

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง ในอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ประชากรวัยทอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง
3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง
6. บริบทของจังหวัดกระบี่

#### ประชากรวัยทอง

ประชากรวัยทอง หมายถึง ผู้หญิงและผู้ชายที่มีอายุ 40 - 59 ปี ก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงต่อระหว่างวัยเจริญพันธุ์และวัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่การทำงานของต่อมไร้ท่อของระบบสืบพันธุ์เริ่มเสื่อมลง ซึ่งจะผลิตฮอร์โมนเพศลดลง ทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกายและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (ภักดี, 2544)

#### ความหมายของผู้หญิงวัยทอง

หมายถึง ผู้หญิงที่มีอายุ 40 - 59 ปี (กอบจิตต์ และกระเชียร, 2543; สุวิภา, 2542; อรุษา, มยุรี, อภิชาติ และจิตติมา, 2544) เป็นช่วงหนึ่งของชีวิตสตรีที่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศหญิง คือฮอร์โมนเอสโตรเจนจะมีระดับลดลง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของรังไข่ทำให้มีความผิดปกติของประจำเดือนทั้งระยะเวลาและปริมาณ จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของร่างกาย ตั้งแต่ก่อนหมดประจำเดือน และเกิดต่อเนื่องจนกระทั่งหมดประจำเดือน และหลังหมดประจำเดือน ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ คือ

ระยะก่อนหมดประจำเดือน (perimenopause) เป็นระยะเริ่มต้นของการหมดประจำเดือน ระยะนี้สตรีจะเริ่มมีประจำเดือนผิดปกติ ร่วมกับมีอาการร้อนวูบวาบ อ่อนเพลีย มีน้้ำศีรษะ สภาวะทางด้านอารมณ์จะแปรปรวนง่าย การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้มีอยู่ 2-3 ปี

ระยะหมดประจำเดือน (menopause) เป็นระยะเวลาตั้งแต่หมดประจำเดือนมาเป็นระยะเวลา 1 ปี

ระยะหลังหมดประจำเดือน (postmenopause) เป็นระยะตั้งแต่หลังหมดประจำเดือนหลังจาก 1 ปี มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากหมดประจำเดือน เช่น ช่องคลอดตีบแคบ เกิดภาวะกระดูกพรุน (กอบจิตต์ และกระเชียร, 2543; สุวิภา, 2542; สุกรี, 2542; สมจิตต์, 2544; อรุษา และคณะ, 2544; Jensen & Bobak, 1985; Lichtman, 1991 )

### อาการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของผู้หญิงวัยทอง

แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะที่รังไข่เสื่อม แต่ยังสามารถผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนได้อยู่ มักพบความผิดปกติของรอบประจำเดือน ทำให้แต่ละรอบประจำเดือนสั้น ต่อมาการตกไข่บกพร่องแต่การหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนยังคงมีอยู่ระยะหนึ่ง ทำให้ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอจนขาดประจำเดือน

2. การเปลี่ยนแปลงในระยะแรกที่มีการลดต่ำของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน มักเกิดขึ้นแต่ก่อนหมดประจำเดือน ถึงระยะหมดประจำเดือน มีอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) เป็นอาการสำคัญที่แสดงถึงอาการหมดประจำเดือน ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองจากการลดต่ำลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนของไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ที่ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย มีการขยายของหลอดเลือดบริเวณผิวหนังตั้งตัว และหดตัวไม่สม่ำเสมอ (Kass - Annesse, 1999) ปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณผิวหนัง อวัยวะต่างๆของร่างกายและสมองเพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการร้อนวูบวาบ (hot flash) ร้อยละ 87 จะเกิดขึ้นในผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี และมักจะเกิดอาการบริเวณใบหน้า คอ และอก มีอาการร้อนมากบางครั้งทนไม่ได้ หลังจากนั้นจะมีอาการเหงื่อออก ส่วนใหญ่เกิดเวลากลางคืน (night sweat) ขณะนอนหลับ (Dormire, 2003) และบางครั้งมีอาการหนาวสั่นตามมา (Mckeeon, 1994) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการนอนไม่หลับ เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่างๆทางด้านจิตใจตามมา เช่น อาการหงุดหงิด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย อาจมีอาการทาง

จิตประสาท กระวนกระวาย ขาดสมาธิ และความจำเสื่อม (ธนพร, 2541; ประเวศ, 2544; อำนวย, 2542)

3. การเปลี่ยนแปลงในระยะกลางภายหลังการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ดังนี้

ระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการผ่องบางของเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ดได้ง่าย แสบหรือปวดเวลาถ่ายปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Bachmann, 1994; Vamer & Younger, 1995) ร้อยละ 50 จะมีอาการของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ขณะไอหรือจาม และกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้ง่ายร้อยละ 39.5 (ธนพร, 2541) เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานลดลง (Lichtman, 1991) มีการเสื่อมของเยื่อบุทางเดินปัสสาวะ จะเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย เชื้อที่พบบ่อย คือ ทริโคโมแนส (Maddox, 1992) และจากการศึกษาอาการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรหญิงในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ของ ชลอสกรี, ชเนนทร์ และวารณี (2541) พบว่า มีปัญหาในเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ถ่ายปัสสาวะบ่อย และมีอาการเจ็บแสบขณะถ่ายปัสสาวะ

ระบบสืบพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือนทั้งปริมาณ และความถี่ อาจมีประจำเดือนมากระปริบกระปรอย ไม่สม่ำเสมอ จนกระทั่งมีการขาดหายไปของประจำเดือน เต้านมมีขนาดเล็กลงเนื่องจากการผ่องและเหี่ยวของเซลล์เต้านม (Maddox, 1992) นอกจากนี้ความแข็งแรงของเอ็นที่ช่วยยึดพยุงมดลูก ซึ่งได้แก่ คาร์ดินอล (cardinal) และยูเทอโรซาครัล (uterosacral ligament) รวมทั้งเนื้อเยื่ออื่นๆ จะทำให้มดลูกและผนังช่องคลอดหย่อนมากขึ้น ขนาดของมดลูก รั้งไข่ และท่อไข่จะค่อยๆ ลดขนาดลงอย่างช้าๆ คอมดลูกอาจจะสั้นลง มีการเปลี่ยนแปลงของช่องคลอดและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ผนังช่องคลอดบางลง เหี่ยวแห้ง รอยร้าวในช่องคลอดหายไป เนื้อเยื่อในช่องคลอดขาดความยืดหยุ่น ต่อมาที่สร้างมูกหล่อลื่นช่องคลอดลดลง ปริมาณน้ำหล่อลื่นลดลง ช่องคลอดจะแห้งทำให้เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ความต้องการทางเพศ การตอบสนองทางเพศ ความบ่อยของการร่วมเพศ การถึงจุดสุดยอด เหล่านี้ลดลง อาจเกิดอาการคันระคายเคือง เป็นแผล เกิดการติดเชื้อในช่องคลอดได้ง่าย (สุกัญญา, สุสัณหา, ขวี และนิภาพร, 2544; อำนวย, 2542; Kass - Annese, 1999; Maddox, 1992; Quinn, 1991) และจากการศึกษาของ ยูพิน, สุปราณี, วรณชิต และนุโรม (2543) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในประเทศไทย พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนมีอาการเจ็บช่องคลอดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 76.29 และมีความต้องการทางเพศลดลงร้อยละ 53

ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะแห้งและบาง ผิวแตกและขี้ไคลง่าย (Mayor, 1994) บางแห่งมีเม็ดสีเพิ่มขึ้น บางแห่งมีเม็ดสีลดลง เกิดการระคายเคืองได้ง่าย ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง เกิดแผลถลอกได้ง่าย (Scharbo - Dehaan & Brucker, 1991) ตกสะเก็ด ฟกช้ำง่าย เป็นรอยย่น เล็บเปราะบาง เส้นผมแห้งและร่วงง่าย (ดาร์สัน, 2540) การทำงานของต่อมเหงื่อ และต่อมไขมันลดลง ความทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิลดลง (Lichtman, 1991) จากการศึกษาของวาริณี (2541) ศึกษาเรื่องอาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน พบว่า พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน มีอาการทางผิวหนังประมาณร้อยละ 65 - 75

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก เนื่องจากการขาดของเนื้อกระดูก ทำให้ความแข็งแรงของเนื้อกระดูกลดลง ทำให้มีอาการปวดเมื่อยตามตัว ปวดตามข้อ เกิดภาวะกระดูกบาง รูปร่างกระดูกอาจผิดปกติ เช่น หลังค่อม เตี้ยลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวจะช้าลง และผลจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุผิวข้อเป็นสาเหตุของข้อเสื่อม และเกิดภาวะกระดูกพรุนได้ง่าย (Hammond, 1999) จากการศึกษาของ ดาร์สัน (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับมุมมองด้านสุขภาพในผู้หญิงทำงานอายุ 40-59 ปีซึ่งอยู่ในชุมชนแออัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของวาริณี (2541) พบว่า พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนมีอาการของการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือนทุกระยะจะมีอาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก และถูกรบกวนจากอาการนี้มากที่สุด และจากการศึกษาของ ยุพิน และคณะ (2543) พบว่า อาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดประจำเดือนที่พบบ่อยร้อยละ 60 ได้แก่ อาการปวดหลัง ปวดเข่า ปวดตามข้อ ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ

#### ปัญหาสุขภาพของผู้หญิงวัยทอง

ในผู้หญิงวัยทอง การทำงานของรังไข่ค่อยๆลดลงจนไปมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีระของอวัยวะเป้าหมายต่างๆก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจมากมาย ปัญหาที่เกิดกับสตรีวัยนี้อาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละคน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายปัจจัย เช่น ลักษณะส่วนบุคคล การใช้ชีวิต ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และเป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิตของสตรีวัยนี้ มีดังนี้

1. ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนในระยะ 5 ปีแรกของการหมดประจำเดือนในวัยทอง จะทำให้มีการบางตัวหรือการสูญเสียของเนื้อกระดูกสูงถึงร้อยละ 3-5 ต่อปี เปรียบเทียบกับร้อยละ 0.5 ต่อปีในช่วงก่อนวัยหมดประจำเดือนทำให้สตรีวัยทองมีโอกาสเกิดโรคกระดูกเปราะบาง (osteopenia) และภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ได้มาก (Hawker, 1996) เพศหญิงจะมีอัตราการเกิดภาวะนี้มากกว่าเพศชายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุ 45-55 ปี เนื่องจากเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน (วิไลวรรณ, สมจินต์, แวนใจ และอุษา, 2539) และในช่วงอายุ 40-50 ปี อุบัติการณ์ของกระดูกหักในผู้หญิงจะมากกว่าในผู้ชาย (สธน, 2544) และภายใน 10 ปีแรกของการหมดประจำเดือนจะสูญเสียแคลเซียมจากกระดูกถึงร้อยละ 40 - 60 (ธนพร, 2541) นอกจากนี้ยังมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้ง่าย โดยเฉพาะกระดูกปลายแขน กระดูกสันหลัง ที่สำคัญคือกระดูกสะโพกซึ่งถ้าเกิดการหักขึ้นแล้ว ร้อยละ 12-20 จะเสียชีวิตในปีแรก และร้อยละ 50 จะไม่สามารถเดินได้ตามปกติ แม้จะให้การรักษาอย่างดีก็ตาม (สุกรี, 2542)

2. โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) เป็นผลมาจากการลดลงของฮอร์โมน ทำให้มีระดับไขมันในเลือดสูงได้ง่าย นั่นคือระดับคอเลสเตอรอล (cholesterol) และแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL - cholesterol) เพิ่มขึ้นส่วน เอชดีแอล คอเลสเตอรอล (HDL - cholesterol) มีระดับลดลง (สุกรี, 2542) ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้ง่าย ปกติอัตราส่วนการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันในผู้ชายจะสูงกว่าในผู้หญิง 5-6 เท่า แต่เมื่อสตรีย่างเข้าสู่วัยทองจะเริ่มมีอัตราการเกิดโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้น จนมีอัตราใกล้เคียงกับผู้ชายเมื่ออายุ 70 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีซึ่งหมดประจำเดือนเนื่องจากได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างจะมีอัตราเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดในอายุเดียวกันถึง 7 เท่า และจากการศึกษาของแมคเพอร์สัน (Macpherson, 1992) พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของสตรีวัยหลังหมดประจำเดือนในสหรัฐอเมริกา

3. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease) มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอายุที่เท่ากัน ทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานของสมองอย่างช้าๆ เป็นเหตุให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด (Garcini & Strong, 2000)

4. โรคเต้านมที่ไม่ใช่มะเร็ง พบได้ร้อยละ 30 เช่น fibrocystic disease, fibroadenoma มีหินปูนมาจับ (calcification) แต่พบมะเร็งเต้านมเพียง ร้อยละ 1 เท่านั้น สาเหตุการเกิดภาวะนี้ไม่ทราบแน่นอน อาจจะเป็นผลมาจากการไม่สมดุลระหว่างฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน (อุรุษา และคณะ, 2544)

5. ปัญหาทางด้านจิตใจ การลดลงของฮอร์โมนแอนโดรเจนมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆอาการด้านจิตประสาท เช่น อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆของการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ทำให้รู้สึกสูญเสีย หมดหวัง ซึมเศร้า และวิตกกังวล (Stephenson & O' Connor, 2000) เครียด นอนไม่หลับ อาการทางจิตประสาทนี้อาจเกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับอาการทางกาย เช่น อาการร้อนวูบวาบ มักเกิดขึ้นในเวลากลางคืน หลังมีอาการแล้วมักจะมีเหงื่อออกมาก ทำให้นอนไม่หลับกระสับกระส่าย ซึ่งอาการทางจิตประสาทไม่ได้เกิดขึ้นกับสตรีวัยหมดประจำเดือนทุกราย ทั้งนี้มีผู้ทำการศึกษาและอธิบายว่าอาการทางจิตประสาทเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาครอบครัว หรือปัญหาส่วนตัวอยู่แล้วมักจะเป็นผู้ที่มีอาการนี้มากกว่าผู้อื่น (สุวิภา, 2539) จากการศึกษา การรับรู้สุขภาพและการปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือนของปิยะมาภรณ์ (2540) พบว่า อาการที่มีความรุนแรงมากของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในเขตกรุงเทพมหานคร คือ อาการหงุดหงิด โมโหง่าย โดยมีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก

#### *ความหมายของผู้ชายวัยทอง (partial androgen deficiency in aging male) (PADAM)*

หมายถึง ผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 40 - 65 ปี ซึ่งระบบสืบพันธุ์ คือ อัณฑะเริ่มเสื่อมหน้าที่ในการสังเคราะห์ฮอร์โมนเพศชายอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ระดับฮอร์โมนแอนโดรเจน และฮอร์โมนเพศชายที่สำคัญที่สุด คือ ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน จะค่อยๆลดลงไปตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของร่างกายและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (ซีน, 2544; ถนอมขวัญ, 2544; สรน, 2544; สิริพิชญ์, 2542; เสาวลักษณ์, 2544; หะทัย, 2544)

#### *อาการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆของผู้ชายวัยทอง*

ระบบประสาทอัตโนมัติ จะมีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย (hot flash) อาการนี้จะพบได้น้อยและมีความรุนแรงน้อยกว่าที่เกิดขึ้นในผู้หญิงวัยทอง อาการจะเป็นอยู่ประมาณ 2-3 นาที แล้วจึงค่อยๆหายไป หลังจากนั้นจะมีอาการเหงื่อออกตามมา เมื่ออาการร้อนวูบวาบลึ้นสุดลงจะมีอาการแสดงบางอย่างร่วมด้วยเช่น อาการหนาวสั่น ถ้าเกิดกลางคืนจะนอนไม่หลับ เป็นต้น (สิริพิชญ์, 2542; ซีน, 2544; อรุษา และคณะ, 2544; เสาวลักษณ์, 2544)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนต่ำ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไขมันในกระแสเลือดไปในทางที่เกิดโทษต่อร่างกาย เช่นมีการลดระดับคอเลสเตอรอล (HDL - cholesterol) ซึ่งเป็นไขมันที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และมีการเพิ่มของระดับคอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) แอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL - cholesterol) รวมทั้งไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) ซึ่งเป็นไขมันที่เป็นโทษแก่ร่างกาย และมีผลต่อหลอดเลือด คือทำให้ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดลดลง ผนังหลอดเลือดไม่ยืดหยุ่นเท่าที่ควรเกิดการแข็งตัว (atherosclerosis) เสี่ยงความยืดหยุ่น เลือดไหลผ่านหลอดเลือดได้น้อยลง (เพ็ญญา, พรทิพย์ และไฉน, 2544; Polderman et al., 1993) ซึ่งจะแสดงให้เห็นด้วยการมีภาวะความดันโลหิตสูง ต่อมาก็จะทำให้หลอดเลือดแดงค่อยๆตีบลง ถ้าเกิดกับหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary) ที่ไปหล่อเลี้ยงหัวใจจะทำให้มีอาการเจ็บบริเวณหัวใจ (angina pectoris) ถ้าเกิดกับหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองก็จะทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์ (paralysis) ถ้าพยาธิสภาพดังกล่าวรุนแรงมากขึ้นจะเกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดง อาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) หรือเกิดอาการอัมพาต (paralysis) (กรมอนามัย, 2544)

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีผลทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อทั่วร่างกายเล็กหรือลีบลง ความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อของร่างกายลดน้อยลง ขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆหมดแรงได้ง่าย มักมีอาการปวดเมื่อยตามตัวและข้อ หลังอายุ 50 ปีไปแล้วจะมีการสูญเสียมวลกระดูกอย่างต่อเนื่อง (เสาวลักษณ์, 2544) กระดูกจะเปราะบาง หักง่าย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) (รังสิมา, 2545) การกระจายของไขมันมักจะมารวมบริเวณหน้าท้อง และอวัยวะภายในช่องท้องเป็นส่วนมากจึงทำให้มีลักษณะท้องโตคล้ายลูกแอปเปิ้ลหรือที่เรียกกันว่า "ลงพุง" (กรมอนามัย, 2544)

ระบบสืบพันธุ์ จากการที่ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนต่ำอาจจะแสดงออกด้วยอาการดังนี้ ความต้องการทางเพศ และอารมณ์ทางเพศจะลดลง ความสามารถในการหลั่งอสุจิ ลดลง และเกิดภาวะที่องคชาติไม่สามารถแข็งตัวจนสามารถมีเพศสัมพันธ์และทรงตัวอยู่ได้จนกระทั่งมีการหลั่งน้ำอสุจิที่เรียกว่า หย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction) (กรมอนามัย, 2544; ถนอมขวัญ, 2544)

นอกจากนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ เซาว์ปัญญา และอารมณ์ ซึ่งมักจะมีอาการดังต่อไปนี้ ความจำเสื่อม ไม่เด็ดขาด เครียด หงุดหงิดง่าย สมาธิลดลง วิตกกังวล กลัวหลงลืมง่าย นอนไม่ค่อยหลับ ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (ศิริพิชญ์, 2542; สุมาลี, 2543)

## ปัญหาสุขภาพของผู้ชายวัยทอง

1. ไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) เป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ ร้อยละ 82 สาเหตุเกิดจากการลดระดับของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน เพราะอัตราส่วนที่อาจมีสาเหตุจากการลดลงของ Growth hormone ทำให้อัตราการเผาผลาญอาหารของร่างกายลดลง จึงมีอาหารเหลือใช้สะสมมากในรูปไขมัน (Vermeulen, 2000) หรืออาจเกิดร่วมกับการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น ทางด้านโภชนาการ และขาดการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ นอกจากนี้พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ชาย คือโรคหัวใจและหลอดเลือด (สธน, 2544; หะทัย, 2544)

2. หย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction) พบได้ ร้อยละ 66 (หะทัย, 2544) สาเหตุเกิดจากความบกพร่องของฮอร์โมนหรือสาเหตุมาจากโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งยา เช่น ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต และอาจเกิดจากความเครียด ภาวะวิตกกังวล อารมณ์เศร้าหมอง เป็นต้น (ถนอมขวัญ, 2544; สธน, 2544; Baker, 1998 อ้างตามมันทนา, 2544)

3. ต่อมลูกหมากโต (benign prostatic hyperplasia) พบได้ ร้อยละ 65 (หะทัย, 2544) ปัญหานี้จะมีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ซึ่งจะแสดงให้เห็นโดยอาการผิดปกติทางระบบปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะขัด ปัสสาวะบ่อย หรือกะปริดกะปรอย และปัสสาวะไม่สุด (ชมรมชาย-หญิงวัยทองแห่งประเทศไทย, 2544)

4. โรคความดันโลหิตสูง เป็นผลกระทบมาจากการเปลี่ยนแปลงไขมันในเลือด เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงขาดความยืดหยุ่น นอกจากนี้อาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะเครียด จะส่งเสริมให้โรคนี้มีความรุนแรงมากขึ้น หรือการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มมาก (ชื่น, 2544; หะทัย, 2544)

5. โรคเบาหวาน เนื่องจากการลดระดับของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนจะส่งเสริมให้เกิดโรคอ้วนได้ง่าย และเมื่อเกิดโรคอ้วนก็จะทำให้เกิดโรคเบาหวานตามมาได้ หรืออาจเกิดจากปัจจัยอื่น เช่น พันธุกรรม ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารมากเกินไป เป็นต้น (ชื่น, 2544; หะทัย, 2544; กรมอนามัย, 2544)

6. ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) สาเหตุจากมีการลดระดับของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน แล้วทำให้เกิดความไม่สมดุลกันระหว่างเซลล์สร้างกระดูก (osteoblast) และเซลล์ทำลายกระดูก (osteoclast) จึงเกิดภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุน ถ้าเป็นที่กระดูกสันหลังอาจจะทำให้



กระดูกสันหลังยุบตัวลง แล้วทำให้ความสูงลดลง อาจทำให้เกิดลักษณะหลังโก่ง ถ้าเกิดที่กระดูกสะโพกหรือกระดูกปลายแขน เมื่อหกล้ม อาจทำให้กระดูกหักได้ง่าย (ซีน, 2544; รั้งสิมา, 2545) ภาวะกระดูกพรุนอาจเกิดจากปัจจัยอื่น เช่น โรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ เบาหวาน ยาบางชนิด หรือปัจจัยทางด้านโภชนาการ เช่น รับประทานอาหารแคลเซียมน้อยเกินไป แต่รับประทานอาหารโปรตีน เส้นใยต่างๆ กาแฟ มากเกินไป รวมทั้งสูบบุหรี่และดื่มสุราซึ่งจะเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดภาวะกระดูกพรุนได้ (กรมอนามัย, 2544; Orwoll, 1998)

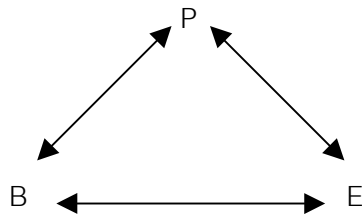
7. ปัญหาทางด้านจิตใจ จะมีความอดทนน้อยลง หงุดหงิดง่าย ขาดความกระตือรือร้น ขาดแรงจูงใจ ซึมเศร้า ขาดความมั่นใจในตัวเอง ซึมเศร้า ภาวะนอนกรนง่าย รู้สึกชีวิตไม่มีจุดหมาย รู้สึกเหงา เปล่าเปลี่ยว ขาดความสนุกสนาน เป็นต้น (อุรุษา และคณะ, 2544; สิริพิชญ์, 2542; เสาวลักษณ์, 2544) จากการศึกษาของ บาร์เรตคอนเนอร์และคณะ (Barrett - Connor, Von Muhlen, Kritz - Silverstein, 1999) ศึกษาอาการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศทดสอบเตอโรน และภาวะอารมณ์ซึมเศร้าในผู้ชายวัยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 856 ราย พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าพบว่าจะมีฮอร์โมนเพศทดสอบเตอโรนลดน้อยลง

โดยสรุป ประชากรวัยทอง หมายถึง ผู้หญิงและผู้ชายที่มีอายุ 40 - 59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยที่เป็นช่วงต่อระหว่างวัยเจริญพันธุ์และวัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ต่อมไร้ท่อของระบบสืบพันธุ์ เสื่อมหน้าที่อย่างค่อยเป็นค่อยไปและผลิตฮอร์โมนเพศลดลง จึงทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบผิวหนัง ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ และมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆได้ง่าย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต ภาวะกระดูกพรุน โรคมะเร็งต่างๆ เป็นต้น รวมทั้งปัญหาทางด้านจิตใจ

*แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง*

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self - efficacy theory) เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning principles) ของแบนดูรา (Bandura) นักจิตวิทยา โดยมีข้อสมมุติฐานว่า กระบวนการทางปัญญา (cognitive process) เป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคคล โดยมีแนวคิดว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากลักษณะโครงสร้างที่มีความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน (casual structure) ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ (1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal personal factors = P) ได้แก่

ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ (2) พฤติกรรม (represent behavior = B) (3) สภาพแวดล้อม (external environment = E) ซึ่งปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบนี้มีอิทธิพลและส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน (reciprocal causation) และอิทธิพลขององค์ประกอบแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์และกิจกรรมที่แตกต่างกันไป (Bandura, 1997) ดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม (Bandura, 1997)

เมื่อพิจารณาปัจจัยระหว่างบุคคลกับพฤติกรรม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ความคาดหวัง การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป้าหมาย และความตั้งใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคล คิด เชื่อ และรู้สึกจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นใด ในขณะที่เดียวกันการกระทำของบุคคลจะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดลักษณะการคิดและการสนองตอบทางอารมณ์ของบุคคลนั้น ลักษณะของร่างกาย ระบบการรับรู้ และระบบประสาท จะมีผลต่อพฤติกรรมและศักยภาพของบุคคล เช่นเดียวกับระบบการรับรู้และโครงสร้างของสมองก็ปรับเปลี่ยนได้โดยประสบการณ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน

ปัจจัยระหว่างพฤติกรรมกับสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของคนเรา พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสภาพแวดล้อม ในขณะที่เดียวกันเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้น ก็จะทำให้พฤติกรรมถูกเปลี่ยนไปด้วยสภาพแวดล้อมซึ่งจะไม่มีอิทธิพลใดๆต่อบุคคล จนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น

ปัจจัยระหว่างสภาพแวดล้อมกับบุคคล เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลนั้นจะพัฒนาและเปลี่ยนแปลง โดยอิทธิพลทางสังคมที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการสนองตอบทางอารมณ์โดยการผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม ในขณะเดียวกันบุคคลจะกระตุ้นปฏิกิริยาตอบสนองที่แตกต่างจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ จากลักษณะ

ทางกายภาพของบุคคลนั้น เช่น อายุ ขนาดของร่างกาย เชื้อชาติ เพศ และความน่าสนใจของร่างกาย นอกจากนี้การตอบสนองนั้นยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสถานภาพทางสังคมของบุคคลอีกด้วย

แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถแห่งตน (self-efficacy) ไว้ว่าเป็นการรับรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะจัดการและกระทำกิจกรรมนั้นๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ โดยอธิบายถึงความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ จะมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรม ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self - efficacy beliefs) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมที่ต้องการนั้นให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ได้ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม

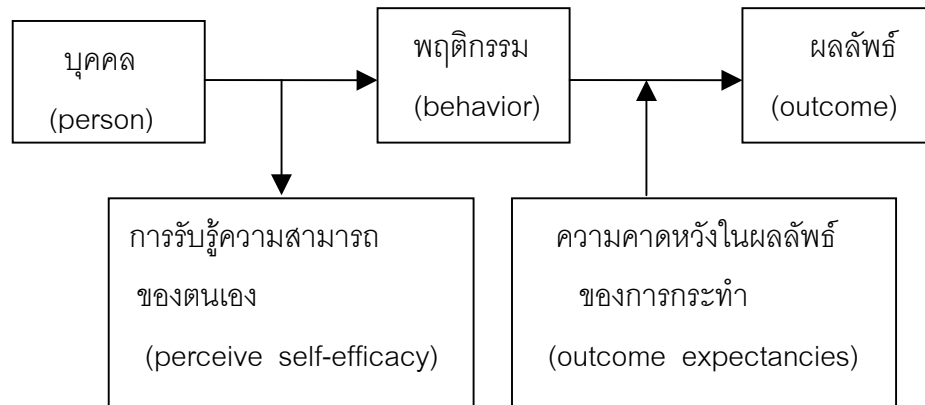
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (outcome expectancies) เป็นความเชื่อมั่นที่บุคคลประเมินว่าที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่การกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ ซึ่งผลลัพธ์ที่คาดหวังสามารถเกิดได้

3 รูปแบบ คือ

2.1 ผลลัพธ์ด้านร่างกาย (physical effects) ทั้งในเชิงบวก เช่น ความสุขสบาย และในเชิงลบ เช่น ความเจ็บปวด และความไม่สุขสบาย

2.2 ผลลัพธ์ทางสังคม (social effect) ในเชิงบวก เช่น การเป็นที่ยอมรับหรือความสนใจของสังคม การมีชื่อเสียง หรือเงินตอบแทน และในเชิงลบ เช่น การไม่เป็นที่ยอมรับหรือไม่เป็นที่สนใจของสังคม

2.3 ผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (self - evaluative reactions to one, own behavior) เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง ความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตัวเอง หรือในทางตรงกันข้าม เช่น ความรู้สึกไม่พอใจในตนเอง ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นต้น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จ และการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ตนเองคาดหวังไว้ แต่ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียวแต่ไม่มีการรับรู้ว่าจะตนมีความสามารถร่วมด้วย บุคคลนั้นจะไม่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้ ดังแสดงในภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (Bandura, 1997)

ดังนั้น สรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวัง ว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ และมีความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลคาดหวังว่าผลลัพธ์ของการกระทำนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองแต่บุคคลนั้นมีความเชื่อในความสามารถของตนเองต่ำ บุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำนั้นๆหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลย ดังนั้นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและจากความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำจะมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล

การรับรู้ความสามารถแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำมีความสัมพันธ์ต่อกันมากและมีผลต่อการตัดสินใจในรูปแบบที่แตกต่างกันในการที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล ดังแสดงในภาพประกอบ 3

ความคาดหวังในผลลัพธ์

	-	+
+ การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	ยืนยันทันทีจะไม่ปฏิบัติ (protest) มีข้อข้องใจ (grievance) มีการเรียกร้องทางสังคม (social activism) ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (milieu change)	ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (productive engagement) ปรารถนาที่จะปฏิบัติ (aspiration) มีความพึงพอใจ (personal satisfaction)
-	เลิกที่จะปฏิบัติ (resignation) ไม่สนใจ (apathy)	ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (self-devaluation) หมดหวัง สิ้นหวัง (despondency)

ภาพประกอบ 3 รูปแบบความแตกต่างระหว่างความเชื่อในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่มีต่อพฤติกรรมและสภาวะทางอารมณ์ (Bandura , 1997)

จากแผนภูมิจะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและการคาดหวังผลลัพธ์ของการกระทำมีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูง บุคคลนั้นจะมีความปรารถนาที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นด้วยความพึงพอใจและปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าผลที่บุคคลนั้นคาดหวังไว้จะไม่ใช่ไปตามที่คาดหวังไว้ แต่ก็ยังมีความพยายาม และตั้งใจจะกระทำพฤติกรรมต่อไป ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และมีความคาดหวังผลลัพธ์นั้นจะสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ อย่างแน่นอน และไม่สนใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป

แหล่งสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura,1997) การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพัฒนาได้จากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง คือ

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience) เนื่องจากได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรงว่าตนกระทำได้สำเร็จ การ

ประสบความสำเร็จที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ครั้งจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นและรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และความคาดหวังว่าคุณจะกระทำสำเร็จ ถึงแม้ว่าบางครั้งในสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนัก เพราะบุคคลจะประเมินว่าคุณยังมีความสามารถอยู่ แต่หากบุคคลประสบความสำเร็จอยู่เสมอก็จะทำให้บุคคลประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ดังนั้นตนเองจะต้องพัฒนาทักษะต่างๆ ให้เพียงพอ เพื่อจะทำให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมแล้วประสบความสำเร็จ ซึ่งจะส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ในการลงมือกระทำกิจกรรมใดๆ บุคคลจะประเมินความสามารถของตนเองจากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับตน ถ้าบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนสามารถกระทำกิจกรรมแล้วประสบความสำเร็จ จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อว่าคุณก็มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเดียวกัน ตัวแบบในการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนมี 2 ประเภท คือ ตัวแบบที่มีชีวิต (live - modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง และตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์ หรือสื่อต่างๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง เป็นต้น (Bandura, 1997) ซึ่งการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์มีผลดี คือสามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรม สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าและสามารถควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการพูดเพื่อให้คุณมีความเชื่อมั่นว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ ถ้ามีบุคคลที่ตนเชื่อถือ และมีความสำคัญต่อตนเอง คอยให้คำแนะนำ กำลังใจ กล่าวชมเชยจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามและเกิดความมั่นใจมากขึ้นที่จะกระทำพฤติกรรม และเพื่อให้ได้ผลดีควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจต้องค่อยๆ สร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และควรใช้ร่วมกับแหล่งข้อมูลสนับสนุนแหล่งอื่นไปด้วย

4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) เป็นการตอบสนองทางด้านร่างกายที่แสดงออกเมื่อมีภาวะถูกคุกคามและการเผชิญกับความเครียด ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น แต่ในสภาวะที่ร่างกายไม่ปกติ หรือเจ็บป่วย ความเจ็บปวด ความ

เมื่อล้มเหลว ภาวะที่ไม่สุขสบาย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง เช่นเดียวกับสภาวะทางด้านอารมณ์ อารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะมีผลทำให้บุคคลมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองสูงขึ้น แต่อารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง และมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

### การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แบนดูรา (Bandura, 1986) ได้กล่าวถึงการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า มี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรกประเมินความเชื่อมั่นของบุคคลว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ ขั้นที่สองให้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 2 รูปแบบ คือ แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไป และแบบวัดที่ใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยเฉพาะเจาะจงในพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ทั้งนี้การที่จะเลือกใช้แบบวัดแบบใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ใช้และพฤติกรรมที่ต้องการวัด และการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถวัดได้จาก ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่มีความแตกต่างกันใน 3 มิติ คือ (Bandura, 1997)

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับ (level) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการกระทำกิจกรรมซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำหรือขีดความสามารถทำงานได้เฉพาะเรื่องง่ายๆ หากถูกมอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะส่งผลให้บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำ ขาดความมั่นใจ และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงที่จะทำงานที่ยากนั้น

2. มิติความแข็งแกร่ง (strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินกำลังความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลที่มีระดับของความแข็งแกร่งสูงจะมีความเชื่อมั่น และพยายามกระทำกิจกรรมนั้นๆ หรือเกิดความมั่นใจว่าสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถของตนที่จะกระทำได้ ส่วนบุคคลที่ประเมินกำลังความสามารถตนเองในระดับต่ำเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคจะทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด

3. มิติความเป็นสากล (generality) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในความสำเร็จที่เคยประสบในอดีต และสามารถนำเอาทักษะจากประสบการณ์นั้นมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันในต่างสถานการณ์ได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบว่ายังไม่มีเครื่องมือประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในประชากรวัยทอง แต่มีเครื่องมือประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มอื่นๆ และจากการทบทวนงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษามี 2 ลักษณะ คือ

1. แบบประเมินแบบทั่วไป โดยการแปลมาจากแบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนตามแนวคิดของซีเรอร์และแมดดอกซ์เมื่อปี ค.ศ. 1982 (Sherer & Maddux, 1982) (ปิยะพันธุ์, 2541; สุดาร์ตน์, 2537) ซึ่งลักษณะแบบประเมินจะมีความเหมือนกันในประเด็นต่อไปนี้ คือ ข้อคำถามจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไป ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสังคม ข้อคำถามมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach ' s alpha coefficient) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.82 - 0.86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ แต่มีความแตกต่างกับงานวิจัยของวันดี (2538) ซึ่งใช้แบบประเมินที่แปลมาจากแบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนตามแนวคิดของซีเรอร์และแมดดอกซ์ แต่นำมาใช้เฉพาะข้อคำถามส่วนที่ 1 คือการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไป ข้อคำถามมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ มีข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

2. แบบประเมินแบบเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งสร้างโดยการดัดแปลงจากแนวคิดของซีเรอร์และแมดดอกซ์ (จิตตระการ, 2543) และดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) (เบญจวรรณ, 2543; รัชชา, 2545; วาสนา, 2544; ศรีสุตา, 2538; อรณัฐ, 2544; อรพินท์, 2542) ซึ่งจะมีความเหมือนกันในประเด็นต่างๆ ดังนี้ ข้อคำถามจะมีลักษณะเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 และ 5 ระดับ ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.86 - 0.93 (จิตตระการ, 2543; เบญจวรรณ, 2543; วาสนา, 2544; อรณัฐ, 2544) และผลการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.80 - 0.96 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้



นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินในลักษณะต่างๆกัน ดังนี้

ดรุณี (2545) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของกลุ่มผู้ใหญ่ในวัยกลางคน โดยการดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.88 และนิศารัตน์ (2543) ได้ใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของเลฟและโอเวน มีข้อคำถามจำนวน 29 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.95 น้ำฝน (2541) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันภาวะอ้วนโดยลักษณะแบบประเมินมีความเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.83 และสุวิมล (2545) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินของวิชชุตดา (2543) มีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.93

สรุปได้ว่า ในการศึกษางานวิจัยในกลุ่มประชากรต่างๆเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 2 ลักษณะ คือ 1) แบบประเมินทั่วไป โดยการแปลมาจากแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของซีเรอร์และแมดดอกซ์ มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านทั่วไป ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสังคม ข้อคำถามมีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่จะมีความแตกต่างกันของจำนวนข้อคำถาม ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.82 - 0.86 2) แบบประเมินแบบเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ส่วนใหญ่สร้างโดยการดัดแปลงมาจากแนวคิดของซีเรอร์และแมดดอกซ์ และดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) ข้อคำถามจะมีลักษณะเฉพาะเจาะจงกับเรื่องที่จะศึกษา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 และ 5 ระดับ

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.82 - 0.93 และผลการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.80 - 0.96

นอกจากนี้ มีการสร้างแบบประเมินโดยการดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และแบบประเมินที่แปลงจากแบบสอบถาม กลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของเลฟและโอเวน ซึ่งจะมีความเหมือนกันในประเด็นต่างๆ ดังนี้ ข้อคำถามมีลักษณะเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับแต่จะมีจำนวนข้อคำถามที่แตกต่างกัน ทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0.83 - 0.95

ในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ได้เลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองของ ปิยะพันธุ์ (2541) ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ซึ่งแปลงมาจากแบบวัด self - efficacy ของซีเรอร์และแมดดอกซ์ ได้เลือกใช้แบบประเมินชุดนี้เนื่องจากเป็นแบบประเมินแบบทั่วไปที่มีลักษณะข้อคำถามที่สามารถวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองได้หลากหลาย และได้ผ่านการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในครั้งนี้ และแบบประเมินได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.82 และผ่านการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.82 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

สำหรับแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองของ ปิยะพันธุ์ (2541) เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีข้อจำกัดในแง่วัฒนธรรมด้านภาษา แต่มีข้อจำกัดในเรื่องของการใช้แบบประเมินคือ เนื่องจากเป็นแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไป ซึ่งไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยอื่นๆที่ใช้แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองแบบทั่วไปซึ่งแปลงมาจากแบบวัด self-efficacy ของซีเรอร์และแมดดอกซ์เมื่อนำแบบประเมินไปใช้ในกลุ่มประชากรต่างๆพบว่าไม่มีข้อจำกัดของการใช้แบบประเมินในแง่ของวัฒนธรรมด้านภาษาเช่นกัน (วันดี, 2538; สุดารัตน์, 2537)

และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า ยังไม่มีการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในประชากรวัยทอง แต่มีการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มสตรีวัยทองและกลุ่มอื่นๆ เช่น จากการศึกษาของวรุณวรรณ และสมใจ (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิตกับความผาสุกในชีวิตของสตรีวัยทองผู้เป็นสมาชิกเหล่ากาชาดจังหวัด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดี เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมของเหล่ากาชาดเป็นกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์ให้แก่สังคมตลอดเวลา ทำให้สตรีวัยทองเหล่านี้มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเองและเวลาพักผ่อนน้อยกว่ากลุ่มสตรีวัยทองทั่วไปจึงทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับดี และจากการศึกษาของ วรณี และคณะ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงร้อยละ 51.3 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพในระดับดีและดีมากรวมกันร้อยละ 34 และระดับปานกลางร้อยละ 39.3 จึงสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือทำให้มีความเชื่อมั่นในกำลังความสามารถของตนเอง รับรู้ต่อความยากง่ายของการดูแลตนเองและมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูง ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ จิตตระการ (2543) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ต้องโทษในเรือนจำ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 ราย พบว่า มีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนอยู่ในระดับค่อนข้างสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวุฒิภาวะ มีประสบการณ์และทักษะที่ ช่วยในการพัฒนาด้านสติปัญญา ด้านสังคมตลอดจนการเรียนรู้แก้ไขปัญหาและสิ่งท้าทายในชีวิต จึงมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา (2538) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมดี เนื่องจากเคยได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองและมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองมาก่อน สามารถดูแลตนเองได้โดยมีอาการคงที่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นความสำเร็จในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง

และจากการศึกษาของ วริษา (2545) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากประเมินว่างานหรือพฤติกรรมที่จะกระทำนั้นง่ายและเป็นพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติและประสบผลสำเร็จมาก่อนจึงส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง เช่นเดียวกับศึกษาของ น้ำฝน (2541) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่นหญิง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 275 ราย พบว่า มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการมีประสบการณ์ในอดีตที่แตกต่างกันการรับรู้ความสามารถของตนเองใน

แต่ละคนจึงมีความแตกต่างกันและหากประเมินว่าภารกิจใต้ง่ายก็จะคาดหวังในความสามารถของตนเองในภารกิจที่ง่ายมากกว่าภารกิจที่ยาก และข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามคาดหวังกลุ่มตัวอย่างจึงประเมินว่าภารกิจนั้นมีความยากง่ายระดับปานกลาง

นอกจากนี้ จากการศึกษาของอรพินท์ (2542) ศึกษาผลกระทบของการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 218 ราย พบว่า มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง เนื่องจากส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองและมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองจึงส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิศารัตน์ (2543) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง เนื่องจากมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองพอสมควร เมื่อกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองใดๆแล้วพบว่าพฤติกรรมนั้นส่งผลดีต่อสุขภาพของตนเองก็จะมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อไปในอนาคต

จากผลการศึกษางานวิจัยในกลุ่มประชากรต่างๆ จะเห็นได้ว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน (จิตตระการ, 2543; นิศารัตน์, 2543; น้ำฝน, 2541; รัชชา, 2545; วรณี และคณะ, 2545; ศรีสุดา, 2538; อรพินท์, 2542) และระดับดี (วรุณวรรณ และสมใจ, 2546) ซึ่งผลการศึกษาได้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งกล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถพัฒนาได้จากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในอดีต 2) การได้เห็นแบบอย่างและความสำเร็จของบุคคลซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับตนเองประสบความสำเร็จจะเกิดแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อว่าตนก็มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นเช่นกัน 3) การได้รับคำแนะนำต่างๆ ทำให้บุคคลเกิดความพยายามและเกิดความมั่นใจมากขึ้นที่จะกระทำพฤติกรรม และ 4) สภาพทางด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งหากร่างกายอยู่ในสภาวะที่แข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ และความยากง่ายในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองเช่นกัน

## รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) เป็นรูปแบบที่เพนเดอร์ได้ประยุกต์มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) และทฤษฎีคุณค่าแห่งความคาดหวัง (expectancy - value theory) เพื่ออธิบายการมีส่วนร่วมในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกระบวนการทางสติปัญญาและการควบคุมพฤติกรรมของตนเองภายใน เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า การที่บุคคลกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive - perceptual factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modify factors) และสิ่งชักนำให้กระทำ (cues to action) โดยปัจจัยด้านสติปัญญาและการรับรู้เป็นกลไกตัวแรกที่สร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยปรับเปลี่ยน เป็นปัจจัยทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยส่งผ่านปัจจัยด้านสติปัญญาและการรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร คุณลักษณะทางชีวภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านพฤติกรรม และสิ่งชักนำให้กระทำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้นจากผลการกระตุ้นบุคคลทั้งภายในและการกระตุ้นภายนอก ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ได้ปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพใหม่ ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ของเพนเดอร์นี้ (Pender, 1996) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (individual characteristics and experiences) ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการกระทำของบุคคลนั้นและความสำคัญของปัจจัยนี้ขึ้นอยู่กับการศึกษาเป้าหมายของพฤติกรรม ประกอบด้วย

- 1.1 พฤติกรรมที่สัมพันธ์กันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต (prior related behavior) คือ การที่เคยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก่อน การประสบความสำเร็จหรือมีประสบการณ์ที่ดีต่อพฤติกรรมที่กระทำในอดีต จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง หากบุคคลนั้นรู้ว่าตนเองมีความสามารถสูง แต่ถ้าประสบความสำเร็จล้มเหลวหรือมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในอดีต ทำให้บุคคลไม่อยากกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งการกระทำพฤติกรรมดังที่กล่าวทำให้เกิดอิทธิพลต่อพฤติกรรม

โดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการรับรู้และความรู้สึกที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น อายุ เพศ น้ำหนัก สถานภาพสมรส ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความคล่องแคล่วว่องไว เป็นต้น 2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) คำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health) และ 3) ปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา และเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลมีผลโดยตรงต่อการรับรู้และอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. การรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits action) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้ผลดีของการกระทำ บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมใดเมื่อเห็นว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดประโยชน์กับตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมอาจเป็นประโยชน์จากภายในหรือภายนอก ประโยชน์ภายใน เช่น ความกระตือรือร้นในการมีพฤติกรรมมากขึ้น ความเหนื่อยล้าลดลง ประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัลตอบแทน และสัมพันธภาพที่ดีต่อสังคม ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งภายในและภายนอกของบุคคลจะมีผลให้บุคคลนั้นเริ่มกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่อง

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (perceived barrier to action) เป็นการรับรู้สิ่งที่ขัดขวางหรือทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นไม่ได้ บุคคลจะรับรู้อุปสรรคของการกระทำซึ่ง อุปสรรคนี้อาจเป็นจริงหรือจากการคาดคะเน มีผลให้ความสับสนของการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมลดลง เช่น การรับรู้ความไม่สะดวกสบาย การรับรู้ถึงความยากหรืออุปสรรคทางด้านเวลาจึงทำให้เกิดการหยุดยั้งละเลยพฤติกรรม ดังนั้นถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติ และไม่มีอุปสรรคในการกระทำสูงบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความพร้อมในการกระทำสูงและมีอุปสรรคในการกระทำต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะกระทำสูง

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำ (perceived self - efficacy) เป็นการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จและได้ตลอด (Bandura, 1986) ซึ่งถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะเป็นสิ่งที่ส่งเสริม

และสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ และทักษะที่เพียงพอในการกระทำนั้นๆ จึงเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

2.4 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรม (activity - related affect) เป็นความรู้สึกที่เกิดก่อนกระทำพฤติกรรม ระหว่างกระทำพฤติกรรม หรือหลังกระทำพฤติกรรมโดยที่อารมณ์ทางบวกจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ในทางตรงข้ามถ้าอารมณ์ที่เกิดขึ้นทางลบจะไม่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยผ่านทางภาระกระตุ้นให้ทำตามคำแนะนำต่อแผนการกระทำ เป็นปัจจัยจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในลักษณะการรับรู้ความเชื่อ ความต้องการ หรือทัศนคติของบุคคลอื่นต่อพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการเป็นแบบอย่าง

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (situation influences) เป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม ที่มีผลโดยตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น ลักษณะความต้องการที่จะให้เกิด (demand characteristics) และความมีสุนทรียภาพ (aesthetic features) ของสภาพแวดล้อมที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น โดยที่สภาพการณ์จะเป็นตัวกำหนดความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากรู้สึกว่าสถานการณ์นั้นน่าสนใจ เหมาะสม มีความเกี่ยวข้องกับตนเองและปลอดภัย ในทางตรงกันข้าม บุคคลจะเลิกปฏิบัติกิจกรรมหากสถานการณ์นั้นไม่เหมาะสมกับตนเอง ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเองหรือไม่ปลอดภัย

3. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (behavior outcome) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกในลักษณะของพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรย่อย 3 ตัวแปร คือ

1.1 คำมั่นสัญญาต่อแผนการกระทำ (commitment to a plan of action) เป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือเป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลตกลงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลาและสถานที่ที่กำหนด โดยอาจจะปฏิบัติกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติตามลำพัง และมีการกำหนดกลยุทธ์ในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

## 1.2 ทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันที

(immediate competing demands and preferences) มีผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลในระดับปานกลางต่อค่านิยมสัญญาต่อแผนการกระทำ เป็นทางเลือกพฤติกรรม (alternative behaviors) ที่เกิดขึ้นทันทีด้านความคิดก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้วางแผนไว้และตั้งใจจะกระทำ ทางเลือกพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบสามารถชนะพฤติกรรมนั้นที่บุคคลตั้งใจกระทำหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมตนเองของบุคคลนั้น

1.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion behaviors) เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองในทางบวก บุคคลสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต ผสมผสานในวิถีการดำเนินชีวิตทางด้านสุขภาพในทางบวกตลอดช่วงชีวิต

กล่าวโดยสรุป รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้อธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อยได้แก่ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กันที่เคยเกิดขึ้นในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งจะมีอิทธิพลหรือความสัมพันธ์โดยตรงและโดยอ้อมต่อผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ ค่านิยมสัญญาต่อแผนการกระทำ ทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันที และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยการรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะต่อพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำ ทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ ซึ่งได้รับผลจากปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคลและส่งผลต่อปัจจัยด้านผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรมเช่นกัน และจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

### พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง

หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด เป็นต้น เพื่อพัฒนา หรือยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อันจะนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต ซึ่งจะเกิดศักยภาพสูงสุดทั้งตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม (ประเวศ, 2541; สุรเกียรติ, 2541; Kemm & Close, 1995;



Murray & Zentner, 1997; Palank, 1991; Pender, 1996; Twaddle, 1981; WHO 1986 cited in Craven & Himle, 2000)

วัยทอง จัดว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงแตกต่างไปจากประชากรวัยผู้ใหญ่กลุ่มอื่นๆ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อาการแสดง พยาธิสภาพต่างๆที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก จึงต้องการการดูแล และการจัดการที่เหมาะสม ดังนั้นประชากรวัยทองจึงควรมีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งควรมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้าน ควรเป็นดังนี้

### 1. ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต

เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้น และระยะยาวในแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งพฤติกรรมด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตของประชากรวัยทอง ควรหมั่นศึกษาหาความรู้ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งที่เกิดขึ้น การมองตนเองในแง่ดี ควรมีความจริงใจ เปิดเผย ยอมรับฟังและเริ่มวางแผนการดำเนินชีวิตตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยทองจนย่างเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (ศิริพร, 2537) ทศนา, 2529 อ้างตาม วาริณี (2541) กล่าวว่าบุคคลอาจจะบรรลุเป้าหมายในชีวิตจากการประสบความสำเร็จสูงสุดตามที่ตนปรารถนาหรือใฝ่ฝัน หรือได้ทำกิจกรรมบางอย่างเต็มตามศักยภาพที่บุคคลมีอยู่ การที่จะบรรลุเป้าหมายหรือความปรารถนาในชีวิตได้ บุคคลต้องมีความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ต้องมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ มีความคิดริเริ่มกล้ากระทำการสิ่งใหม่ๆ พอดเตอร์และเพอร์รี่ (Potter & Perry, 1993) กล่าวว่า บุคคลที่สามารถบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้ต้องสามารถแก้ปัญหาของตนเอง และช่วยผู้อื่นแก้ปัญหาได้ ยอมรับข้อเสนอแนะของผู้อื่น มีความสนใจในหน้าที่การงานและความเป็นไปในสังคม มีทักษะในการสื่อสารที่ดี ค้นหาประสบการณ์และความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ เชื่อมมั่นในความสามารถและการตัดสินใจของตนเอง สิ่งเหล่านี้ถ้าประชากรวัยทองสามารถวางแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องทั้ง 6 ด้าน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการจัดการกับความเครียด ก็จะมีกำลังใจรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองได้ และจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในชีวิต

## 2. การดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ

เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการกระทำ หรือการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลของประชากรวัยทอง ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การดูแลปากและอวัยวะในช่องปาก การดูแลผิวหนัง การดูแลอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก การขับถ่ายที่เป็นปกติ การอยู่ในที่มีอากาศบริสุทธิ์และการถ่ายเทอากาศดี การสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ การบันทึกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนที่จะไปขอคำปรึกษาและรับการรักษาจากแพทย์ (Stoppard, 1994) รวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งควรตรวจปีละ 2 ครั้ง (อำนวย, 2542) โดยเฉพาะผู้หญิงวัยทองควรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง (Drukker, 1995) และตรวจหามะเร็งเต้านม (mammography) ทุก 1-2 ปี ตรวจภายในช่องคลอดและปากมดลูก และตรวจหาความหนาแน่นของกระดูก (bone mineral density) สำหรับผู้ชายวัยทองควรตรวจหาภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และภาวะกระดูกพรุน (สมจิตต์, 2544; สุศักดิ์, 2544) วอล์คเคอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) กล่าวว่าความรับผิดชอบต่อสุขภาพประกอบด้วย การสนใจและยอมรับที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การรับความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพเมื่อจำเป็น เช่น การตรวจหาระดับคอเรสเตอรอล การวัดความดันโลหิต การรายงานอาการให้แพทย์ทราบ การพูดคุยและหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เข้าร่วมโครงการสิ่งแวดล้อม สังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เป็นต้น

## 3. ด้านการออกกำลังกาย

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการและความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย การเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ กล้ามเนื้อแข็งแรงและยืดหยุ่นได้ดี ประชากรวัยทองควรมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ โดยทั่วไปควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน ครั้งละ 20 นาที (Edmunds, 1991) และควรพิจารณาชนิดการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพของตนเอง เช่น การเดินแอโรบิก การว่ายน้ำ การวิ่ง การรำมวยจีน เป็นต้น การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ป้องกันภาวะกระดูกเสื่อมหรือกระดูกพรุน ช่วยเพิ่มระดับ HDL- C (high density lipoprotein - cholesterol) ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและคอเรสเตอรอลในเลือด ขณะออกกำลังกายจะมีการหลั่งสารเบต้าเอนโดρφิน (Bataendorphin) ออกมาจากสมองทำให้รู้สึกสดชื่น ช่วยให้นอนหลับดีขึ้น (ถนอมขวัญ, 2544) และช่วยลดอาการร้อนวูบวาบ (Dormire, 2003) เพิ่มการไหลเวียนของเลือด เพิ่มการหลั่งของสาร

เบต้าเอนโดรฟิน ทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหลอดเลือด (Garry & Whetstone, 2002) นอกจากนี้การออกกำลังกายจะช่วยให้อัตราการเต้นของหัวใจดีขึ้น ไม่ยึดติด ไม่มีการสะสมของไขมัน และช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทางด้านจิตใจได้ด้วย (ดาร์สัน, 2540) ก่อนออกกำลังกายควรเริ่มกายบริหารเพื่ออบอุ่นร่างกาย และยืดกล้ามเนื้อโดยทำซ้ำๆ อย่างนุ่มนวล หยุดค้างในจุดที่รู้สึกว่ายืดกล้ามเนื้อ 10-12 วินาที เพื่อเป็นการเตรียมกล้ามเนื้อให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกาย (เสาวลักษณ์, 2544) เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า การออกกำลังกายต้องกระทำอย่างเต็มที่ ใช้พลังงานอย่างน้อย 400 แคลอรี ให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ร้อยละ 70 - 85 ของศักยภาพสูงสุดหรือประมาณ 120 -150 ครั้งต่อนาทีเป็นเวลา 20 - 30 นาที มีการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะสลับกันระหว่างการหดตัว และคลายตัวของกล้ามเนื้อ เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ กระโดดเชือก การเดิน การเดินแอโรบิก ขณะออกกำลังกายต้องหายใจให้ถูกวิธี เพราะร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น และควรเตรียมตนเองให้พร้อมเพื่อการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ เช่น การเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย การสวมรองเท้ากีฬา ถ้ามีโรคประจำตัวควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลก่อน และถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น อากาศเหนื่อยมาก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เจ็บหน้าอก ควรหยุดออกกำลังกายทันที (วิภาวี, 2533)

#### 4. ด้านการรับประทานอาหาร

เป็นการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร การควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ (Shingleton & Hurt, 1990) กล่าวว่า ความต้องการพลังงานในวัยกลางคนหรือช่วงวัยทองจะลดลง เนื่องจากอัตราการเผาผลาญอาหารของร่างกายลดลงร้อยละ 20 และมีกิจกรรมต่างๆ น้อยลง ความต้องการพลังงานจะลดลงร้อยละ 2 - 4 ต่อปี จึงมีผู้เสนอว่า ในวัยนี้ควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานน้อยแต่ให้ได้สารอาหารครบถ้วน ปริมาณเพียงพอกับความต้องการในแต่ละวันหรือสามารถรักษาน้ำหนักให้พอเหมาะกับส่วนสูง ดังนั้นพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของประชากรวัยทองที่เหมาะสมได้แก่ การงดหรือลดความถี่ของการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อหมู เนื้อเป็ด หนังไก่ งดเว้นการใช้ไขมันจากสัตว์ และกะทิในการประกอบอาหาร ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย เป็นต้น ควรลดปริมาณอาหารที่มีคอเรสเตอรอลสูง เช่น หอยนางรม ปลาหมึก อาหารทอดต่างๆ และควรรับประทานอาหารประเภทไฟโตเอสโตรเจน ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์จากพืชที่มีคุณสมบัติทางชีวเคมีคล้ายกับฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น ถั่วเหลือง หรือผลิตภัณฑ์ต่างๆ จากถั่วเหลือง เป็นต้น (Murkies, Wilkocok, & Davis, 1998) และควรรับ

ประทานอาหารจำพวกปลาทะเล เนื่องจากไขมันในปลาทะเลมีกรดไขมันชนิดที่มีความอิ่มตัวสูง คือ EPA (eicosapentaenoic acid) และ DHA (docosahexanoic acid) ซึ่งพบมากในปลาแซลมอน ปลาซวาย ปลาทู รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ทุกวัน หรือการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นมสด เนย โยเกิร์ต ผักใบเขียว เมล็ดงา หัวผักกาดเขียว (turnip greens) สาหร่ายทะเล กุ้งแห้งตัวเล็ก กะปิ กุ้งฝอย ปลาไส้ตันแห้ง ใบชะพลู ใบยอ มะขามฝักสด ยอดแค ผักกระเฉด ยอดสะเดา เป็นต้น เพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุน และควรฝึกนิสัยการรับประทานอาหารให้เป็นเวลา ไม่รับประทานจุบจิบตลอดวัน เพราะความหิวจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนเร่งการเจริญเติบโต ซึ่งจะช่วยลดปัญหากระดูกบางได้ (มันทนา, 2539) นอกจากนี้ อาหารแล้วยังต้องดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 -10 แก้วเพื่อช่วยให้ทางเดินอาหารทำงานได้ดีขึ้น (Fogel & Woods, 1995)

#### 5. ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

เป็นการแสดงถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ประชากรวัยทองได้รับการสนับสนุนทางสังคม บุคคลจะได้รับและให้ความช่วยเหลือต่างๆ ในระหว่างมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยจะมีการให้ และได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดเวลา รูปแบบและปริมาณความช่วยเหลือที่บุคคลต้องการจะไม่คงที่ แต่จะแตกต่างกันไปตามช่วงชีวิตและสถานการณ์ โดยปกติบุคคลจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในตนเองก่อน เมื่อไม่สามารถแก้ปัญหาได้จึงขอความช่วยเหลือจากบุคคล หรือกลุ่มที่อยู่ในระบบสนับสนุนของตนเอง เช่น ครอบครัว กลุ่มทางสังคม หน่วยงาน หรือชุมชน (Pender, 1996) ดังนั้นพฤติกรรมที่เหมาะสมของประชากรวัยทองได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะ สามี ภรรยา บุตร เพื่อน หรือบุคคลอื่น เพื่อให้สามารถปรึกษาหารือ เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยที่เพื่อนในวัยเดียวกันที่มีประสบการณ์มาก่อนสามารถเป็นที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้ สามีหรือภรรยาที่มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ควรพูดคุยปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยกัน หรืออาจปรึกษาแพทย์ เพื่อขอรับคำแนะนำหรือให้การรักษาต่อไป

#### 6. ด้านการจัดการกับความเครียด

เป็นการกระทำกิจกรรมที่ช่วยทำให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ ความเครียดมักเกิดขึ้นอยู่เสมอ เพราะการสื่อสาร และการกระทำเป็นกระบวนการพื้นฐานของมนุษย์ แม้ทุกคนต้องเผชิญกับความเครียดเหมือนกัน แต่บุคคลจะให้ความหมายและตอบสนองไม่เหมือนกัน การตอบสนองต่อความเครียดมีทั้งทางพฤติกรรม ร่างกาย และจิตใจ เช่น ผลผลิตของงานลดลง ทำงานผิดพลาด

มากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเร็วขึ้น หงุดหงิด ซึมเศร้า โดยเฉพาะประชากรวัยทองจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดสภาวะตึงเครียดได้ง่าย ดังนั้นควรมีพฤติกรรมกรรรมการเรี่ยนรู้เพื่อหาแนวทางจัดการกับความเครียด และเพิ่มความสุขในการดำรงชีวิต (Peddicord, 1991) เมื่อมีความเครียดควรมีการจัดการที่เหมาะสม เช่น ปฏิบัติสมาธิ ฝึกปฏิบัติตามหลักศาสนา ดูนั่ง ฟังเพลง เป็นต้น เพนเดอร์ (Pender, 1996) เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดในวัยผู้ใหญ่ไว้ว่า การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยเปลี่ยนสภาพสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่มากเกินไป เพิ่มความต้านทานต่อความเครียดโดยการออกกำลังกาย เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง เพิ่มความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ควรมีการผ่อนคลายโดยการกระทำในกิจกรรมที่ตนเองชอบ เช่น การทำงานอดิเรก ฟังเพลง ออกกำลังกายเบาๆ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัวด้วย

สรุปได้ว่า จากการที่ประชากรวัยทองได้รับผลกระทบจากอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้น ประชากรวัยทองจึงควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมทั้ง 6 ด้าน ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) คือ ด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการจัดการกับความเครียด ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ดี ช่วยส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ลดผลกระทบต่างๆที่เกิดจากอาการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดจากโรคเรื้อรังต่างๆ ได้

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยทอง คือ ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย แต่มีการศึกษาเฉพาะในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนหรือผู้หญิงวัยทอง เช่น จากการศึกษาของ วาริณี (2541) ศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือนในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 693 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต และการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี เนื่องจากเป็นผู้ที่มีการศึกษาดี มีตำแหน่งสูงซึ่งการที่รับราชการและประสบความสำเร็จสูงจะช่วยยืนยันว่ามีการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิตดีมาก และลักษณะการทำงานเป็นทีมของพยาบาลต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นจึงจะประสบความสำเร็จได้จึงมีการพัฒนาระบบสนับสนุนระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษา

ของ สกูลรัตน์ (2544) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านบรรลุความสำเร็จในชีวิตและด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับดีมาก ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น เพศหญิงจะมีการดูแลตนเองที่ดีกว่าเพศชายทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี และลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ซึ่งมีโอกาสได้รับกำลังใจ ความรัก ความสนใจ การดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความรับผิดชอบต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ (Graham, 1984 อ้างตามสกูลรัตน์, 2544)

และจากการศึกษาของปริศนา (2543) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ และมีคะแนนด้านการตระหนักในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตมากเป็นอันดับแรก เนื่องจากอยู่ในวัยที่มีประสบการณ์ในชีวิตมานานทำให้มีโอกาสพบปะกับบุคคลจำนวนมากมีโอกาสที่จะเรียนรู้จากสื่อต่างๆ ในการที่จะดูแลตนเองนอกจากนี้เป็นวัยที่กำลังประสบความสำเร็จในชีวิตสูงสุดทั้งทางด้านการงานและครอบครัวมากซึ่งจะมีผลต่อจิตใจในทางบวกก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น (สุวิภา, 2539) รองลงมาคือ ความสามารถในการดูแลตนเองและการควบคุมสภาวะแวดล้อม ใกล้เคียงกับการศึกษาของ อภิรยา (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการที่คลินิกโรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี 2 ด้านเช่นกัน คือ ความสามารถในการดูแลตนเองและการควบคุมสภาวะแวดล้อม เนื่องจาก อยู่ในวัยที่มีประสบการณ์ในชีวิตมานานทำให้มีโอกาสพบปะกับบุคคลจำนวนมากจึงมีโอกาสที่จะเรียนรู้จากสื่อต่างๆในการที่จะดูแลตนเอง

และจากการศึกษาของนิภา (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูสตรีวัยหมดประจำเดือนในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี 5 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การรับประทานอาหาร การดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียดเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากและมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของรัชณี (2544) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเครียด

และการออกกำลังกายของสตรีไทยวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 410 ราย พบว่า ร้อยละ 45 ของสตรีไทยวัยหมดประจำเดือนมีการปฏิบัติกรออกกำลังกายอยู่ในระดับค่อนข้างดี เนื่องจากที่ผ่านมาสถานบริการด้านสุขภาพตลอดจนสื่อต่างๆ กระตุ้น สนับสนุน และชี้ให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายมากขึ้น และใกล้เคียงกับการศึกษาของกฤติกาพร (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือนจังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง

แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ (ปริศนา, 2543) ที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ 3 ด้าน คือด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและ กิจกรรมเพื่อการพักผ่อน และการใช้ระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง และมีภาระงานบ้านซึ่งจะมีงานประจำทำอยู่ตลอดเวลาจึงไม่มีเวลามาสนใจในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และไม่มีเวลาออกกำลังกาย อีกทั้งเห็นว่าสุขภาพยังแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย จึงไม่นิยมไปใช้บริการสุขภาพ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุทธินิจ (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบทจังหวัดนนทบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อยมากที่สุด และการไปตรวจร่างกายประจำปีอยู่ในระดับต่ำ คล้ายคลึงกับการศึกษาของกนกพร และวงเดือน (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับอายุที่หมดระดูของสตรีไทยในชุมชนเมืองในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นครั้งคราวและไม่ออกกำลังกายร้อยละ 87.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ กองอนามัยครอบครัว (2537) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดูในจังหวัดสระบุรี นครสวรรค์ นครราชสีมา และนครศรีธรรมราช พบว่า เกินครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการมากกว่าปกติ และน้อยกว่าปกติ

และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยทองแต่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่นๆ เช่น จากการศึกษาของ เอเดเจฟฟ์และเบอร์นาร์ด (Ahijevych & Bernhard, 1994) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงชาวแอฟริกันที่สุบุนูห์ทุกวัน อายุ 18 - 69 ปี จำนวน 187 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต อยู่ในระดับสูงและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำแต่เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้หญิงชนผิวดำ พบว่า ผู้หญิงแอฟริกันมีคะแนน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงวัยกลางคนที่เป็นลูกจ้างชาวอเมริกัน พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ด้านการออกกำลังกาย การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน และจากการศึกษาของซง ซอง และโยม (Sohng, Sohng, & Yeom, 2002) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงอพยพสูงอายุในสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 ราย พบว่า ผู้หญิงสูงอายุที่อพยพในอเมริกา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูงและพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ

จากผลการศึกษางานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยหมดประจำเดือน จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกัน คือผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดีจนถึงระดับดี (นิภา, 2544; ปรีศนา, 2543; รัชณี, 2544; วาริณี, 2541; สกุศลรัตน์, 2544; อภิรยา, 2540) แต่ยังมีผลการศึกษางานวิจัยบางเรื่อง ที่พบว่า ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางด้านที่ไม่เหมาะสม เช่น ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน และการใช้ระบบบริการสุขภาพ (กนกพร และวงเดือน, 2541; กองอนามัยครอบครัว, 2539; ปรีศนา, 2543; สุทธินิจ, 2539) นอกจากนี้ในอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ยังไม่มีการศึกษางานวิจัยในกลุ่มประชากรวัยทอง รวมทั้งยังไม่มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มประชากรวัยทอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ประชากรวัยทอง ในอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่

#### *การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์*

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมินแบบแผนชีวิตและนิสัย สุขภาพ (The Lifestyle and Health Habits Assessment: LHHA) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การจัดการความเครียด การตระหนักในคุณค่าแห่งตน



การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสภาวะแวดล้อม และการใช้ระบบบริการทางด้านสุขภาพ มีข้อคำถาม จำนวน 100 ข้อ ต่อมาวอล์คเกอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้สร้างเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health Promotion Lifestyle Profile, HPLP) โดยนำเครื่องมือ LHHA มาพัฒนาและปรับปรุงเหลือข้อคำถาม จำนวน 48 ข้อ โดยวัดพฤติกรรม 6 ด้าน คือ ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด และต่อมาวอล์คเกอร์และคณะ (Walker et al., 1987) ได้มีการพัฒนาเครื่องมือแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health Promoting Lifestyle Profile II, HPLP II) มีข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ และวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การเจริญทางจิตวิญญาณ กิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัดการกับความเครียด โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้ใหญ่ อายุ 18 - 92 ปี จำนวน 712 คน เพื่อหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม และรายด้านอยู่ในช่วง 0.70 - 0.94 ต่อมาฟาวเลอร์ (Fowler, 1997) ได้นำเครื่องมือ HPLP II ไปศึกษาในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นด้วยโดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าโดยรวมเท่ากับ 0.94 และรายด้านอยู่ในช่วง 0.80 - 0.92

และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆที่มีการใช้เครื่องมือประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ในกลุ่มประชากรต่างๆ พบว่าแบบประเมินที่ใช้ในการศึกษามี 3 ลักษณะ คือ

1. แบบประเมินแบบทั่วไป นำมาใช้โดยการแปลมาจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (HPLPII) ของ วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1987) (บุญพา, 2545; พชรชัย, 2545; วาสนา, 2544; ศิริมา, 2542) แบบประเมินจะมีความเหมือนกันในประเด็นต่างๆ ดังนี้ มีข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ข้อคำถามเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับผลการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.85 - 0.94

2. แบบประเมินแบบเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง สร้างแบบประเมิน โดยการดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ลักษณะข้อคำถามจะมีความหมายเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง และเรื่องที่จะศึกษา (ดรูณี, 2545; วิชชุตา, 2543; วันเพ็ญ, 2543; สิริรัตน์, 2543) ข้อคำถามมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 และ 5 ระดับ แต่มีจำนวนข้อคำถามที่แตกต่างกัน และผลการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.88 (ดรูณี, 2545) ผลการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.71 - 0.94

3. แบบประเมินที่สร้างโดยการดัดแปลงมาจากแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habit Assessment: LHHA) ของบุคคลทั่วไป และแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตของเพนเดอร์ (Pender, 1987) (ปริศนา, 2543; สุนทรา, 2541) ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การจัดการความเครียด การตระหนักและการยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน จุดมุ่งหมายในชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสภาวะแวดล้อม และการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ผลการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.79 - 0.84

สรุปได้ว่า จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาที่มีการใช้เครื่องมือประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ในกลุ่มประชากรต่างๆ แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษาจะมี 3 ลักษณะ คือ 1) แบบประเมินทั่วไปซึ่งแปลมาจากแบบแผนการดำเนินชีวิต (HPLP II) มีข้อคำถามจำนวน 52 ข้อ และครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ข้อคำถามเป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินได้ค่าอยู่ในระหว่าง 0.85 - 0.94 2) แบบประเมินแบบเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ที่สร้างโดยการดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งลักษณะข้อคำถามจะมีความหมายเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งและเรื่องที่จะศึกษา ข้อคำถามเป็นข้อความทั้งทางบวกและทางลบ และจำนวนข้อ

คำถามมีความแตกต่างกัน การกำหนดมาตราส่วนประมาณค่า ของคำตอบจะอยู่ในระดับ 4 และ 5 ระดับ ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.88 ผลการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.71 - 0.94 3) แบบประเมินที่สร้างโดยการดัดแปลงจากแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habit Assessment: LHHA) ของบุคคลทั่วไป (Pender, 1987) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10 ด้าน เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ผลการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าระหว่าง 0.79 - 0.84

และในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้แบบประเมินของนันทวัน (เอกสารยังไม่ได้ตีพิมพ์) ศึกษาการหาค่าความเชื่อมั่นและวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดลีลาชีวิตการส่งเสริมสุขภาพฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจาก The Health Promotion Lifestyle Profile II ได้เลือกใช้แบบประเมินชุดนี้ เนื่องจาก เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบทั่วไป ได้ผ่านการแปลกลับ (back translation) โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้ดี และได้นำมาศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลทั่วไปทั้งผู้หญิงและผู้ชาย คือ พยาบาล นักศึกษาพยาบาล พนักงานบริษัท ที่มีอายุอยู่ในช่วง 18 – 69 ปี ซึ่งลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในครั้งนี้ คือ ช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน และศึกษาทั้งในกลุ่มผู้หญิงและผู้ชายเหมือนกัน และได้ผ่านการตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น และวิเคราะห์องค์ประกอบได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง คือ 0.91 นอกจากนี้แบบประเมินชุดนี้เคยผ่านการนำไปใช้กับกลุ่มประชากรผู้หญิงวัยทอง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะนำมาศึกษาในครั้งนี้

และจากการทบทวนการศึกษางานวิจัยต่างๆที่ใช้แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แปลมาจาก แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (HPLP II ) พบว่า มีข้อจำกัดของการใช้แบบประเมินในแง่ของวัฒนธรรมด้านภาษา เนื่องจาก เป็นแบบสอบถามที่ขออนุญาตการนำมาใช้จากต่างประเทศ และด้วยข้อจำกัดในการดัดแปลงแบบประเมิน ทำให้ไม่สามารถปรับปรุงข้อ

คำถามบางข้อให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนไทยได้ (บุญพา, 2545; วาสนา, 2544; ศิริมา, 2542) คือ แบบสอบถามมีข้อความซับซ้อน เข้าใจยาก (วาสนา, 2544) และมีข้อคำถามบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถเลือกตอบได้ เช่น อ่านฉลากแสดงปริมาณสารอาหารข้างาษณะ เนื่องจาก มีกลุ่มตัวอย่างบางรายบอกว่าไม่เคยซื้ออาหารสำเร็จรูปที่บรรจุกระป๋องหรือกล่องจึงไม่มีโอกาสตัดสินใจเลือกกิจกรรมนี้ (ศิริมา, 2542) นอกจากนี้มีข้อคำถามบางข้อที่มีข้อจำกัดที่จะใช้กับผู้สูงอายุไทย เนื่องจาก เป็นพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยปฏิบัติ เช่น ดื่มนมโยเกิร์ต 2-3 ส่วน

(นม 2-3 แก้ว) (บุญพา, 2545) แต่อย่างไรก็ตามลักษณะข้อคำถามโดยภาพรวมก็ยังคงสามารถใช้กับกลุ่มตัวอย่างประชากรวัยทองได้ สำหรับแบบวัดลีลาชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพฉบับภาษาไทยที่ผู้วิจัยเลือกใช้ จากการนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าไม่มีข้อจำกัดในการใช้แบบประเมินในแง่วัฒนธรรมด้านภาษา

### *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง*

ประชากรวัยทองเป็นวัยที่จะต้องประสบกับปัญหาทางด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง หากประชากรวัยทองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ยังไม่มีใครศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอื่นๆทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยมีการศึกษาไว้ดังนี้

ในประเทศไทย จากการศึกษาของ ศศิธร (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.59, p < 0.01$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยที่มีพัฒนาการและวุฒิภาวะด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านสังคม ซึ่งจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น (Bandura, 1997) และเมื่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ จึงทำให้เกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณณี (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 124 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.54,$

$p < 0.01$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพและตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมเช่น ตั้งใจมาฝากครรภ์ และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง สนใจซักถามการปฏิบัติตัวเมื่อร่างกายมีความเปลี่ยนแปลงไป และมักจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เช่นเดียวกับการศึกษาของ น้ำฝน (2541) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่นหญิง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนทั้งรายด้าน และโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.87, p < 0.01$ ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของวัยรุ่นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ สุदारัตน์ (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 441 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.50, p < 0.01$ ) แสดงว่าวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีวิถีทางชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย

และจากการศึกษาของวันดี (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.46, p < 0.01$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตตระการ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ต้องโทษในเรือนจำกลางจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 210 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.20, p < 0.01$ ) แสดงว่า สตรีที่ต้องโทษในเรือนจำที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงจะมีแบบแผนชีวิตส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของวาสนา (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูปจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.31, p < 0.01$ ) และจากการศึกษาของ วรณี และคณะ (2545) ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแล

ตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.16$ ,  $p < 0.05$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยส่วนใหญ่จะไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้าน และจากการที่อยู่ในชุมชนแออัดจะอยู่ใกล้เคียงกับเพื่อนบ้าน จึงมีการพูดคุยในเรื่องต่างๆรวมทั้งเรื่องสุขภาพทำให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองและเมื่อไปรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพจะมีเวลาที่จะรับฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนอกจากนี้ยังได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพของตนเองจากนักศึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไปเยี่ยมบ้าน

และจากการศึกษาของ วิชา (2545) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคนทั้งโดยรวม ( $r = 0.67$ ,  $p < 0.01$ ) และรายด้าน (ด้านการควบคุมอาหาร  $r = 0.65$ ,  $p < 0.01$ ) และด้านการมีกิจกรรมทางกาย ( $r = 0.50$ ,  $p < 0.01$ ) เนื่องกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติและต่ำกว่าปกติจึงไม่มีแรงจูงใจหรือการคาดหวังใดๆในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ความสัมพันธ์จึงออกมาในระดับปานกลาง และเช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยะพันธุ์ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ( $r = 0.53$ ,  $p < 0.01$ ) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถ จึงทำให้มีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมการออกกำลังกาย และสามารถที่จะตัดสินใจเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับสภาพร่างกายของตนเอง และจากการศึกษาของ เบญจวรรณ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบมีแผลเปิดภายหลังได้รับการผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายนอก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.80$ ,  $0.82$ ,  $p < 0.01$ ) ตามลำดับ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติด้านสุขภาพสูงและมีความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมสูงก็ย่อมมีการปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องนั้นๆสูงด้วย

นอกจากนี้ในการศึกษางานวิจัยแบบกึ่งทดลอง จากการศึกษาของสุนทรา (2541) ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผน

การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย เป็นการศึกษาในกลุ่มเดียว ทดสอบก่อน – หลัง โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้แหล่งสนับสนุนเพียง 2 แหล่ง ได้แก่การให้ผู้ป่วยสังเกตตัวแบบจากวิดีโอที่สนับสนุนกับการใช้คำพูดชักจูง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการให้ความรู้พร้อมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีระดับคะแนนของแบบแผนการดำเนินชีวิตสูงขึ้น คือ คะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวมภายหลังการทดลอง 2 เดือน ( $\bar{X} = 3.56$ ,  $SD = 12.63$ ) ดีกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 3.21$ ,  $SD = 16.93$ ) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความสนใจและเข้าร่วมกลุ่มสังคมเดียวกัน เมื่อมีการจัดกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพและเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง และเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจ สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช (2544) ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นจาก 77.74 คะแนน ( $SD = 9.23$ ) เป็น 124.40 คะแนน ( $SD = 7.16$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ มีดังนี้ ไวท์เซล (Weitzel, 1989) ศึกษาการทดสอบ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง เป็นคนงานลูกจ้างของมหาวิทยาลัย จำนวน 179 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาของเกรมโบสกี (Gremboski, 1993) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้าโครงการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของอเมริกา จำนวน 2,524 ราย โดยศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรม 5 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมัน การควบคุมน้ำหนัก การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน และความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคาดหวังใน

ผลลัพธ์ของพฤติกรรมอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีภาวะสุขภาพดี และจะไปรับบริการทางการแพทย์น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และจากการศึกษาของดัฟฟี, รอสโซ และเฮร์นันเดซ (Duffy, Rossow, & Hernandez, 1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของลูกจ้างสตรีชาวแม็กซิกัน - อเมริกัน พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของสตัฟเบอร์เจนและเบคเกอร์ (Stuifbergen & Becker, 1994) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่ทุพพลภาพ จำนวน 117 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของซอ และคอง (Sohng et al., 2002) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงอพยพสูงอายุชาวเกาหลีในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงอพยพสูงอายุชาวเกาหลีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้จากการศึกษาของคอนน์ (Conn, 1998) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจำนวน 147 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.35$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของเรสนิก, พาร์เมอร์, เจนคินส์ และสเปลล์บริง (Resnick, Palmer, Jenkin, & Spellbring, 2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา เมืองบัลติมอร์ รัฐแมรี่แลนด์ จำนวน 187 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อผลลัพธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.56$  และ  $r = 0.45$ ) และจากการศึกษาของมูนท์และเบคเกอร์ (Moon & Becker, 2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลลัพธ์ความคาดหวังและพฤติกรรมหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเข้าเทียม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ผลการศึกษา พบว่า ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีความสัมพันธ์กับช่วงระยะเวลาการพักฟื้น และความถี่และการออกกำลังกายที่มากขึ้น และในการศึกษางานวิจัยกึ่งทดลองจากการศึกษาของ ร็อบท และคอง (Roach et al., 2003) ศึกษาการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อทำนายพฤติกรรมลดน้ำหนักในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 ราย พบว่า ภายหลังจากทดลอง ระดับคะแนนของกลุ่มทดลองซึ่งให้ความรู้โดย



การใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนการประเมินพฤติกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น ( $r = 0.39, p < 0.01$ )

จากผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่ผลการศึกษามีความสอดคล้องกัน คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านตั้งแต่ระดับต่ำ ระดับปานกลาง จนถึงระดับสูง (จิตระการ, 2543; วาสนา, 2544; วันดี, 2538; ปิยะพันธุ์, 2541; วิชา, 2545; ศศิธร, 2541; สุดารัตน์, 2537; สุพรรณณี, 2542) และการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับสูง (น้ำฝน, 2541; เบญจวรรณ, 2543) นอกจากนี้ จากผลการศึกษาแบบกึ่งทดลองพบว่า การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ (สุนทรา, 2541; อรุณช, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของเพนเดอร์ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทอง เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทองต่อไป

### บริบทของจังหวัดกระบี่

1. โครงสร้างทางด้านสังคมและวัฒนธรรม จังหวัดกระบี่มีจำนวนประชากรทั้งหมด 380,697 คน ประชากรเพศชายมีจำนวน 191,869 คน เพศหญิงมีจำนวน 188,828 คน ประชากรเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนที่ใกล้เคียงกันในอัตราส่วน 1: 1.02 จำนวนประชากรเพศชาย และประชากรเพศหญิงที่มีอายุ 40 - 59 ปี มีจำนวน 34,135 คน และ 33,865 คน ตามลำดับ การศึกษามีการจัดระบบการศึกษา 2 ระดับ คือ การศึกษาในระบบโรงเรียนและการศึกษานอกระบบโรงเรียน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 63.66 ศาสนาอิสลามร้อยละ 32.11 ศาสนาคริสต์ร้อยละ 0.82 และนับถือศาสนาอื่นๆ ร้อยละ 3.41 สำหรับข้อมูลทางด้านสาธารณสุข พบว่าประชากรส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคทางระบบหายใจมากที่สุด คิดเป็นอัตรา 44,867.2 คน ต่อ

ประชากร 100,000 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดกระบี่, 2546) ลักษณะวิถีชีวิตของประชากรในจังหวัดกระบี่ ประชากรที่อยู่ในเขตชนบท ส่วนใหญ่จะมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มักจะมีการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการ หรือชุมชนธรรมชาติอย่างสม่ำเสมอ และส่วนใหญ่จะมีความเชื่อในเรื่องต่างๆ เช่น ความเชื่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ความเชื่อตามลัทธิหรือศาสนา ความเชื่อในวิญญาณบรรพบุรุษ เป็นต้น และมีการปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆอย่างสม่ำเสมอ เช่น ประเพณีขึ้นบ้านใหม่ งานบวชงานมงคลสมรส ประเพณีทางด้านศาสนา เช่น ประเพณีสารทเดือนสิบ ประเพณีทอดกฐิน ประเพณีสงกรานต์ เป็นต้น (กลิ่น, 2541)

2. โครงสร้างทางด้านเศรษฐกิจ ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 51.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมา คือ ค้าขาย ร้อยละ 17.40 โดยประกอบอาชีพทำสวนยางพารามากที่สุด รองลงมา คือ ปาล์มน้ำมัน และกาแฟ คิดเป็นพื้นที่ปลูกทั้งหมด ร้อยละ 29.89, 26.09 และ ร้อยละ 1.40 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติจังหวัดกระบี่, 2546)