต่ำ = 144.30 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | การรับรู้ความสามารถของตนเอง | สูง = 151.34 | ต่ำ = 131.79 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 144.05 | ต่ำ = 139.08 |

จากตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง พิจารณาตามตัวแปรอิสระ 2 ตัวพร้อมกัน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม 5 กลุ่ม (ตาราง 24 ส่วนที่ 1) พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่แปรปรวนไป

ตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ ในกลุ่มย่อยอายุระหว่าง 60-69 ปี แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัว **ในกลุ่มรวม** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง หรือการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา (ตาราง 24 ส่วน 1) กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 152.71 กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 133.55) หรือผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ (เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 146.27 กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 139.99) (ตาราง 24 ส่วนที่ 2) ในกลุ่มย่อยพบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา (ตาราง 24 ส่วนที่ 1) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ พบในกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป หรือผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ พบในกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย และกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นรายด้าน พบรายละเอียดดังนี้

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ** พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มย่อย 1 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของ 4 กลุ่มที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe

ตาราง 25 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา ในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 47 คน

| การรับรู้ความสามารถของตนเอง | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>70.60 | 12<br>69.37 | 11<br>56.20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 19 | 22 | 69.47 | 1.13 | .10 | 13.27* |
| สูง | ต่ำ | 10 | 21 | 70.60 | | 1.23 | 14.40* |
| ต่ำ | สูง | 8 | 12 | 69.37 | | | 13.17* |
| ต่ำ | ต่ำ | 10 | 11 | 56.20 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พบว่า 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่า

ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ 4) ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจต่ำที่สุด

และเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำในกลุ่มเพศชาย และกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย และกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย และกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี 2) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง พบในกลุ่มย่อย 1 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

**2.8 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองมากและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น ๆ สมมติฐานข้อที่ 2.6**

ตาราง 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาตามตัวแปรความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

| กลุ่ม | จำนวนคน | ค่าสถิติเอฟ (F) | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ความกรุณาต่อตนเอง (ก) | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา(ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | P-value |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 39.21** | 4.81* | < 1 | .61 |
| 2. เพศชาย | 53 | 23.54** | 2.74 | 6.05* | .018 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 17.90** | 2.43 | < 1 | .55 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 22.89** | 14.03** | < 1 | .42 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 19.64** | < 1 | - | .99 |
| 6. อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 3.14 | < 1 | < 1 | .95 |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านร่างกาย | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 12.35** | 3.04 | < 1 | .81 |
| 2. เพศชาย | 53 | 11.50** | 3.02 | < 1 | .56 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 3.56 | 1.52 | 1.09 | .29 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 5.87* | 5.54* | 1.10 | .30 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 7.44** | < 1 | < 1 | .72 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | < 1 | < 1 | < 1 | .73 |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง 26 ส่วนที่ 1 (ต่อ)

| กลุ่ม | จำนวนคน | ค่าสถิติเอฟ (F) ความกรุณาต่อตนเอง (ก) | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา(ข) | ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง (กXข) | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านจิตใจ | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 55.29** | 3.02 | < 1 | .48 |
| 2. เพศชาย | 53 | 17.54** | 4.08 | 1.75 | .19 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 32.64** | < 1 | < 1 | .80 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 25.28** | 9.98** | < 1 | .93 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 29.53** | < 1 | < 1 | .33 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 4.97* | < 1 | < 1 | .98 |
| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านสังคม | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 17.54** | 4.06* | < 1 | .78 |
| 2. เพศชาย | 53 | 11.53** | < 1 | 5.06* | .02 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 6.92** | 4.62* | < 1 | .74 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 13.25** | 11.40** | 1.41 | .24 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 6.63* | < 1 | < 1 | .41 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 2.12 | < 1 | < 1 | .67 |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01, * ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตาราง 26 ส่วนที่ 2

| กลุ่ม | ตัวแปร | การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | |
|---|---|---|---|
| | | กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยสูง | กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ |
| 1. กลุ่มรวม | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 153.95 | ต่ำ = 134.62 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 147.67 | ต่ำ = 140.90 |
| 2. เพศชาย | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 146.88 | ต่ำ = 126.10 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 140.03 | ต่ำ = 132.94 |
| 3.เพศหญิง | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 156.28 | ต่ำ = 139.97 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 151.13 | ต่ำ = 145.12 |
| 4.อายุระหว่าง 60-69 ปี | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 154.74 | ต่ำ = 129.74 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 151.90 | ต่ำ = 132.44 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 157.03 | ต่ำ = 136.97 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 147.49 | ต่ำ = 146.52 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | ความกรุณาต่อตนเอง | สูง = 158.44 | ต่ำ = 137.43 |
| | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | สูง = 154.78 | ต่ำ = 141.10 |

จากตาราง 26 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง พิจารณาตามตัวแปรอิสระ 2 ตัวพร้อมกัน คือ ความกรุณาต่อตนเอง และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม 5 กลุ่ม (ตาราง 26 ส่วนที่ 1) พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์

ระหว่างความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ในกลุ่มย่อยเพศชายแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมในกลุ่มย่อยเพศชายแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างความกรุณาต่อตนเอง และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราเช่นนี้ปรากฏใน 1 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย จึงนำค่าเฉลี่ยของ 4 กลุ่มที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe

ตาราง 27 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มเพศชาย จำนวน 53 คน

| ความกรุณาต่อตนเอง | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>148.60 | 12<br>134.90 | 11<br>117.28 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 13 | 22 | 145.15 | 3.45 | 10.25 | 27.87* |
| สูง | ต่ำ | 5 | 21 | 148.60 | | 13.70 | 31.31* |
| ต่ำ | สูง | 21 | 12 | 134.90 | | | 17.62* |
| ต่ำ | ต่ำ | 14 | 11 | 117.28 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พบว่า ในกลุ่มเพศชาย พบว่า1.1 ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเองและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง เป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเองและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ 1.2 ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเอง

และมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ 1.3 ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเพศชายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ 1.4 ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเองและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัว **ในกลุ่มรวม** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ ความกรุณาต่อตนเองหรือ การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา (ตาราง 26 ส่วน 1) กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำ (เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 153.95กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 134.62) หรือผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ (เปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มสูงเท่ากับ 147.67กับค่าเฉลี่ยกลุ่มต่ำเท่ากับ 140.90) (ตาราง 26 ส่วนที่ 2) ในกลุ่มย่อยพบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระทีละตัว คือ ความกรุณาต่อตนเองหรือการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา (ตาราง 26 ส่วนที่ 1) ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำ พบในกลุ่มย่อย 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี หรือผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมของผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ พบในกลุ่มย่อย 1 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นรายด้าน พบรายละเอียดดังนี้

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระ คือ ความกรุณาต่อตนเองหรือการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงจะมีพฤติกรรมดูแล

สุขภาวะตนเองด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ** พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระ คือ ความกรุณาต่อตนเองหรือการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม** พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราเช่นนี้ปรากฏใน 1 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย จึงนำค่าเฉลี่ยของ 4 กลุ่มที่แบ่งระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe

ตาราง 28 ผลการเปรียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม เมื่อพิจารณาความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราในกลุ่มเพศชาย จำนวน 53 คน

| ความกรุณาต่อตนเอง | การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา | จำนวนคน | รหัส | ค่าเฉลี่ย | 21<br>148.60 | 12<br>134.90 | 11<br>117.28 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| สูง | สูง | 13 | 22 | 145.15 | 3.45 | 10.25 | 27.87* |
| สูง | ต่ำ | 5 | 21 | 148.60 | | 13.70 | 31.31* |
| ต่ำ | สูง | 21 | 12 | 134.90 | | | 17.62* |
| ต่ำ | ต่ำ | 14 | 11 | 117.28 | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พบว่า ในกลุ่มเพศชาย พบว่า 1.1 ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเองและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง เป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเองและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ 1.2 ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเองและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ 1.3 ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเพศชายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ 1.4 ผู้สูงอายุเพศชายที่มีความกรุณาต่อตนเองและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำเป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด

และเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมแปรปรวนไปตามระดับของตัวแปรอิสระ คือ ความกรุณาต่อตนเองหรือการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำในกลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย และกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี 2) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง พบในกลุ่มย่อย 1 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง พบในกลุ่มย่อย 1 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมสูง คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 4 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี และกลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี 2) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี

**3. การทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง โดยใช้ตัวทำนายกลุ่มปัจจัยด้านบุคคล (ความกรุณาต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถของตนเอง) และกลุ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา)**

ตาราง 29 ข้อมูลเบื้องต้นในการทดสอบเป็นไปตามเงื่อนไขการวิเคราะห์สถิติการทดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression)

| ตัวแปร | Mean | SD | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 144.27 | 21.20 | 1.00 | .63** | .56** | .59** | .30 | .37** |
| 2 | 110.10 | 15.83 | | 1.00 | .49** | .41** | .10 | .61** |
| 3 | 51.12 | 6.02 | | | 1.00 | .38** | .12 | .17 |
| 4 | 35.52 | 4.54 | | | | 1.00 | .14 | .30 |
| 5 | 54.47 | 6.13 | | | | | 1.00 | .15 |
| 6 | 51.61 | 5.51 | | | | | | 1.00 |

** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

1 = พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง 2 = ความกรุณาต่อตนเอง 3 = การมองโลกในแง่ดี 4 = การรับรู้ความสามารถของตนเอง 5 = การสนับสนุนทางสังคม 6 = การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา

จากตาราง 29 พบผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression) พบว่า ตัวแปรปัจจัยด้านบุคคลและด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่าค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับที่ไม่เกิน .85 (Kline, 2005) จึงไม่ก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นพหุ (Multicollinearity) ทำให้ตัวแปรทั้งหมดสามารถนำมาวิเคราะห์ต่อไปได้

ตาราง 30 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและทดสอบนัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

| **พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง** | **จำนวนคน** | **ตัวทำนายที่สำคัญ** | $R^2$ | Adjusted $R^2$ | F | b | **β** | a | SE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 2,1,3 | .460 | .449 | 44.20 | 1.178,.453,1.039 | .335,.338,.193 | -1.596 | 15.73 |
| 2. เพศชาย | 53 | 1,3,2,5 | .618 | .586 | 19.42 | .460,1.296,.837,.383 | .363,.325,.242,.193 | -17.671 | 11.17 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 2,1 | .359 | .347 | 29.18 | 1.326,.428 | .393,.329 | 32.003 | 17.11 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 1,3 | .394 | .367 | 14.32 | .676,1.717 | .491,.282 | 9.928 | 18.11 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 1,2 | .415 | .398 | 23.80 | .570,1.220 | .415,.353 | 20.774 | 15.91 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 2 | .599 | .589 | 61.28 | 2.818 | .774 | -2.433 | 13.24 |
| **พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านร่างกาย** | | | | | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 3,1 | .205 | .195 | 20.21 | .490,.114 | .285,.267 | 21.119 | 6.06 |
| 2. เพศชาย | 53 | 1,3 | .262 | .233 | 8.88 | .150,.409 | .326,.283 | 19.368 | 5.52 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 2,3 | .154 | .137 | 9.45 | .279,.411 | .257,.213 | 22.493 | 6.33 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 3,4 | .252 | .217 | 7.39 | .588,.160 | .311,.307 | 23.218 | 6.26 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 1,3 | .200 | .176 | 8.39 | .130,.461 | .296,.253 | 20.927 | 5.93 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 2 | .304 | .287 | 17.91 | .660 | .551 | 16.177 | 5.74 |

ตาราง 30 (ต่อ)

| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | จำนวนคน | ตัวทำนายที่สำคัญ | $R^2$ | Adjusted $R^2$ | F | b | β | a | SE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านจิตใจ** | | | | | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 1,2,3 | .498 | 488 | 51.59 | .248,.533,.466 | .392,.321,.183 | -3.498 | 7.14 |
| 2. เพศชาย | 53 | 1,3,5,2 | .632 | .601 | 20.57 | .249,.757,.211,.404 | .366,.354,.199,.218 | -18.558 | 5.89 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 1,2 | .423 | .412 | 38.08 | .240,.602 | .399,.386 | 10.583 | 7.51 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 ปี | 47 | 1 | .338 | .323 | 22.99 | .391 | .582 | 23.545 | 9.14 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 ปี | 70 | 1,2 | .522 | .508 | 36.56 | .341,.554 | .519,.335 | 2.106 | 6.88 |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | 43 | 2,3 | .714 | .699 | 49.87 | .913,.736 | .578,.373 | -5.600 | 4.91 |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตัวทำนายลำดับที่ 1 = ความกรุณาต่อตนเอง 2 = การมองโลกในแง่ดี 3 = การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 = การสนับสนุนทางสังคม 5 = การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา

ตาราง 30 (ต่อ)

| พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง | จำนวนคน | ตัวทำนายที่สำคัญ | $R^2$ | Adjusted $R^2$ | F | b | β | a | SE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ด้านสังคม** | | | | | | | | | |
| 1. กลุ่มรวม | 160 | 2,1 | .293 | .283 | 32.56 | .505,.122 | .388,.246 | -12.537 | 6.64 |
| 2. เพศชาย | 53 | 2,4 | .432 | .410 | 19.05 | .566,.085 | .574,.236 | -8.928 | 3.81 |
| 3. เพศหญิง | 107 | 2,1 | .213 | .198 | 14.05 | .435,.106 | .336,.214 | -5.719 | 7.25 |
| 4. อายุระหว่าง 60 - 69 | 47 | 2,5 | .333 | .303 | 11.01 | .584,.316 | .468,.323 | -18.223 | 6.82 |
| ปี | 70 | 2 | .179 | .167 | 14.81 | .533 | .423 | -.538 | 6.83 |
| 5. อายุระหว่าง 70 – 79 | 43 | 2 | .404 | .389 | 27.79 | .916 | .636 | -20.911 | 6.39 |
| ปี | | | | | | | | | |
| 6.อายุ 80 ปี ขึ้นไป | | | | | | | | | |

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตัวทำนายลำดับที่ 1 = ความกรุณาต่อตนเอง 2 = การมองโลกในแง่ดี 3 = การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 = การสนับสนุนทางสังคม 5 = การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากตาราง 30 พบว่า ในกลุ่มรวม ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี ความกรุณาต่อตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 46.0 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรก คือ การมองโลกในแง่ดี (Beta = .396) รองลงมาคือ ความกรุณาต่อตนเอง (Beta = .335) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .193) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม 5 กลุ่ม พบว่า **1.ในกลุ่มเพศชาย** ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ความกรุณาต่อตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 61.8 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรก คือ ความกรุณาต่อตนเอง (Beta = .363) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .325) การมองโลกในแง่ดี (Beta = .242) และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา (Beta = .193) **2.ในกลุ่มเพศหญิง** ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี และความกรุณาต่อตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 35.9 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรก คือ การมองโลกในแง่ดี (Beta = .393) และความกรุณาต่อตนเอง (Beta = .329) **3.ในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี** ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความกรุณาต่อตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 39.4 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรก คือ ความกรุณาต่อตนเอง (Beta = .491) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .282) **4.ในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี** ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความกรุณาต่อตนเอง และการมองโลกในแง่ดี สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 41.5 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรก คือ ความกรุณาต่อตนเอง (Beta = .415) และการมองโลกในแง่ดี (Beta = .353) **5.ในกลุ่มที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป** ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 59.9 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรก คือ ความการมองโลกในแง่ดี (Beta = .774) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายด้าน พบรายละเอียดดังนี้

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกาย** พบว่าในกลุ่มรวม ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความกรุณาต่อตนเอง สามารถทำนาย

พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 20.5 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรก คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .285) และความกรุณาต่อตนเอง (Beta = .267) ตามลำดับ

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ** พบว่าในกลุ่มรวม ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความกรุณาต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 49.8 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรก คือ ความกรุณาต่อตนเอง (Beta = .392) รองลงมาคือ การมองโลกในแง่ดี (Beta = .321) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .183) ตามลำดับ

**พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม** พบว่าในกลุ่มรวม ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี และความกรุณาต่อตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 46.0 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรก คือ การมองโลกในแง่ดี (Beta = .388) และความกรุณาต่อตนเอง (Beta = .246) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปได้ว่า 1) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการทำนายมีทั้งหมด 3 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านบุคคล 3 ตัวแปร ความกรุณาต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) ความกรุณาต่อตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้มากที่สุดในกลุ่มเพศชาย ทำนายได้ร้อยละ 61.8

# บทที่ 5
# สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัจจัยด้านบุคคลและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นการวิจัยประเภทสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบ (Correlational – Comparative study) ศึกษาในกลุ่มของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ตลอดจนลักษณะทางชีวสังคม มีความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองที่เข้ารับบริการอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นในครั้งนี้มากน้อยเพียงใดและเพราะเหตุใด โดยความมุ่งหมายของการวิจัย 1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกัน 2. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างกลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านบุคคล และกลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองที่มีลักษณะชีวสังคมต่าง ๆ 3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายและค้นหาตัวทำนายที่สำคัญของปัจจัยทางจิตและด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง

วิธีการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนกับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจำนวน 160 คน ได้แก่ 1. กลุ่มภาคกลาง ได้แก่ 1.1 สถานสงเคราะห์คนชรานครปฐม จังหวัดนครปฐม 1.2 สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์) จังหวัดนครปฐม 1.3 สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไยอุปถัมภ์) จังหวัดกาญจนบุรี 1.4 สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์ 2.กลุ่มภาคเหนือ กลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกลุ่มภาคใต้ ได้แก่ 2.1 สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา 2.2 สถานสงเคราะห์คนชราโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา 2.3 สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอู่ทอง-พนังตัก จังหวัดชุมพร 2.4 สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดลักษณะทางชีวสังคม ตอนที่ 1 จำนวน 5 ข้อ แบบวัดเพื่อวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง และแบบวัดเพื่อวัดกับตัวแปรอิสระมีทั้งหมด 5 ตอน ได้แก่ แบบวัดความกรุณาต่อตนเอง แบบวัดการมองโลกในแง่ดี แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าอยู่ระหว่าง .74 ถึง .92

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 1) สถิติพื้นฐานใช้พรรณนาข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percent) พิสัย (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) 2) การวิเคราะห์ค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1.1 และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1.2 3) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way analysis of variance) มีกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพบการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่2 4) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น (Stepwise Multiple Regression analysis) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 3

**สรุปผลการวิจัย**

**สรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา**

กลุ่มผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 160 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 66.9 และรองลงมาเป็นเพศชายมีจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 33.1 นอกจากนี้มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 29.4 อายุระหว่าง 70-79 ปี จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 และอายุ 80 ปี ขึ้นไป จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 26.9

**อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน**

**สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีภูมิหลังต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านต่างกัน โดยมีสมมติฐานย่อย คือ**

1.1 **ผู้สูงอายุเพศแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมต่างกัน**

จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้งนี้เนื่องจากดุลยา จิตตะยโศธร (2551) กล่าวว่า บทบาททางเพศ เป็นบทบาทที่สังคมหนึ่งคาดหวังให้บุคคลเพศชายหรือเพศหญิงแสดงออกว่าเป็นชายหรือหญิง ซึ่งการกำหนดบทบาททางเพศ มี 2 ปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ และปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม โดยปัจจัยทางชีวภาพจะเป็นตัวกำหนดความแตกต่างทางกายภาพระหว่างชายและหญิง ส่วนปัจจัยทางสภาพแวดล้อมจะมีอิทธิพลในการหล่อหลอมลักษณะความเป็นชายหรือความเป็นหญิงให้เกิดขึ้นตามที่สังคมนั้นๆ คาดหวัง ซึ่งสังคมแต่ละสังคมมีเอกลักษณ์ของความเป็นเพศชายและ

เพศหญิงที่แตกต่างกันออกไป เอกลักษณ์ทางเพศเป็นการแสดงออกถึงคุณลักษณะของความเป็นเพศ เช่น เพศชายเป็นเพศที่รักอิสระ ตัดสินใจเด็ดขาดมีความหนักแน่น ชอบแสดงอำนาจ ฯลฯ ในขณะที่เพศหญิงเป็นเพศที่ถูกมองว่ามีคุณลักษณะที่ต้องถนอมรักษา มีความเอื้ออารี เข้าออกใจเข้าใจผู้อื่น ฯลฯ จึงทำให้เพศหญิงได้ถูกฝึกให้ดูแลและเข้าใจบุคคลอื่น และให้สามารถนำมาปรับปรุงพัฒนาในการดูแลตนเองได้ ดังนั้นเพศหญิงจึงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงกว่าเพศชายซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ งานวิจัยของจิราภรณ์ ใจสบาย (2553) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร โดยผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย และงานวิจัยของกิ่งเพชร ศรีเทียน (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 291 คน พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายกับผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = .035)

**1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมต่างกัน**

จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจจะเกิดจากการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วง คือ อายุ 60 -69 ปี , อายุ 70-79 ปี และอายุระหว่าง 80 ปี ขึ้นไป ซึ่งผู้สูงอายุอยู่ในบริบทเดียว มีลักษณะปัญหาคล้ายๆ กัน เนื่องจากผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเหมือนกัน และมีรูปแบบการชีวิตโดยอยู่ภายในกฎระเบียบของสถานสงเคราะห์คนชรา โดยมีเจ้าหน้าที่คอยให้ความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในสถานสงเคราะห์คนชรา เช่น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรักษาอาการเจ็บป่วย การทานยา การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันไม่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแตกต่างกัน ผลวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ จังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 362 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สมมติฐานข้อที่ 2.ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลกับปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีภูมิหลังต่างกัน โดยมีสมมติฐานย่อย คือ**

2.1 **ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีมาก และมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่นๆ**

การสรุปสมมติฐานในข้อนี้ มาจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนสองทาง (Two – Way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง และด้านย่อย 3 ด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม)

การทดสอบสมมติฐานนี้พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม จึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้**ให้การปฏิเสธสมมติฐานที่** 2.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) (Bandura, 1985) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลปัจจัยด้านบุคคล และสภาพแวดล้อมซึ่งองค์ประกอบใดเปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลให้องค์ประกอบที่เหลือเปลี่ยนแปลงไปด้วย แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ

ผลการวิจัยแสดงว่า การมองโลกในแง่ดี (ปัจจัยด้านบุคคล) และการสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม) ไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจ ในกลุ่มย่อยเพศชาย การมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งปัจจัยที่ทำให้การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ดังนี้

1. เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ โดยเมื่อสภาพร่างกายร่างกายเปลี่ยนแปลงไป อวัยวะและระบบภายในไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยมาแวะเวียน มีโรคประจำตัวต่างๆ ซึ่งจะส่งผลต่อด้านจิตใจ ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial development) (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2556) โดยในวัยผู้สุงอายุจะเป็นการ

เปลี่ยนไปในระยะพัฒนาการขั้นที่ 7 และ 8 ซึ่งพัฒนาการในขั้นที่ 7 ระยะผู้ใหญ่ (Adult period) อายุ 22-40 ปี : ขั้นการความรู้สึกรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่หรือความรู้สึกเฉื่อยชา (Generativity vs Stagnation) เป็นช่วงของวัยกลางคนและรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ คือการแต่งงานและการเป็นบิดามารดา นอกจากจะรับผิดชอบตนเองแล้ว ยังต้องรับผิดชอบลูกและบุคคลอื่นด้วย บุคคลที่ได้รับความสำเร็จในขั้นต้นๆ จะรู้บทบาทหน้าที่ของตน รู้สึกรับผิดชอบและพอใจในชีวิตของตน แต่ถ้าบุคคลใดไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตก็จะทำให้ขาดความไว้วางใจใคร รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ มีปมด้อย ไม่มีความรับผิดชอบต่อตนเองหรือสังคม ทำให้กลายเป็นคนเฉื่อยชา และขั้นที่ 8 ระยะวัยสูงอายุ (Aging period) อายุประมาณ 40 ปีขึ้นไป : ขั้นความรู้สึกมั่นคงกับความรู้สึกทอดอาลัย (Ego Integrity vs Despair) เป็นช่วงของวัยสูงอายุ เป็นวัยที่บุคคลควรได้รับความสำเร็จในชีวิตขั้นสูงสุด ถ้าเขาเป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพดีเรื่อย ๆ มา เขาก็จะประสบความสำเร็จใน เขาจะยอมรับความจริงในวัยที่เปลี่ยนแปลงไป มีความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ มีความสุขุม ยอมรับการแก่ การเจ็บ การตายที่เกิดขึ้น แต่ถ้าในพัฒนาการระดับต้น เขาไม่ประสบความสำเร็จเขาก็จะหมดหวัง ไม่พอใจในชีวิตที่ผ่านมา ไม่ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดความคับข้องใจ และท้อแท้สิ้นหวังทอดอาลัยในชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการของสถานสงเคราะห์คนชราแสดงให้เห็นถึงการไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในสถานสงเคราะห์คนชราต้องประสบปัญหาเดือดร้อนทางสังคมอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 1) ฐานะยากจน 2) ไม่มีที่อยู่อาศัย 3) ขาดผู้อุปการะหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ 4) ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความเฉื่อยชา และความรู้สึกทอดอาลัย ไม่ใส่ใจในการพัฒนาหรือดูแลตนเอง

2. โดยเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ของกลุ่มสูง- กลุ่มต่ำตามตัวแปรการมองโลกในแง่ดีและการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มที่มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง คือ กลุ่มที่มองโลกในแง่ดีสูง (155.88) รองลงมาคือกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมสูง (150.51) และกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (140.75) โดยกลุ่มที่มองโลกในแง่ดีต่ำ (135.38) เป็นผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่แตกต่างกันมาก ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์ เนื่องจากตามลักษณะโครงสร้างการทำงานของสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีงานบริการทางด้านงานพยาบาล ด้านสังคมสงเคราะห์ และด้านบริหารคอยให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในสถานสงเคราะห์คนชรา ทำให้ผู้สูงอายุทุกคน

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในทุกด้าน ทำให้คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและต่ำไม่แตกต่างกันมาก จนทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาข้อคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าข้อคำถามข้อที่ 10 ที่ถามว่าฉันได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคประจำตัวจากเจ้าหน้าที่ภายในสถานสงเคราะห์คนชรา มีค่าเฉลี่ย คะแนนสูงที่สุด (4.18) รองลงมาคือคำถามข้อที่ 9 สถานสงเคราะห์คนชราจัดเครื่องมือที่เหมาะสมในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ เช่น รถเข็น ไม้เท้าพยุงเดิน (4.17) ซึ่งจะสอดคล้องกับการทำตามหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่คอยให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ

3. เมื่อนำกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำตัวแปรการมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมมาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นรายคู่ พบว่า ผู้ที่การมองโลกในแง่ดีและมีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงที่สุด (159.47) รองลงมาเป็นผู้ที่การมองโลกในแง่ดีสูงและมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (152.28) และผู้ที่การมองโลกในแง่ดีต่ำและมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เป็นผู้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด (129.210) ดังนั้นการมองโลกในแง่ดีจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เพราะการมองโลกในแง่ดีสูง แม้จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม สูงหรือต่ำ ก็เป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงกว่า ผู้ที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ ซึ่งผลการวิเคราะห์สอดคล้องตามแนวคิดการมองโลกในแง่ดี (Seligman, 1991) โดยการมองโลกในแง่ดีเป็นรูปแบบของการให้เหตุผลของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตน ว่าเมื่อมีสถานการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นบุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะให้เหตุผลกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอกไม่ได้เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง ในทางกลับกันถ้าเป็นสถานการณ์ที่ดีเกิดขึ้นบุคคลที่มองโลกในแง่ดีมักเชื่อว่าเกิดจากการกระทำของตนเอง และสถานการณ์ที่ดีเหล่านั้นจะเกิดขึ้นอีก รวมถึงส่งผลต่อการเกิดสถานการณ์ที่ดีอื่น ๆ ตามมาด้วย และเมื่อพิจารณาแบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี พบว่าข้อคำถาม ข้อที่ 9 ฉันรู้สึกผ่อนคลายเมื่อทำกิจกรรมร่วมกับสถานสงเคราะห์คนชราหรือเพื่อนๆ ในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (5.11) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือข้อคำถาม ข้อที่ 3 ฉันแทบจะไม่เคยคาดหวังกับอนาคตที่จะเกิดขึ้นเลย (3.71) ซึ่งจะสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมว่าผู้สูงอายุไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาในขั้นที่ 7 และ 8 จะทำให้เกิดความคับข้องใจ และท้อแท้สิ้นหวังทอดอาลัยในชีวิต

**2.2 ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก และมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น ๆ**

การสรุปสมมติฐานในข้อนี้ มาจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนสองทาง (Two – Way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง และด้านย่อย 3 ด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่พบปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง จึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ **ให้การปฏิเสธสมมติฐานที่** 2.2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) (Bandura, 1985) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลปัจจัยด้านบุคคล และสภาพแวดล้อมซึ่งองค์ประกอบใดเปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลให้องค์ประกอบที่เหลือเปลี่ยนแปลงไปด้วย แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ

ผลการวิจัยแสดงว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (ปัจจัยส่วนบุคคล) และการสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยสภาพแวดล้อม) ไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม ในกลุ่มย่อยอายุระหว่าง 60-69 ปี การรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งปัจจัยที่ทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ดังนี้

1. โดยเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ของกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำตามตัวแปรการรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง คือ กลุ่มที่การรับรู้ความสามารถตนเองสูง (151.178) รองลงมาคือกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมสูง (149.536) และกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (137.321) โดยกลุ่มที่การรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ (135.679) เป็นผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่แตกต่างกันมาก ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสารและ

อารมณ์ เนื่องจากตามลักษณะโครงสร้างการทำงานของสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีงานบริการทางด้านงานพยาบาล ด้านสังคมสงเคราะห์ และด้านบริหารคอยให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในสถานสงเคราะห์คนชรา ทำให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการสนับสนุนทางสังคมในทุกด้าน ทำให้คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงและต่ำไม่แตกต่างกันมาก จนทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาข้อคำถามที่สอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าข้อคำถามข้อที่ 10 ที่ถามว่าฉันได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคประจำตัวจากเจ้าหน้าที่ภายในสถานสงเคราะห์คนชรา มีค่าเฉลี่ย คะแนนสูงที่สุด (4.18) รองลงมาคือคำถามข้อที่ 9 สถานสงเคราะห์คนชราจัดเครื่องมือที่เหมาะสมในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ เช่น รถเข็น ไม้เท้าพยุงเดิน (4.17) ซึ่งจะสอดคล้องกับการทำตามหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่คอยให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ และโดยเมื่อพิจารณาจากข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคมจะพบว่าข้อคำถามที่มีคะแนนสูงเป็นการช่วยเหลือบุคคลในด้านวัตถุ-สิ่งของ และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1989 อ้างถึงในอังศินันท์ อินทรกำแหง, 2556) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมสุขภาพและความมั่นใจของบุคคลว่าสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้มากน้อยเพียงใด และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อความพยายามในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ โดยข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคมไม่ได้มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้ลองทำกิจกรรม ลองแก้ปัญหาด้านสุขภาพด้วยตนเองใช้ทักษะของตนเอง เพื่อให้รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง โดยจากข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพตนเองต้องมาจากการได้รับวัตถุ-สิ่งของ

2. เมื่อนำคะแนนกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ ตัวแปรการมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมมาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นรายคู่ พบว่า ผู้ที่การรับรู้ความสามารถตนเองและมีการสนับสนุนทางสังคมสูง เป็นผู้มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงที่สุด (157.724) รองลงมาเป็นผู้ที่การรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (144.724) และผู้ที่การรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำเป็นผู้มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงที่สุด (129.918) ดังนั้นการรับรู้ความสามารถตนเองจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เพราะการรับรู้ความสามารถตนเองสูง แม้จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงหรือต่ำ เป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ และเมื่อพิจารณาแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

พบว่าข้อคำถาม ข้อที่ 6 ฉันสามารถแก้ไขความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า หรือความเบื่อหน่ายของตนเองได้ เป็นข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (4.66) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

**2.3 ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองมาก และมีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น ๆ**

การสรุปสมมติฐานในข้อนี้ มาจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนสองทาง (Two – Way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ ความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง และด้านย่อย 3 ด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่พบปฏิสัมพันธ์แบบสองทางในพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม จึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ **ให้การปฏิเสธสมมติฐานที่** 2.3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) (Bandura, 1985) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลปัจจัยด้านบุคคล และสภาพแวดล้อมซึ่งองค์ประกอบใดเปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลให้องค์ประกอบที่เหลือเปลี่ยนแปลงไปด้วย แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ

ผลการวิจัยแสดงว่า ความกรุณาต่อตนเอง (ปัจจัยส่วนบุคคล) และการสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยสภาพแวดล้อม) ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองรายด้าน พบว่าความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความกรุณาต่อตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม

ซึ่งปัจจัยที่ทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง คือ เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ โดยเมื่อสภาพร่างกายร่างกายเปลี่ยนแปลงไป อวัยวะและระบบภายในไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยมาแวะเวียน มีโรคประจำตัวต่างๆ ซึ่งจะส่งผลต่อด้านจิตใจ ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ตามทฤษฎี

พัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial development) (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2556) ผู้สูงอายุไม่สบความสำเร็จในการพัฒนาตนเองตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม ในขั้นที่ 7 และ 8 ทำให้ผู้สูงอายุจะหมดหวัง ไม่พอใจในชีวิตที่ผ่านมา ทำให้ขาดความไว้วางใจใคร รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร ไม่ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดความคับข้องใจ และท้อแท้สิ้นหวังทอดอาลัยในชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการของสถานสงเคราะห์คนชราแสดงให้เห็นถึงการไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในสถานสงเคราะห์คนชราต้องประสบปัญหาเดือดร้อนทางสังคมอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 1) ฐานะยากจน 2) ไม่มีที่อยู่อาศัย 3) ขาดผู้อุปการะหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ และ 4) ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข ประกอบการวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาวะด้านสังคมเป็นการวัดการกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงการเอาใจใส่ต่อตนเองเรื่องสุขภาพทางด้านสังคม ประกอบด้วย การรับรู้คุณค่าจากการเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยข้อคำถามของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือข้อ 4 ฉันให้คำแนะนำเพื่อนที่ปฏิบัติผิดระเบียบของสถานสงเคราะห์คนชรา (3.41) และข้อที่ 5 ฉันพูดปลอบใจหรือให้กำลังใจเมื่อเพื่อนประสบปัญหาหรือความทุกข์ ซึ่งจะสอดคล้องกับผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จการพัฒนาตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม ในขั้นที่ 7 และ 8 ที่ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ และทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2556; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2561) โดยอธิบายถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ได้รับการตอบสนองมนุษย์ก็จะพัฒนาพฤติกรรมของเขาจะสูงขึ้นตามลำดับขั้น เมื่อมนุษย์มี self-actualization มนุษย์จะถึงซึ่ง peak experiences และในจุดนี้ บุคคลจะสามารถจัดทำสิ่งที่ดีงามมีความสามารถที่จะทำความเข้าใจ และเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ รอบตัวเขาได้ และสิ่งจูงใจภายนอกอาจจะเข้ามาเสริมทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่ปรารถนาได้มั่นคงขึ้น แต่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ อารมณ์ และข้อมูลข่าวสาร ทำให้ได้รับเพียงความต้องการทางด้านร่างกายเท่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถพัฒนาไปในขั้นต่อไปได้ จึงส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม เนื่องจากเป็นการวัดการรับรู้คุณค่าจากการเป็นผู้ช่วยเหลือบุคคลอื่น

ความกรุณาต่อตนเอง (ปัจจัยส่วนบุคคล) และการสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยสภาพแวดล้อม) ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ เนื่องความกรุณาต่อตนเอง (Neff, 2003) คือ การรับรู้ของบุคคล ในการตระหนักต่อความทุกข์ และมีความต้องการที่จะตนเองพ้นจากความทุกข์ ตระหนักว่าความผิดพลาดต่าง ๆ เป็น

ประสบการณ์อย่างหนึ่งที่จะผ่านไปตามความเป็นธรรมดาของคน มีสติในการจัดการปัญหา มีความอ่อนโยนกับตนเอง ไม่โทษตนเองและไม่ทำร้ายตนเอง จึงพบว่าเป็นความสามารถในการรับมือกับปัญหาและสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดปัญหา จึงเป็นการส่งเสริมสุขภาวะจากภายในตัวบุคคล ได้มีงานวิจัยที่สนับสนุนการ จากการศึกษาและค้นคว้ายังไม่ค้นพบงานวิจัยที่ทำการศึกษาปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระ 2 ตัวนี้โดยตรง แต่พบว่ามีความสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมาได้ทำการศึกษาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร ได้มีงานวิจัยที่สนับสนุนการศึกษาความกรุณาต่อตนเอง เช่น งานวิจัยของโฮแมน (Homan, 2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเองและสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุในหอสมุดชุมชน และผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 121 คน มีอายุระหว่าง 59-95 ปี โดยการทำแบบสอบถาม พบว่าผู้เข้าร่วมมีความกรุณาต่อตนเองที่ค่าเฉลี่ยระดับ 3.57 ความกรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ .63 และส่งผลต่อสถานะทางสุขภาพและภาวะซึมเศร้า งานวิจัยของออลเลนและคณะ (Allen et al., 2012) ได้ศึกษาความกรุณาต่อตนเองและสุขภาวะในผู้สูงอายุ เป็นการศึกษา 2 กรณีศึกษา โดยศึกษาความกรุณาต่อตนเองที่ส่งผลกับความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพทางกายและสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ วัดจากแบบสอบถาม โดยกรณีที่ 1 มีผู้เข้าร่วมจำนวน 132 คน อายุระหว่าง 67-90 ปี ที่ได้ลงทะเบียนเป็นอาสาสมัครในสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมมีความกรุณาต่อตนเองที่ค่าเฉลี่ยระดับ 3.69 และพบว่าความกรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะที่ระดับ .49 โดยกลุ่มที่ 2 มีจำนวน 71 คน โดยมีอายุระหว่าง 63-97 ปี โดยคัดเลือกจากผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวในพื้นที่ และได้รับค่าตอบแทนจำนวน $10 ผู้เข้าร่วมมีความกรุณาต่อตนเองที่ค่าเฉลี่ยระดับ 3.68 แต่ไม่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์กับสุขภาวะเนื่องจากการวิจัยที่ 1 ได้แสดงถึงความสัมพันธ์ในระดับสูง

สำหรับการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่เพียงแต่ให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึกที่ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน และเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์จะทำให้สามารถสื่อสารถึงความต้องการปัญหาสุขภาพทำให้ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนในการดูแลสุขภาวะตนเอง งานวิจัยที่สนับสนุนผลดังกล่าว ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ งานวิจัยของกชชุกร หว่างนุ่ม (2550) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 120 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .67) งานวิจัยของศิริวรรณ สุริยวงศ์, ศศิมา กุสุมา ณ อยธยา, วิชชุดา เจริญกิจการ, และ เอนก กนกศิลป์ (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยัน กลุ่มตัวอย่าง 85 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 งานวิจัยของเสาวนิจ นิจอนันต์ชัย (2553) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 416 คน พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านยิ่งมีมากทาให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและสังคมยิ่งมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**2.4 ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีมาก และมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น ๆ**

การสรุปสมมติฐานในข้อนี้ มาจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนสองทาง (Two – Way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ การมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราโดยตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองและด้านย่อย 3 ด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ไม่พบปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง จึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ **ให้การปฏิเสธสมมติฐานที่** 2.4 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) (Bandura, 1985) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลปัจจัยด้านบุคคล และสภาพแวดล้อมซึ่งองค์ประกอบใดเปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลให้องค์ประกอบที่เหลือเปลี่ยนแปลงไปด้วย แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ

จากผลการวิจัยแสดงว่า การมองโลกในแง่ดี (ปัจจัยส่วนบุคคล) และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา (ปัจจัยสภาพแวดล้อม) ไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมในกลุ่มย่อยอายุ 80 ปีขึ้นไป การมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของ

สถานสงเคราะห์คนชราร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งปัจจัยที่ทำให้การมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ดังนี้

1. โดยเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ของกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำตามตัวแปรการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง คือ กลุ่มการมองโลกในแง่ดีสูง (156.276) รองลงมาคือ กลุ่มการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง (148.513) และกลุ่มการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ (140.521) โดยกลุ่มการมองโลกในแง่ดีต่ำ (132.757) เป็นผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด ซึ่งการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราเป็นการนำการรับรู้บรรทัดฐานสังคมมาศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้แนวทางปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจากการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม คือ แนวทางปฏิบัติของสังคมเพื่อให้สมาชิกของสังคมทำตามระเบียบแบบแผน กฎข้อบังคับ จารีตประเพณีและกฎเกณฑ์ต่างๆ ของสังคม (กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์, 2527) ซึ่งการใช้ชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ทำให้ผู้สูงอายุล้วนต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนเองที่แตกต่างและเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ต้องจากบ้านของตนเองมาอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งมีความแตกต่างในหลายๆ ด้าน ทั้งทางด้านวิถีชีวิตที่ค่อนข้างถูกจำกัดอยู่ในพื้นที่และกฎระเบียบของสถานสงเคราะห์คนชรา ในทางด้านสังคมผู้สูงอายุต้องสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลที่ไม่คุ้นชิน และอีกทั้งการอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในช่วงบั้นปลายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราทั้งสิ้น จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น อาจยากลำบากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไปเนื่องจากวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราถูกกำหนดไว้กับพื้นที่ภายในสถานสงเคราะห์และกิจวัตรประจำวันที่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดและกฎระเบียบต่างๆ ของสถานสงเคราะห์คนชรา (กัลยรัตน์ ศรกล้า และคนอื่น ๆ, 2562) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชราจึงให้ความสำคัญกับการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจากรับรู้ว่าเมื่อทำผิดแนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราจะถูกลงโทษจนทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวางเงื่อนไขการกระทำ (Operant Conditioning) ของสกินเนอร์ (ประทีป จินงี่, 2540; พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2556) เป็นการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลกรรม โดยอินทรีย์จะเกิด

การเรียนรู้ได้เมื่อสามารถแยกแยะสภาพสิ่งเร้าได้ (stimulus discrimination) ด้วย คือรู้ว่าสภาพสิ่งเร้าใดจะได้รับผลกรรมใด โดยการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา จะมีการลงโทษไว้อย่างชัดเจน ถ้ามีการทำผิดแนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งการลงโทษเป็นการหยุดยั้งพฤติกรรมชั่วคราว ไม่ใช่การแก้ปัญหา และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราไม่ได้ระบุถึงการเสริมแรง จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่เห็นถึงผลกรรม ว่าถ้าผู้สูงอายุปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราจะได้รับผลกรรมอย่างไร ซึ่งเมื่อไม่สามารถคาดการณ์ถึงผลกรรมที่ดีได้ จะส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดี เนื่องจากการมองโลกในแง่ดี คือ ผู้สูงอายุผู้สูงอายุรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ ในทางบวก และอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ ในทางบวก และเชื่อว่าตนเองสามารถทำให้เกิดสิ่งดีๆ ลักษณะของการมองโลกในแง่ดี ประกอบด้วย 1) การให้เหตุผล คือ การประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาว่าสามารถจัดการที่ไม่ดีและข้ามผ่านไปได้ 2) การให้ความคาดหวัง คือ การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอนาคตที่ดี เป็นความเชื่อมั่นที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาว่าน่าจะเป็นอย่างที่คิดไว้ เช่น การคาดหวังว่าเมื่อมีเหตุการณ์ไม่ดีเกิดขึ้นหลังจากนั้นก็จะมีสิ่งดีๆ ตามมาหรือเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาก็คาดหวังว่าจะได้รับกำลังใจเสมอ เป็นต้น 3) การแสดงอารมณ์ คือ สภาวะทางจิตใจที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น เช่น การรู้สึกผ่อนคลายหรือการรู้สึกมีความสุข เป็นต้น และ 4) การมีเจตคติ คือ ความรู้สึกทางจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ทำให้มีท่าทีหรือความคิดเห็นที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆ ว่าเป็นเรื่องที่ดี เช่น การมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับอนาคต และเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ชั่วคราวเท่านั้น

2. เมื่อนำคะแนนกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ ตัวแปรการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา มาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นรายคู่ พบว่า ผู้ที่การมองโลกในแง่ดีและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง เป็นผู้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงที่สุด(159.680) รองลงมาคือผู้ที่การมองโลกในแง่สูงและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ (152.680) และผู้ที่การมองโลกในแง่ดีและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำเป็นผู้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด (128.361) ดังนั้นการมองโลกในแง่ดีจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เพราะการมองโลกในแง่ดีสูง แม้จะมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงหรือต่ำ เป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการมองโลกในแง่ดีต่ำ

**2.5 ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาก และมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น ๆ**

การสรุปสมมติฐานในข้อนี้ มาจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนสองทาง (Two – Way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราโดยตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง และด้านย่อย 3 ด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ไม่พบปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง จึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ **ให้การปฏิเสธสมมติฐานที่** 2.5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) (Bandura, 1985) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลปัจจัยด้านบุคคล และสภาพแวดล้อมซึ่งองค์ประกอบใดเปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลให้องค์ประกอบที่เหลือเปลี่ยนแปลงไปด้วย แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ

ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง(ปัจจัยส่วนบุคคล) และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา (ปัจจัยสภาพแวดล้อม) ไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เป็นรายด้าน พบว่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจในกลุ่มย่อยอายุระหว่าง 60-69 ปี การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งปัจจัยที่ทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ดังนี้

1. โดยเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ของกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำตามตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง คือ กลุ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง (152.710) รองลงมาคือ กลุ่มการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง (146.267) และกลุ่มการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ (139.992) โดยกลุ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (133.549) เป็นผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด ซึ่งการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราเป็นการนำการรับรู้บรรทัดฐานสังคมมาศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้แนวทางปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจากการรับรู้บรรทัดฐาน

ทางสังคม คือ แนวทางปฏิบัติของสังคมเพื่อให้สมาชิกของสังคมทำตามระเบียบแบบแผน กฎข้อบังคับ จารีตประเพณีและกฎเกณฑ์ต่างๆ ของสังคม (กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์, 2527) จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น อาจยากลำบากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไปเนื่องจากวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราถูกกำหนดไว้กับพื้นที่ภายในสถานสงเคราะห์และกิจวัตรประจำวันที่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดและกฎระเบียบต่างๆ ของสถานสงเคราะห์คนชรา (กัลยรัตน์ ศรกล้า และคนอื่น ๆ, 2562) ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชราจึงให้ความสำคัญกับการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจากรับรู้ว่าเมื่อทำผิดแนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราจะถูกลงโทษ จนทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการวางเงื่อนไขการกระทำ (Operant Conditioning) ของสกินเนอร์ (ประทีป จินงี่, 2540) เป็นการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลกรรม โดยอินทรีย์จะเกิดการเรียนรู้ได้เมื่อสามารถแยกแยะสภาพสิ่งเร้าได้ (stimulus discrimination) ด้วย คือรู้ว่าสภาพสิ่งเร้าใดจะได้รับผลกรรมใด โดยการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา จะมีการลงโทษไว้อย่างชัดเจน ถ้ามีการทำผิดแนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งการลงโทษเป็นการหยุดยั้งพฤติกรรมชั่วคราว ไม่ใช่การแก้ปัญหา และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราไม่ได้ระบุถึงการเสริมแรง จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่เห็นถึงผลกรรม ว่าถ้าผู้สูงอายุปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราจะได้รับผลกรรมอย่างไร และยังส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราไม่มีผลของการกระทำที่ชัดเจน ทำให้มีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นต่ำ ทำให้บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงมีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรม และบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ มีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมแน่นอน

2. เมื่อนำคะแนนกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา มาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นรายคู่ พบว่า ผู้ที่การรับรู้ความสามารถตนเองและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงเป็นผู้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงที่สุด (157.632) รองลงมาคือผู้ที่การรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ (144.724) และผู้ที่การรับรู้ความสามารถตนเองต่ำและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำเป็นผู้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด (129.918) ดังนั้น

การรับรู้ความสามารถตนเองจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เพราะการรับรู้ความสามารถตนเองสูง แม้จะมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงหรือต่ำ เป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ

**2.6 ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองมาก และมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรามากจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองทั้งด้านรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีลักษณะอื่น ๆ**

การสรุปสมมติฐานในข้อนี้ มาจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวนสองทาง (Two – Way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ ความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราโดยตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองและด้านย่อย 3 ด้าน (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ พบว่า เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ไม่พบปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง จึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้**ให้การปฏิเสธสมมติฐานที่** 2.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) (Bandura, 1985) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลปัจจัยด้านบุคคล และสภาพแวดล้อมซึ่งองค์ประกอบใดเปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลให้องค์ประกอบที่เหลือเปลี่ยนแปลงไปด้วย แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ

ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงว่า ความกรุณาต่อตนเอง (ปัจจัยส่วนบุคคล) และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา (ปัจจัยสภาพแวดล้อม) ไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อย พบว่า ในกลุ่มย่อยเพศชาย ความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม ในกลุ่มย่อยเพศชาย ความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านสังคม อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราไม่ร่วมกันส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ดังนี้

1. เกิดจากความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ โดยเมื่อสภาพร่างกายร่างกายเปลี่ยนแปลงไป อวัยวะและระบบภายในไม่สามารถทำงานได้

เหมือนเดิม ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยมาแวะเวียน มีโรคประจำตัวต่างๆ ซึ่งจะส่งผลต่อด้านจิตใจ ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม (Psychosocial development) (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2556) ผู้สูงอายุไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาตนเองตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม ในขั้นที่ 7 และ 8 ทำให้ผู้สูงอายุจะหมดหวัง ไม่พอใจในชีวิตที่ผ่านมา ไม่ยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เกิดความคับข้องใจและท้อแท้สิ้นหวังทอดอาลัยในชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการของสถานสงเคราะห์คนชราแสดงให้เห็นถึงการไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในสถานสงเคราะห์คนชราต้องประสบปัญหาเดือดร้อนทางสังคมอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ 1) ฐานะยากจน 2) ไม่มีที่อยู่อาศัย 3) ขาดผู้อุปการะหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ และ 4) ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความเฉื่อยชา และความรู้สึกทอดอาลัย ไม่ใส่ใจในการพัฒนาหรือดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อความกรุณาต่อตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ใส่ใจดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถให้กำลังใจตัวเองได้ โดยหลบหนีปฏิเสธ และคิดว่าตนเองเป็นคนเดียวที่ต้องเผชิญกับเรื่องราวต่างๆ คนเดียว คิดวนเวียนอยู่กับเรื่องลบ ๆ และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา ก็ไม่ได้มีส่วนที่จะช่วยเสริมแรงให้ผู้สูงอายุพัฒนาตนเอง เพื่อมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้

2. โดยเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ของกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำตามตัวแปรความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง คือ กลุ่มความกรุณาต่อตนเองสูง (153.948) รองลงมาคือ กลุ่มการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูง (147.670) และกลุ่มการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ (140.898) โดยกลุ่มความกรุณาต่อตนเองต่ำ (134.620) เป็นผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด ซึ่งการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราเป็นการนำการรับรู้บรรทัดฐานสังคมมาศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้แนวทางปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา เนื่องจากการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคม คือ แนวทางปฏิบัติของสังคมเพื่อให้สมาชิกของสังคมทำตามระเบียบแบบแผน กฎข้อบังคับ จารีตประเพณีและกฎเกณฑ์ต่างๆ ของสังคม (กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์, 2527) จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานั้น อาจยากลำบากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไปเนื่องจากวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราถูกกำหนดไว้กับพื้นที่ภายในสถานสงเคราะห์และกิจวัตรประจำวันที่อยู่ภายใต้ข้อจำกัดและกฎระเบียบต่างๆ ของสถานสงเคราะห์คนชรา (กัลยรัตน์ ศรกล้า และคนอื่น ๆ, 2562)ผู้สูงอายุที่เข้า

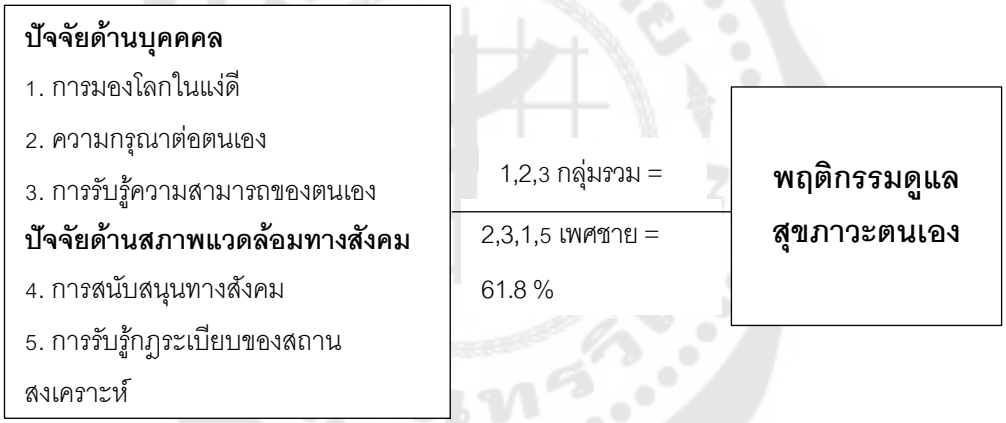
รับบริการในสถานสงเคราะห์คนชราจึงให้ความสำคัญกับการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราเนื่องจากรับรู้ว่าเมื่อทำผิดแนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราจะถูกลงโทษ จนทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองไม่แตกต่างกัน

3. เมื่อนำคะแนนกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ ตัวแปรความกรุณาต่อตนเองและการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา มาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นรายคู่ พบว่า ผู้ที่ความกรุณาต่อตนเองและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงเป็นผู้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงที่สุด (156.549) รองลงมาคือ ผู้ที่ความกรุณาต่อตนเองสูงและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำ และผู้ที่ความกรุณาต่อตนเองต่ำและมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราต่ำเป็นผู้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำที่สุด (130.447) ดังนั้นความกรุณาต่อตนเองจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง เพราะความกรุณาต่อตนเองสูงแม้จะมีการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชราสูงหรือต่ำ เป็นผู้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองสูงกว่าผู้ที่มีความกรุณาต่อตนเองต่ำ

**3. ตัวแปรปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความกรุณาต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถตนเอง และตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้กฎระเบียบสถานสงเคราะห์คนชรา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะทางชีวสังคมแตกต่างกันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เมื่อนำคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในสถานสงเคราะห์คนชรามาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มทีละตัวแปร เพื่อค้นหาตัวทำนายสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยใช้ชุดกลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านบุคคล 3 ตัวแปร (ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี ความกรุณาต่อตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง) กลุ่มตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม 2 ตัวแปร (ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้กฎระเบียบของสถานสงเคราะห์) เป็นตัวทำนาย **พบในกลุ่มรวม** ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี ความกรุณาต่อตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 46.0 โดยตัวแปรที่เข้าทำนายอันดับแรก คือ การมองโลกในแง่ดี (Beta = .396) รองลงมาคือ ความกรุณาต่อตนเอง (Beta = .335) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta = .193) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยตามลักษณะทางชีวสังคม พบว่า ค่าการทำนายสูงสุดพบใน 3 กลุ่มคือ 1.**ในกลุ่มเพศชาย** ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 4 ตัวแปร ได้แก่ ความกรุณาต่อตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 61.8 2.**ในกลุ่มที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป** ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 1 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 59.9 3. **ในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี** ตัวแปรที่สำคัญที่ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความกรุณาต่อตนเอง และการมองโลกในแง่ดี สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองได้ร้อยละ 41.5




ภาพประกอบ 6 ผลการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยโดยใช้ตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านบุคคลและด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม

สรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นไม่ให้การสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 แสดงว่าตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านบุคคลและด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในกลุ่มรวม โดยที่พบเพียงปัจจัยด้านบุคคลเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง 1) **การมองโลกในแง่ดี** พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของงานวิจัยของโฮและคณะ (Ho et al., 2010) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับสุขภาวะ กับเด็กวัยรุ่น จำนวน 1807 คน โดยวิธีการสร้างโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะ โดยทำหน้าที่เป็นส่วนกลางในสัมพันธ์ระหว่างการมีคุณค่าในชีวิต และ

สุขภาวะ และงานวิจัยของกนิษฐา ลิ้มทรัพย์ (2557) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดงเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน ผลการศึกษาพบว่าการมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) **ความกรุณาต่อตนเอง** พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของโฮแมน (Homan, 2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเองและสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุในหอสมุดชุมชน และผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 121 คน มีอายุระหว่าง 59-95 ปี โดยการทำแบบสอบถาม พบว่าผู้เข้าร่วมมีความกรุณาต่อตนเองที่ค่าเฉลี่ยระดับ 3.57 ความกรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ .63 และส่งผลต่อสถานะทางสุขภาพและภาวะซึมเศร้า งานวิจัยของออลเลนและคณะ (Allen et al., 2012) ได้ศึกษาความกรุณาต่อตนเองและสุขภาวะในผู้สูงอายุเป็นการศึกษา 2 กรณีศึกษา โดยศึกษาความกรุณาต่อตนเองที่ส่งผลกับความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพทางกายและสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุวัดจากแบบสอบถาม โดยกรณีที่ 1 มีผู้เข้าร่วมจำนวน 132 คน อายุระหว่าง 67-90 ปี ที่ได้ลงทะเบียนเป็นอาสาสมัครในสถานที่ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมมีความกรุณาต่อตนเองที่ค่าเฉลี่ยระดับ 3.69 และพบว่าความกรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะที่ระดับ .49 โดยกลุ่มที่ 2 มีจำนวน 71 คน โดยมีอายุระหว่าง 63-97 ปี โดยคัดเลือกจากผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวในพื้นที่ และได้รับค่าตอบแทนจำนวน $10 ผู้เข้าร่วมมีความกรุณาต่อตนเองที่ค่าเฉลี่ยระดับ 3.68 แต่ไม่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์กับสุขภาวะเนื่องจากการวิจัยที่ 1 ได้แสดงถึงความสัมพันธ์ในระดับสูง 3) **การรับรู้ความสามารถของตนเอง** ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเอกภพ จันทร์สุคนธ์ และคนอื่น ๆ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 366 คน ผลการวิจัยพบว่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาได้แก่ ดี และพอใช้ (ร้อยละ 57.70, 38.80 และ 3.60) ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่พยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ทัศนคติ (p-value < .001 ) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (p-value < .001) แรงสนับสนุนทางสังคม (p-value = < .001) ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน (p-value < .001) และการศึกษาระดับประถมศึกษา (p-value = .037) (Beta = .388, .263, .185, .168 และ -.090 ตามลำดับ) งานวิจัยของสุธีรา บุญแต้ม และคนอื่น ๆ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุพรรณบุรี การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน พบว่า การ

รับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองดังนี้ 1.มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา (r=.381, p<.001) 2.มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.381, p=.027) ความคาดหวังในผลดี (r=.292, =<.001) 3.มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเอง (r=.243, p<.001)

**ข้อเสนอแนะ**

**1.ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้**

1.1 จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis) ของตัวแปรพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวม และด้านย่อย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม สามารถเสนอข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1.1.1 จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นเพื่อทำนาย พบว่าตัวแปรปัจจัยด้านบุคคลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองด้านรวมได้ และยังพบตัวแปรสำคัญ คือ การมองโลกในแง่ดี ความกรุณาต่อตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่สำคัญ 3 อันดับแรกในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยเกือบทุกกลุ่ม ผลวิจัยในส่วนนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองที่ดีได้นั้นจะต้องมีการมองโลกในแง่ดี ความกรุณาต่อตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยในส่วนนี้มีประโยชน์แก่สถานสงเคราะห์คนชราเพื่อนำไปกำหนดแนวทางการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการมองโลกในแง่ดี ความกรุณาต่อตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้วยการให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ร่วมกันกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้เกี่ยวกับการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้

1.1.2 จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นเพื่อทำนาย พบว่าความกรุณาต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่สามารถพัฒนาได้ ดังนั้นควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยภายในบุคคลดังกล่าว โดยใช้ความกรุณาต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง

1.2 จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของกลุ่มตัวแปรด้านบุคคล (ความกรุณาต่อตนเอง) และด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม) พบว่า ตัวแปร 2 ตัวดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุที่ควรได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเป็นลำดับต้นๆ ได้แก่

ผู้สูงอายุที่มีความกรุณาต่อตนเองสูง และการสนับสนุนทางสังคมต่ำ จากผลการวิจัยเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์สำหรับหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานเอกชน ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุไปใช้ในการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว โดยให้เจ้าหน้าที่หรือกลุ่มเพื่อนในสถานสงเคราะห์คนชราเข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุยให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ และด้านจิตใจ และควรส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมกับเพื่อนและเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยอาจจะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความกรุณาต่อตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง ซึ่งการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองที่ดีจะช่วยชะลอการเสื่อมของร่างกาย ลดระยะเวลาของการเกิดโรคเรื้อรัง

1.3 จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของเพศ พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองต่ำกว่าเพศหญิง ควรเพิ่มการส่งเสริมหรือสนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในเพศชาย

1.4 จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของผู้งอายุ พบว่า ตัวแปรด้านบุคคล (การมองโลกในแง่ดี ความกรุณาต่อตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง) ส่งผลกับตัวแปรพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองในด้านรวมของผู้สูงอายุทีละตัวแปร ดังนั้น ทางสถานสงเคราะห์คนชราจึงควรให้การส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ และกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมปัจจัยด้านบุคคลแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองเพิ่มมากขึ้น

**2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

2.1 จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรความกรุณาต่อตนเองการมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่สามารถพัฒนาได้ ดังนั้นควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยภายในบุคคลดังกล่าว โดยใช้ความกรุณาต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเอง

2.2 การศึกการศึกษาครั้งนี้ออกแบบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ แบบสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบซึ่งให้ผลการศึกษาแบบภาพตัดขวางดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมจากข้อจำกัดของการศึกษานี้เป็นเพียงการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุได้ข้อมูลในเชิงตัวเลข ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าถึงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในเชิงลึกสำหรับจัดทำแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองยิ่งขึ้น

# บรรณานุกรม


Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-compassion and Well-being among Older Adults. *Self and Identity,* 11(4), 428-453.

Bandura, A. (1985). Model of causality in social learning theory *Cognition and psychotherapy* (81-99): Springer.

Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema,* 18 13-25.

Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind:A New Approach to Life's Challenges*. United States: New Harbinger Publications Inc.

Goldstein, J., & Kornfield, J. (1987). *Seeking the Heart of Wisdom* boston & london: Shambhala.

Goleman, D. (1998). The emotionally competent leader. *Health Forum journal,* 41(2), 36-38.

Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. United Kingdom: Pearson Education Limited.

Ho, W. W. N., Chiu, M. Y. L., Lo, W. T. L., & Yiu, M. G. C. (2010). Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry,* 44(1), 71-84.

Homan, K. J. (2016). Self-Compassion and Psychological Well-Being in Older Adults. *Journal of adult development,* 23(2), 111-119.

House, J. S. (1987). *Social support and social structure.* Paper presented at the Sociological forum.

Ju, H., Shin, J.-W., Kim, C.-w., Hyun, M.-h., & Park, J.-w. (2013). Mediational effect of meaning in life on the relationship between optimism and well-being in community elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics,* 56(2), 309-313.

Myers, J. E., Luecht, R. M., & Sweeney, T. J. (2004). The Factor Structure of Wellness: Reexamining Theoretical and Empirical Models Underlying the Wellness Evaluation

of Lifestyle (WEL) and the Five-Factor Wei. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development,* 36(4), 194-208.

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity,* 2(2), 85-101.

Orem, D. E. (1995). *Nursing : concepts of practice* (5th ed..). United States: St. Louis : Mosby.

Reyes, D. (2012). Self-Compassion: A Concept Analysis. *Journal of holistic nursing,* 30(2), 81-89.

Seligman, M. (1991). *Learned optimism*. New York: New York: AA Knopf.

Shakespeare-Finch, J., Rees, A., & Armstrong, D. (2015). Social Support, Self-efficacy, Trauma and Well-Being in Emergency Medical Dispatchers. *Social Indicators Research,* 123(2), 549-565.

Troy, A., Bezner, J., Garner, L., & Woodruff, S. (1998). Construct validation of the Perceived Wellness Survey. *American Journal of Health Studies,* 14(4), 212-219.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. USA: The MIT Press.

กชชุกร หว่างนุ่ม. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

กนกอร เนตรชู. (2561). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสริมสร้างตนเองสู่พฤฒพลังของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

กนิษฐา ลิ้มทรัพย์. (2557). *การตระหนักรู้ในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุในศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร*. (ปริญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. (2527). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2560). *ยุทธศาสตร์ 20 ปี ประจำปี พ.ศ. 2560-2579*. กรุงเทพฯ:

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2548). *มาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย.

กรมสุขภาพจิต. (2544). *รายงานวิจัยการพัฒนาแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับประชาชนอายุ 12 - 60 ปี*

กรรณิการ์ พงษ์สนิท. (2541). การเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการ. *พยาบาลสาร,* 25(2 ), 1-7.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, และ ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2560). *โครงการการศึกษารูปแบบการให้บริการการบริหารและการจัดการที่พักสำหรับผู้สูงอายุ.*

กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ. (2563). *สถิติผู้สูงอายุผู้ใช้บริการภายในสถานสงเคราะห์คนชรา สังกัดองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น* [เอกสารประกอบการอบรม]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ

กัลยรัตน์ ศรกล้า, วารี กังใจ, และ สหัทยา รัตนจรณะ. (2562, พฤษภาคม- สิงหาคม). ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล,* 32(2), 163-173.

กัลยาณี เจนอนุศาสตร์. (2542). *เปรียบเทียบระหว่างผลการใช้กิจกรรมดนตรีบำบัดกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร.* (ปริญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

กาญจนา พานิชมาก. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่น ผูกพันต่อวิชาชีพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม.* (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

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

จิตรา ดุษฎีเมธา. (2558, มกราคม -มิถุนายน). ความกรุณาต่อตนเอง : ทางเลือกใหม่เพื่อสร้างสมดุลความภาคภูมิใจในตนเอง. *วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร,* 5(1), 25-38.

จิราภรณ์ ใจสบาย. (2553). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร.* (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

ชญานิกา ศรีวิชัย. (2557, กรกฎาคม - ธันวาคม). พฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่ติดเกมคอมพิวเตอร์: ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. *วารสารพยาบาลตำรวจ,* 6(2), 1-15.

ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, และ นารีรัตน์ บุญเนตร. (2563, เมษายน - มิถุนายน). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ,* 15(2), 116-123.

ณหทัย ไกรสรสวัสดิ์. (2561). *ปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

ดุลยา จิตตะยโศธร. (2551, มกราคม - มีนาคม). บทบาททางเพศ: ในทัศนะของนักจิตวิทยา. *วารสารมหาวิทยาลัยหอการค้า,* 28(1), 195 -208.

นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ*. (ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

นัฐกรณ์ วรเชษฐบัญชา. (2559). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานตามมาตรฐานจริยธรรมของข้าราชการตำรวจ ในจังหวัดมุกดาหาร*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

บุญพา รัตนา, ไกรถาวร ผจงจิต, และ นพวรรณ เปียซื่อ. (2562, เมษายน - มิถุนายน). การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน. *วารสารสภาการพยาบาล,* 34(2), 112-126.

บุญโรม สุวรรณพาหุ. (2556). สุขภาวะของวัยรุ่น กรอบมโนทัศน์และเครื่องมือประเมินทางจิตวิทยา. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์,* 19(2), 127-137.

เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

ปนัดดา มหิทธานุภาพ, และ บัวทอง สว่างโสภากุล. (2560, กรกฎาคม - ธันวาคม). การมองโลกในแง่ดี การปฏิบัติพัฒนกิจและความผาสุกทางใจ ของผู้สูงอายุอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์,* 38(2), 166-178.

ประทีป จินงี่. (2540). *วิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม* [เอกสารประกอบการสอน].

กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประเวศ วะสี. (2541). บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตแลสังคม. กรุงเทพฯ หมอชาวบ้าน.

ปรินดา ตาสี. (2560). *การศึกษาและการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองของนักศึกษาสังคมสงเคราะห์ โดยการให้คำปรึกษากลุ่ม*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

ปิยนันท์ สงฤทธิ์. (2550). *การศึกษาการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจัยชีวสังคมกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ*. (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2556). *ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิศมัย สิโรตมรัตน์. (2553, พฤษภาคม-สิงหาคม). ความว้าเหว่การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสวนปรุง,* 26(2), 50-61.

เพ็ญแข ประจนปัจจนึก. (2544, มกราคม - ธันวาคม). จิตวิทยาผู้สูงอายุ. *วิชาการศึกษาศาสตร์,* 2(1-3), 48-53.

ไมลา อิสสระสงคราม. (2562, กันยายน-ธันวาคม). การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามสุขบัญญัติของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น,* 26(3), 72-82.

ยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2562, มกราคม - เมษายน). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,* 33(1), 95-110.

ระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุว่าด้วยการให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2558. (2558, 18 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา* (เล่มที่ 132 ตอนพิเศษ 189ง, น.1-5 ).

ฤดีมาศ พุทธมาตย์. (2563, มกราคม - มีนาคม). การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารสภาการพยาบาล,* 35(1), 61–74.

วรรณภา กันยาวงศ์. (2551). *ลักษณะสถานการณ์ในงานอาชีพ และลักษณะจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้บริหารสตรีในองค์การเอกชน.* (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต).

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

วรเวศม์ สุวรรณระดา, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, นพพล วิทย์วรพงศ์, และ สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์. (2559). ต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในสถาบัน: กรณี ศึกษาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรม ปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข,* 10(2), 152-166.

วัชราวดี บุญสร้างสม. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด และ ความสุขในนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยโดยมีความเมตตากรุณาต่อตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่าน*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ. (2551). *ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยลักษณะทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

วิลาวัลย์ รัตนา. (2552). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*. (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2561). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (รู้เรา รู้เขา)* (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพฯ หมอชาวบ้าน.

ศิริวรรณ สุริยวงศ์, ศศิมา กุสุมา ณ อยธยา, วิชชุดา เจริญกิจการ, และ เอนก กนกศิลป์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธฺพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยัน. *วชิรสารการพยาบาล,* 16(1), 1-13.

สมญาภรณ์ พุทธรักษา, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, และ กรรณิการ์ กันธะรักษา. (2559, กรกฎาคม-กันยายน). ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและ ความตั้งใจในการออกกำลังกายของสตรีตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร,* 43(3), 24-33.

สมบูรณ์ สุชาดา, โสมานุสรณ์ สิริลักษณ์, และ สุ่มเงิน ชมนาด. (2561, มกราคม - มิถุนายน). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. *วารสารเกื้อการุณย์,* 25(2), 141-153.

สำเนาว์ ศรีงาม. (2559, กันยายน-ธันวาคม). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศ,* 6(3), 216-224.

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2557). ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์,* 34(1), 71-87.

สุดารัตน์ ตันติวิวัทน์. (2560). จิตวิทยาเชิงบวก การพัฒนา การประยุกต์ และความท้าทาย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา,* 9(1), 277-290.

สุทธินี ชัยเฉลิมศักดิ์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และ วีนัส ลีฬหกุล. (2562, มกราคม-มิถุนายน). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการทำผ่าตัดกระดูกสันหลัง. *วารสารพยาบาลสภากาชาด,* 12(1), 144-160.

สุธีรา บุญแต้ม, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล, และ นิรัตน์ อิมามี. (2561, มกราคม-เมษายน). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสุขศึกษา,* 36(123), 65-80.

สุปราณี แตงวงษ์. (2551, มกราคม-ธันวาคม). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านดอนขนาก จังหวัดนครปฐม. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน,* 14(1), 27-36.

สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ : พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง*. กรุงเทพฯ: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย. (2553, กันยายน - ธันวาคม). อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมืองของประเทศไทย. *วารสารสังคมภิวัฒน์,* 1(2), 20-30.

อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2553, พฤษภาคม-สิงหาคม). แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน. *รามาธิบดีพยาบาลสาร,* 16(2), 309-323.

อรพรรณ อิศราภรณ์. (2536). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2556). *การวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน กรุงเทพฯ*: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อังศินันท์ อินทรกำแหง, และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกกุล. (2561). อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาวะครอบครัวโดย

ส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง: การวิจัยผสานวิธี. *สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว,* 24(1), 1-22.

อัจศรา ประเสริฐสิน, ทัชชา สุริโย, และ ปพน ณัฐเมธาวิน. (2561). สุขภาวะของผู้สูงอายุ: แนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสุขศึกษา,* 41(1), 1-15.

เอกภพ จันทร์สุคนธ์, วิภาดา ศรีเจริญ, และ กิ่งแก้ว สำรวยรื่น. (2560, กันยายน-ธันวาคม). ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,* 11(3), 229-239.

# ภาคผนวก

# ภาคผนวก ก ใบรับรองการทำวิจัยในมนุษย์และหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

MF-04-version-2.0
วันที่ 18 ต.ค. 61

**หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย**
**เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอม**

**หมายเลขข้อเสนอการวิจัย** SWUEC-G- 335/2563E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

**ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง:** ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

**ชื่อผู้วิจัยหลัก:** นาย กิตติชัย อ่วมสวยศรี

**สังกัด:** สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

**เอกสารที่รับรอง:**
1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**เอกสารที่พิจารณาทบทวน**

| | |
|---|---|
| 1. แบบเสนอโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 2 ธันวาคม 2563 |
| 2. โครงร่างการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 2 ธันวาคม 2563 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 2 ธันวาคม 2563 |
| 4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 2 ธันวาคม 2563 |

(ลงชื่อ).....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิรกุล)
กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....
(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

**หมายเลขรับรอง :** SWUEC/E/G-335/2563
**วันที่ให้การรับรอง :** 02/12/2563
**วันหมดอายุใบรับรอง :** 02/12/2564

ที่ อว 8718/422

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

1 มีนาคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

เนื่องด้วย นายกิตติชัย อ่วมสวยศรี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ นิสิตขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 20 คน เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้สถานที่หน่วยงานของท่าน ระหว่างเดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือนเมษายน 2564 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

นักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0 2649 5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 095 654 7415

ที่ อว 8718/422

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

1 มีนาคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

เนื่องด้วย นายกิตติชัย อ่วมสวยศรี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ นิสิตขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 40 คน เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้สถานที่หน่วยงานของท่าน ระหว่างเดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือนเมษายน 2564 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

นักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0 2649 5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 095 654 7415

ที่ อว 8718/422

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

1 มีนาคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง

เนื่องด้วย นายกิตติชัย อ่วมสวยศรี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ นิสิตขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 20 คน เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้สถานที่หน่วยงานของท่าน ระหว่างเดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือนเมษายน 2564 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

นักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0 2649 5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 095 654 7415

ที่ อว 8718/422

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

1 มีนาคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม

เนื่องด้วย นายกิตติชัย อ่วมสวยศรี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ นิสิตขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 40 คน เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้สถานที่หน่วยงานของท่าน ระหว่างเดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือนเมษายน 2564 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

นักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0 2649 5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 095 654 7415

ที่ อว 8718/422

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

1 มีนาคม 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชุมพร

เนื่องด้วย นายกิตติชัย อ่วมสวยศรี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ นิสิตขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 20 คน เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้สถานที่หน่วยงานของท่าน ระหว่างเดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือนเมษายน 2564 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

นักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0 2649 5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 095 654 7415

# ภาคผนวก ข รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือวิจัย

# บันทึกข้อความ

**ส่วนงาน** งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 15644

**ที่** อว 8718.1/2388 **วันที่** 26 พฤศจิกายน 2563

**เรื่อง** ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นายกิตติชัย อ่วมสวยศรี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป และสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร.095 654 7415

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายกิตติชัย อ่วมสวยศรี และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสุกล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

# บันทึกข้อความ

**ส่วนงาน** งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 15644

**ที่** อว 8718.1/2388 **วันที่** 26 พฤศจิกายน 2563

**เรื่อง** ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะมนุษยศาสตร์

เนื่องด้วย นายกิตติชัย อ่วมสวยศรี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชญานุช ลักษณวิจารณ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป และสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร.095 654 7415

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายกิตติชัย อ่วมสวยศรี และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสุกล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

# บันทึกข้อความ

**ส่วนงาน** งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 15644

**ที่** อว 8718.1/2388 **วันที่** 26 พฤศจิกายน 2563

**เรื่อง** ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เนื่องด้วย นายกิตติชัย อ่วมสวยศรี นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป และสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร.095 654 7415

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายกิตติชัย อ่วมสวยศรี และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสุกล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

# ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**แบบวัดปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุ**

**คำชี้แจงในการทำแบบสอบถาม**

แบบสอบถามฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุ ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ขอให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้สูงอายุ ผู้วิจัยขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

**แบบสอบถามการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 7 ตอน** ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว ตอนที่ 2 พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุ ตอนที่ 3 แบบวัดความกรุณาต่อตนเอง ตอนที่ 4 แบบวัดการมองโลกในแง่ดี ตอนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตอนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ตอนที่ 7 แบบวัดการรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนตัว

1. เพศ ❒ 1.ชาย ❒ 2.หญิง

2. อายุ .....ปี

3. ระยะเวลาที่เข้าใช้บริการภายในสถานสงเคราะห์คนชรา.....ปี.....เดือน

4.สถานสงเคราะห์คนชราที่รับบริการ.....

5.ระดับการศึกษา

( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษาตอนต้น ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

( ) 4. อนุปริญญา/ปวส. ( ) 5. ปริญญาตรีขึ้นไป ( ) ไม่ได้รับการศึกษา

6.การนับถือศาสนา

( )1.พุทธ ( ) 2.คริสต์ ( ) 3.อิสลาม ( ) 4.อื่นๆ ระบุ .....

( ) 5.ไม่นับถือศาสนา

**ตอนที่ 2 พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุ**

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและตัดสินใจเลือกคำตอบที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย √ เหนือวลี “ปฏิบัติเป็นประจำ” “ปฏิบัติบ่อยมาก” “ปฏิบัติบ่อย” “ปฏิบัติบางครั้ง” “ปฏิบัตินานๆ ครั้ง” “ไม่เคยปฏิบัติเลย” เพียงแห่งเดียวในแต่ละข้อ กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

| ข้อคำถาม | ระดับการปฏิบัติ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ปฏิบัติบ่อยครั้ง | ปฏิบัติบ่อยมาก | ปฏิบัติบ่อย | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆ ครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |
| 2.1 พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุด้านร่างกาย | | | | | | |
| 1.ฉันนอนหลับเพียงพอต่อความต้องการ | | | | | | |
| 2.ฉันสังเกตความผิดปกติของร่างกายที่เกิดจากโรคประจำตัว | | | | | | |
| 3.เมื่อเกิดความผิดปกติของร่างกาย ฉันเก็บเงียบไว้คนเดียว | | | | | | |
| 4.เมื่อเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ฉันมารับการตรวจรักษาจากแพทย์ | | | | | | |
| 5.ฉันหาความรู้ใหม่ๆ จาก อ่านหนังสือ นิตยาสารสุขภาพ ดูรายการโทรทัศน์ เข้าอบรมด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง | | | | | | |
| 6.ฉันพบหมอตรงตามนัดหมาย | | | | | | |
| 7.ฉันกินยารักษาโรคประจำตัวตรงเวลาตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่พยาบาล | | | | | | |

| ข้อคำถาม | ระดับการปฏิบัติ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ปฏิบัติบ่อยครั้ง | ปฏิบัติบ่อยมาก | ปฏิบัติบ่อย | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆ ครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |
| 8.ฉันรับประทานอาหารทุกมื้อตามที่สถานสงเคราะห์คนชราจัดให้ | | | | | | |
| 9.ฉันหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง | | | | | | |
| 10.ฉันหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด | | | | | | |
| 11.ฉันออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ | | | | | | |
| 2.2พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุด้านจิตใจ | | | | | | |
| 1.ฉันตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิต | | | | | | |
| 2.ฉันดำเนินตามแผนในการดำเนินชีวิต | | | | | | |
| 3.ฉันผลัดวันประกันพรุ่งจนเป็นนิสัย จนทำให้ไม่สำเร็จตามเป้าหมาย | | | | | | |
| 4.เมื่อเกิดเรื่องที่ฉันกังวล เครียด ฉันจะพูดให้กำลังใจตัวเอง | | | | | | |
| 5.ฉันร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับสถานสงเคราะห์คนชรา | | | | | | |
| 6.ฉันเปิดโอกาสให้ตนเองได้เรียนรู้ | | | | | | |
| 7.ฉันทำกิจกรรมที่ส่งผลให้จิตใจสงบ เช่น ฝึกสมาธิ ฟังธรรมะ ฟังเพลง | | | | | | |
| 8.ฉันหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ฉันเกิด | | | | | | |

| ข้อคำถาม | ระดับการปฏิบัติ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ปฏิบัติบ่อยครั้ง | ปฏิบัติบ่อยมาก | ปฏิบัติบ่อย | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆ ครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |
| ความเครียด | | | | | | |
| 9.เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจฉันทำตัววางเฉยแทนการโวยวาย | | | | | | |
| 10.เมื่อต้องไปในสถานที่ไม่คุ้นเคย ฉันพูดคุยกับบุคคลอื่นได้ | | | | | | |
| 11.ฉันมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น กับเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชรา | | | | | | |
| 12.ฉันเข้าร่วมกิจกรรมที่ใช้ความกล้าแสดงออก เช่น ร้องเพลง เต้นรำ | | | | | | |
| 13.ฉันพูดคุยกับเพื่อนในสถานสงเคราะห์ | | | | | | |
| 14.เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ทุกข์ใจ ฉันเลือกที่จะนั่งแยกตัวคนเดียว | | | | | | |
| 15.ฉันพูดช้าทำอะไรช้าลงหรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น | | | | | | |
| 16.เมื่อมีปัญหาที่ไม่สามารถแก้ได้ ฉันทำร้ายตัวเอง | | | | | | |
| 2.3 พฤติกรรมดูแลสุขภาวะตนเองของผู้สูงอายุด้านสังคม | | | | | | |

| ข้อคำถาม | ระดับการปฏิบัติ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ปฏิบัติบ่อยครั้ง | ปฏิบัติบ่อยมาก | ปฏิบัติบ่อย | ปฏิบัติบางครั้ง | ปฏิบัตินานๆ ครั้ง | ไม่เคยปฏิบัติเลย |
| 1.เมื่อมีโอกาส ฉันจะบริจาค สิ่งของอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ให้กับบุคคลอื่น | | | | | | |
| 2.เมื่อมีโอกาส ฉันจะช่วยเพื่อนในสถานสงเคราะห์ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยกว่าฉัน | | | | | | |
| 3.เมื่อมีโอกาส ฉันจะช่วยงานเจ้าหน้าที่ในส่วนที่ฉันสามารถทำได้ | | | | | | |
| 4.ฉันให้คำแนะนำแก่เพื่อนที่ปฏิบัติผิดระเบียบของสถานสงเคราะห์คนชรา | | | | | | |
| 5.ฉันพูดปลอบใจหรือให้กำลังใจเมื่อเพื่อนประสบปัญหาหรือความทุกข์ | | | | | | |
| 6.ฉันกล่าวชมเชยเพื่อนเมื่อเขาทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม | | | | | | |
| 7.ฉันใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยทำกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ทางสถานสงเคราะห์คนชราจัดขึ้น | | | | | | |

**ตอนที่ 3 ความกรุณาต่อตนเอง**

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและตัดสินใจเลือกคำตอบที่ตรงกับสภาพความเป็น จริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย √ เหนือวลี “จริงที่สุด” “จริง” “ค่อนข้างจริง” “ค่อนข้างไม่จริง” “ไม่จริง” “ไม่จริงเลย” เพียงแห่งเดียวในแต่ละข้อ กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

| ข้อคำถาม | ระดับความจริง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 3.1 ความการุณย์ตนเอง (self-kindness) | | | | | | |
| 1.ฉันพยายามเข้าใจเกี่ยวกับความคาดหวังในนิสัยของฉันที่ฉันไม่ชอบ | | | | | | |
| 2.เมื่อฉันมีความทุกข์ใจ ฉันจะปฏิบัติต่อตนเองด้วยความเมตตา | | | | | | |
| 3.เมื่อฉันพบเจอช่วงเวลาที่ยากลำบาก ฉันดูแลถนอมจิตใจตนเองอย่างที่ควรเป็น | | | | | | |
| 4.ฉันอดทนได้กับความผิดพลาดและข้อจำกัดของตนเอง | | | | | | |
| 5.เวลาที่ฉันรู้สึกปวดร้าวใจ ฉันจะใส่ใจดูแลตนเอง | | | | | | |
| 6.เมื่อมีอะไรมาทำให้ฉันรู้สึกแย่ ฉันจะจมอยู่กับความรู้สึกนั้น | | | | | | |
| 7.เมื่อเกิดปัญหาหรือมีความยุ่งยากต่างๆ เกิดขึ้นฉันมักจะโทษตัวเอง | | | | | | |
| 8.เวลามีความทุกข์ ฉันไม่เห็นใจหรือใส่ใจจิตใจของตนเอง | | | | | | |
| 9.ฉันตำหนิข้อบกพร่องของตนเอง | | | | | | |

| ข้อคำถาม | ระดับความจริง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 10.ฉันทนไม่ได้และหงุดหงิดต่อบุคลิกลักษณะของฉันที่ฉันไม่ถูกใจ | | | | | | |
| 3.2 ความเป็นปุถุชน (common humanity) | | | | | | |
| 1.เมื่อฉันรู้สึกบกพร่องในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ฉันพยายามเตือนตนเองว่าคนส่วนใหญ่ก็เป็นเช่นเดียวกัน | | | | | | |
| 2.ฉันพยายามมองว่าความล้มเหลวต่างๆ ของฉันเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ | | | | | | |
| 3.เมื่อรู้สึกหดหู่ ฉันมักจะเตือนว่าตนเองยังมีผู้คนอีกมากมายในโลกนี้ที่รู้สึกเช่นเดียวกับฉัน | | | | | | |
| 4.เวลามีเรื่องเลวร้ายเกิดขึ้น ฉันมองว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนต้องประสบ | | | | | | |
| 5.เมื่อฉันทำอะไรสำคัญๆ ล้มเหลว ฉันว่าคงมีแต่ฉันเท่านั้นที่ล้มเหลว | | | | | | |
| 6.เมื่อนึกถึงข้อบกพร่องของตนเอง ฉันมักรู้สึกโดดเดี่ยวและแตกต่างจากคนอื่น | | | | | | |
| 7.เมื่อฉันรู้สึกหดหู่ ฉันว่าคนอื่นๆ อาจจะมีความสุขกว่าฉัน | | | | | | |
| 8.เมื่อใดก็ตามที่ฉันต้องดิ้นรนต่อสู้กับความยากลำบาก ฉันว่าคนอื่นคงไม่ลำบากเช่นฉัน | | | | | | |
| 3.3 การครองสติ (mindfulness) | | | | | | |

| ข้อคำถาม | ระดับความจริง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1.เมื่อมีอะไรมาทำให้ฉันรู้สึกหงุดหงิด ไม่มีความสุข ฉันพยายามควบคุมอารมณ์ให้เป็นปกติ | | | | | | |
| 2.เมื่อไหร่ก็ตามที่ฉันรู้สึกหดหู่ท้อแท้ ฉันจะพยายามทำความเข้าใจความรู้สึกของตนเองด้วยใจเปิดกว้าง | | | | | | |
| 3.เมื่อมีเรื่องมาทำให้ฉันเจ็บปวดใจ ฉันจะพยายามมองเรื่องนั้นอย่างเป็นกลางจากหลายๆ แง่มุม | | | | | | |
| 4.เมื่อฉันทำเรื่องสำคัญๆ ล้มเหลว ฉันพยายามคิดหาเหตุผลและไม่ตีโพยตีพาย | | | | | | |
| 5.เวลารู้สึกหดหู่ท้อแท้ ฉันมักจะหมกมุ่นและคิดถึงแต่เรื่องต่างๆ ที่ฉันทำผิดพลาด | | | | | | |
| 6.เมื่อฉันทำเรื่องสำคัญๆ ล้มเหลว ฉันจะจมอยู่ในห้วงความรู้สึกว่าตัวเองไม่ดีพอ | | | | | | |
| 7.เมื่อมีอะไรมาทำให้ฉันเจ็บปวดใจ ฉันมักจะตีโพยตีพาย | | | | | | |
| 8.ฉันจะตำหนิตัวเอง เมื่อฉันทำสิ่งที่ตัวฉันไม่ถูกใจ | | | | | | |

**ตอนที่ 4 การมองโลกในแง่ดี**

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและตัดสินใจเลือกคำตอบที่ตรงกับสภาพความเป็น จริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย √ เหนือวลี “จริงที่สุด” “จริง” “ค่อนข้างจริง” “ค่อนข้างไม่จริง” “ไม่จริง” “ไม่จริงเลย” เพียงแห่งเดียวในแต่ละข้อ กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

| ข้อคำถาม | ระดับความจริง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1. ฉันพยายามคิดในทางที่ดีไว้ก่อนเมื่อต้องเผชิญปัญหา เพราะกว่าจะมาถึงวันนี้ได้ฉันก็ได้ผ่านปัญหาต่างๆ มามากมาย | | | | | | |
| 2. ท่ามกลางสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน ฉันมักจะคาดหวังในสิ่งที่ดีเสมอ | | | | | | |
| 3. ฉันแทบจะไม่เคยคาดหวังกับอนาคตที่จะเกิดขึ้น | | | | | | |
| 4. การคิดว่าทุกอย่างจะคลี่คลายดีขึ้นทำให้ฉันสบายใจขึ้นมาก | | | | | | |
| 5. ฉันคิดว่าถ้าฉันมีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อน ปัญหานั้นคงจะไม่บานปลายไปถึงเพื่อนคนอื่นๆ ด้วย | | | | | | |
| 6. ฉันคาดหวังว่าจะมีเรื่องดีเกิดขึ้นกับฉันมากกว่าเรื่องไม่ดี | | | | | | |
| 7. ฉันคาดว่าจะมีเรื่องดีๆ เกิดขึ้นหลังจากปัญหาที่เกิดขึ้นกับฉันได้คลี่คลายไป | | | | | | |
| 8. เมื่อฉันมีปัญหา ฉันหวังว่าจะมีคนให้กำลังใจ | | | | | | |

| ข้อคำถาม | ระดับความจริง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 9. ฉันรู้สึกผ่อนคลายเมื่อทำกิจกรรมรวมกับสถานสงเคราะห์คนชราหรือเพื่อนๆ ในสถานสงเคราะห์คนชรา | | | | | | |
| 10. เมื่อคนรอบตัวฉันทำความผิด ฉันไม่ได้อารมณ์เสียมากจนเกินไป | | | | | | |
| 11. ถึงจะมีการขัดแย้งภายในสถานสงเคราะห์ แต่มันก็จะคลี่คลายไปได้ | | | | | | |

**ตอนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเอง**

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและตัดสินใจเลือกคำตอบที่ตรงกับสภาพความเป็น จริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย √ เหนือวลี “จริงที่สุด” “จริง” “ค่อนข้างจริง” “ค่อนข้างไม่จริง” “ไม่จริง” “ไม่จริงเลย” เพียงแห่งเดียวในแต่ละข้อ กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

| ข้อคำถาม | ระดับความจริง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1. ฉันสามารถควบคุมตนเองให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลหรือไขมันสูงได้ | | | | | | |
| 2. ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่แออัด มีอากาศไม่บริสุทธิ์ได้ | | | | | | |
| 3. ฉันสามารถสรรหาผักผลไม้รับประทานทุกวันเพื่อป้องกันท้องผูก | | | | | | |
| 4. ฉันสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มได้ | | | | | | |

| ข้อคำถาม | ระดับความจริง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 5. เมื่อเกิดเรื่องไม่สบายใจ ฉันสามารถผ่อนคลายความตึงเครียดนั้นได้ด้วยตนเอง | | | | | | |
| 6. ฉันสามารถแก้ไขความรู้ สึกหดหู่ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายของตนเองได้ | | | | | | |
| 7. ฉันสามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้เมื่อโกรธหรือไม่พอใจ | | | | | | |
| 8. ฉันสามารถจัดสรรเวลาไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีได้ตามกำหนด | | | | | | |

**ตอนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคม**

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและตัดสินใจเลือกคำตอบที่ตรงกับสภาพความเป็น จริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย √ เหนือวลี “จริงที่สุด” “จริง” “ค่อนข้างจริง” “ค่อนข้างไม่จริง” “ไม่จริง” “ไม่จริงเลย” เพียงแห่งเดียวในแต่ละข้อ กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

| ข้อคำถาม | ระดับความจริง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1. ฉันได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ในยามที่ฉันต้องการ | | | | | | |
| 2. ไม่มีใครที่รับฟังความรู้สึกของฉันในยามที่ฉันประสบกับปัญหา | | | | | | |
| 3. ฉันได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแล จากเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์ | | | | | | |
| 4. เพื่อนในสถานสงเคราะห์สามารถ | | | | | | |

| ข้อคำถาม | ระดับความจริง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| รับฟังปัญหาของฉันได้ | | | | | | |
| 5. ฉันได้รับของใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น แป้ง สบู่ ยาสีฟัน เป็นต้น จากเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์ | | | | | | |
| 6. ฉันได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงินจากครอบครัว เพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน | | | | | | |
| 7. เมื่อของใช้ในชีวิตประจำวันไม่เพียงพอ ฉันสามารถขอแบ่งจากเพื่อนในสถานสงเคราะห์ได้ | | | | | | |
| 8. สถานสงเคราะห์คนชราจัดเตรียมจัดหาสิ่งบันเทิง เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ที่สอดคล้องกับความต้องการของฉัน | | | | | | |
| 9. สถานสงเคราะห์จัดเครื่องมือที่เหมาะสมในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ เช่น รถเข็น ไม้เท้าพยุงเดิน | | | | | | |
| 10. ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคประจำตัวจากเจ้าหน้าที่ภายในสถานสงเคราะห์คนชรา | | | | | | |
| 11. ฉันได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพจากเพื่อนในสถานสงเคราะห์คนชรา | | | | | | |

**ตอนที่ 7 การรับรู้แนวปฏิบัติของสถานสงเคราะห์คนชรา**

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและตัดสินใจเลือกคำตอบที่ตรงกับสภาพความเป็น จริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย √ เหนือวลี “จริงที่สุด” “จริง” “ค่อนข้างจริง” “ค่อนข้างไม่จริง” “ไม่จริง” “ไม่จริงเลย” เพียงแห่งเดียวในแต่ละข้อ กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

| ข้อคำถาม | ระดับความจริง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จริงที่สุด | จริง | ค่อนข้างจริง | ค่อนข้างไม่จริง | ไม่จริง | ไม่จริงเลย |
| 1. ผู้สูงอายุไม่สามารถเล่นการพนันในสถานสงเคราะห์คนชราได้ | | | | | | |
| 2. เมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุสามารถซื้อยาลูกกลอน ยาชุดมาทานเองได้ | | | | | | |
| 3. ผู้สูงอายุไม่สามารถดื่มสุราได้ | | | | | | |
| 4. ผู้สูงอายุต้องปฏิบัติตนอยู่ในศีลธรรมอันดีงาม | | | | | | |
| 5. ผู้สูงอายุไม่สามารถทำลายข้าวของทางราชการ เพื่อระบายอารมณ์ได้ | | | | | | |
| 6. ผู้สูงอายุสามารถทะเลาะกันได้ | | | | | | |
| 7. ผู้สูงอายุไม่สามารถหยิบของเพื่อนมาใช้โดยไม่ได้บอกกล่าวได้ | | | | | | |
| 8. เมื่อผู้สูงอายุทำผิดตามข้อปฏิบัติของผู้ใช้บริการ ผู้สูงอายุต้องได้รับการลงโทษ | | | | | | |
| 9. ผู้สูงอายุไม่สามารถนำของใช้ส่วนรวมมาใช้คนเดียวได้ | | | | | | |
| 10 ผู้สูงอายุห้ามเสียงดังรบกวนบุคคลอื่นและบุคคลที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง | | | | | | |

# ประวัติผู้เขียน

| | |
|---|---|
| **ชื่อ-สกุล** | กิตติชัย อ่วมสวยศรี |
| **วัน เดือน ปี เกิด** | 21 พฤษภาคม 2535 |
| **สถานที่เกิด** | กาญจนบุรี |
| **ที่อยู่ปัจจุบัน** | 5/2 ม.1 ต.วังเย็น อ.เมืองกาญจนบุรี จ.กาญจนบุรี |