

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Association of Health Status Perception and Demographic Factors with
Health Behaviors of the Elderly in Changwat Surat Thani

พวงเพ็ญ เฟือกสวัสดิ์
Poungpen Phuaksawat

๑
เลขที่ RA ๗๗๙.๖ Y52 2538
เลขที่..... ๑. ๒
๒๔ / ๖.๖. / ๖๘

Under Key... ๕๕๕ /
BIB Key... ๕๕๕ / ๕๕๕

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์มหาสมิทธิ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2538

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ผู้เขียน นางสาวพวงเพ็ญ เขื่อนกลวัณดี
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

ดร. นกุล ตะบูนพงศ์ ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นกุล ตะบูนพงศ์)

ดร. นกุล ตะบูนพงศ์ ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นกุล ตะบูนพงศ์)

ดร. สวีตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง กรรมการ
(ดร. สวีตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

ดร. สวีตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง กรรมการ
(ดร. สวีตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

ดร. ศิริพร ชุ่มกลีขิต กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร ชุ่มกลีขิต)

นพ. กอปร ชุณหะวัณ กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. กอปร ชุณหะวัณ ตยัคคานนท์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

ดร. ไพรัตน์ สงวนไทร
(ดร. ไพรัตน์ สงวนไทร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ผู้เขียน	นางสาวพวง เพ็ญ ฝือกสวัสดิ์
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา	2537

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีจำนวน 220 คน ซึ่ง ได้มาจากการคัดเลือกแบบหลายขั้นตอนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 90 ขึ้นไปมีเชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับคู่ครองและบุตรหลาน ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 1000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างปัจจุบัน ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ เป็นอาชีพหลัก

2. เมื่อกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r=.34$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r=-.19$)

3. อายุ ระดับการศึกษา และระดับรายได้เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Enter method พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และระดับรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกายและการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม เป็นกลุ่มตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ ร้อยละ

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ
ทางด้านกาย และ ภาวะอารมณ์จิตใจที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพจิตและความ
ตระหนักรู้ในการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพพึงกระทำเพื่อนำไปสู่การ
มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในผู้สูงอายุ

Thesis Title The Association of Health Status Perception and
Demographic Factors with Health Behaviors of the
Elderly in Changwat Surat Thani

Author Miss Pongpen Phuaksawat

Major Program Adult Nursing

Academic Year 1994

Abstract

The purpose of this study was to investigate the association of health status perception and demographic factors with health behaviors of the elderly. The sample composed of 220 elderly who lived in Changwat Surat Thani. The subjects were selected by using multistage random sampling technique. The data were collected by using three sets of questionnaires, i.e., demographic data, health perception questionnaires and health behaviors questionnaires.

The results of this study revealed that.

1. Most subjects aged between 60-69 years with Thai nationality. More than 90 percent of them were Buddhists and living with spouse and children. Most of them finished primary school and had income less than 1000 bath a month. 60 percent were not working.
2. At the .01 significant level physical health perception was positively correlated with health behaviors ($r=.34$) whereas psychosocial health perception was negatively correlated with health behaviors. ($r=-.19$)
3. Age, education and income were significantly associated with health behaviors at the .01 level

4. In the multiple regression model (Enter method) age, education, income, physical health perception and psychosocial health perception were significant predictor which explained 35.97 percents of the variance of health behaviors

The results suggested the importance of physical health perception and good mental health which showed the influence towards health behaviors. Promoting awareness of change in physical health and good mental hygiene should be implemented.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.บุญลือ ตะบองแตง ผศ.ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง อาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณา ในการตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบคุณ อาจารย์สุรภรณ์ อ้นสวณ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในการ วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย และขอขอบคุณ คุณส่วาท เบญจพร คุณอุบลวรรณ สิทธิสุวรรณ คุณศุภสิพร เพชรเรียงรวมทั้งผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวก ในการเก็บข้อมูลเป็นผลให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ที่ได้กรุณาเอื้อเฟื้อทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ และคุณแม่ ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนและปลุกฝังความ ใฝ่รู้ในการศึกษาแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณ พี่ ๆ และน้อง ๆ นักศึกษาพยาบาลปริญาโท มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจรวมทั้งช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยมา โดยตลอด

พวงเพ็ญ ฝือกสวัสดิ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(11)
รายการภาพ	(12)
บทที่	
1 บทนำ	1
ปัญหา : ความเป็้มาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
คำถามการวิจัย	4
กรอบแนวคิด	4
สมมติฐาน.....	7
นิยามศัพท์	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ	9
ความหมาย	9
การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ	12
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	13
ความหมาย.....	13
	(8)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	14
การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ	21
ผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ	24
การเปลี่ยนแปลงและปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ	25
การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ	28
3 วิธีการวิจัย	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือในการวิจัย	35
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	39
การวิเคราะห์ข้อมูล	40
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	41
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	41
การอภิปรายผล	52
5 สรุปและข้อเสนอแนะ	56
สรุปการวิจัย	56
ข้อเสนอแนะ	57
บรรณานุกรม.....	59
ภาคผนวก.....	71
ภาคผนวก ก.....	72
ภาคผนวก ข.....	73
ภาคผนวก ค.....	74
ประวัติผู้เขียน.....	81

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1.	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ.....	34
2.	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	42
3.	โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
4.	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมสุขภาพและ จำแนกตามคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน และ โดยรวม.....	45
5.	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	46
6.	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระดับรายได้ต่างกัน.....	48
7.	แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ.....	49
8.	แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตาม ระดับการศึกษา.....	49
9.	แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตาม ระดับรายได้.....	50
10.	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับ พฤติกรรมสุขภาพ.....	51

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการศึกษา ในการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	6
2. รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	19
3. แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง.....	35

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็้มาและความสำคัญ

ในสภาวะการณ์ปัจจุบัน สังคมไทยมีแนวโน้มที่จะเป็นสังคมที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นจากการคาดประมาณประชากรของไทย โดยคณะกรรมการคาดประมาณประชากรในคณะกรรมการนโยบายและแผนประชากร (2534) แสดงถึงการเพิ่มอย่างรวดเร็วของจำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ โดยมีการเพิ่มขนาดของประชากรผู้สูงอายุเกือบเท่าตัวภายในเวลา 10 ปี คือเพิ่มจาก 3.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2535 เป็น 5.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2545. การที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้นด้วย การคาดประมาณอายุขัยเฉลี่ยของประชากรในปีพ.ศ. 2533 พบว่า เพศชายมีอายุเฉลี่ย 61.75 ปี เพศหญิง 67.5 ปี และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 เพศชายจะมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 65.25 ปี เพศหญิง 69.75 ปี (กองสถิติสาธารณสุข 2532, 2534 : 19) จากการที่บุคคลมีชีวิตยืนยาวขึ้น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมต่างมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุทุกด้าน ด้านสุขภาพกาย พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จะมีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Speake, et al., 1989 : 13) และจากการศึกษาของ สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2529 เรื่องผลกระทบเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพถึงร้อยละ 41 และโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุเป็นกันมากที่สุดคือ โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โครงสร้างและเนื้อเยื่อเสริม รองลงมาคือ โรคระบบย่อยอาหาร โรคระบบหายใจ โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคระบบประสาท (นภาพร และมาลินี, 2532 : 26; บรรลุ, 2535 : 73) ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจาก ความเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้แต่สามารถชลออัตราการเสื่อมของร่างกาย โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ ซึ่งพฤติกรรมดูแล

สุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีส่วนสำคัญยิ่งต่อการเกิดโรคหรือไม่เป็นโรคของแต่ละบุคคล (Hogstel and Kasha, 1989 : 126) โดยพฤติกรรมที่ดีจะส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยดีช่วยลดอุบัติการณ์ในการเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้อายุยืนยาวขึ้นและลดความต้องการการใช้บริการทางสุขภาพอนามัย (Webster, 1985 : 713; Brown and McCreeedy, 1986 : 317-318; พรวิรัชต์, 2533 : 62) สอดคล้องกับงานวิจัยของบวรลุ และคณะ (2531) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนมี พฤติกรรมการบริโภคอาหารถูกต้อง มีการออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างสม่ำเสมอมีการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติและมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมทั้งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี นอกจากนี้แล้ว รอสแมน (Roseman, 1986 : 169-170) ยังได้กล่าวถึง การเกิดโรคในผู้สูงอายุนี้ เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก การดื่มสุรา สูบบุหรี่รวมทั้งการขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อ สุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินชีวิตในวัยนี้ไปได้อย่างมีความสุข

การกระทำพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการในการที่จะทำให้นักคนเลือกกระทำ การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็น องค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับ ความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1987 : 64) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพจะเป็นความคิดความเข้าใจของบุคคล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (ศิริพร, 2533 : 65) ที่เกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแล้วจึงตัดสินใจและตัดสินใจเกิดเป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนในปัจจุบัน ในผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่นการได้ยินไม่ชัด ความอยากอาหารลดลง ความรู้สึกวิตกกังวลและการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เหล่านี้เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นให้ผู้สูงอายุนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสุขภาพด้านต่างๆด้วยตนเอง ได้ตระหนักถึง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันตามการรับรู้ จากการศึกษารายงานการวิจัยถึง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพนั้นพบว่า มีทั้งส่วนที่สอดคล้องและแตกต่างกัน ดัฟฟี (Duffy, 1988 : 358) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงอายุระหว่าง 35-65 ปี จำนวน 268 คน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดถึงพฤติกรรมสุขภาพ ชวัญใจ (2534) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 200 คน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งประเมินจากสภาพการทำงานของร่างกายและ

จิตใจโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของเขาวลักษณะ (2529) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุของเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ดีนั้น ไม่สัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต และสังคมและได้อภิปรายผลว่า ทั้งนี้เพราะอิทธิพลของตัวแปรเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษาและรายได้ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทางอ้อมผ่านกลไกด้านความรู้และการรับรู้ (Pender, 1987) จากการศึกษาของ วรณวิมล (2535 : 69-73) อรพรรณ (2535 : 84) มุกต์เลนแคมป์ และ โปรเออแมน (Muhlenkamp and Broerman, 1988 : 643) บราวน์และแมคครีดี (Brown and McCreedy, 1988 : 317) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส มีผลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้

จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศ ผลสำรวจในปี 2533 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานีถึง 58,878 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2533 : 26) นอกจากนี้แล้วจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและมีการขยายตัวของเศรษฐกิจเป็นไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน ทำให้มีความแตกต่างของประชากรในด้านต่างๆ เช่น การศึกษา ลักษณะครอบครัว สังคมวัฒนธรรม โดยปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้แต่ละบุคคลแตกต่างกันไปใน ด้านทัศนคติ ความเชื่อซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Malzaham and Northcott, 1989 : 133) และนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพซึ่งยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้อย่างชัดเจนในจังหวัดทางภาคใต้ เพื่อผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อันเป็นกลยุทธ์สำคัญที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และสร้างประโยชน์แก่สังคมได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ศึกษาความสามารถของ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ ปัจจัยส่วนบุคคลในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันหรือไม่
2. ปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน เพศ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้หรือไม่

กรอบแนวคิด

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนให้ สมบูรณ์ แข็งแรงมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Gochman, 1988:3 ; Murray and Zentner, 1989 : 589) จากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987: 57-69) ได้เสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) โดยคำนึงว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำจนเป็นกิจวัตรเป็นรูปแบบ ซึ่งเน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญา และการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลจากภายใน มีการจัดกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การกระทำพฤติกรรมสุขภาพ 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของบุคคล โดยที่ปัจจัยด้านนี้จะส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมของการกระทำพฤติกรรม เป็นปัจจัยซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ คือ

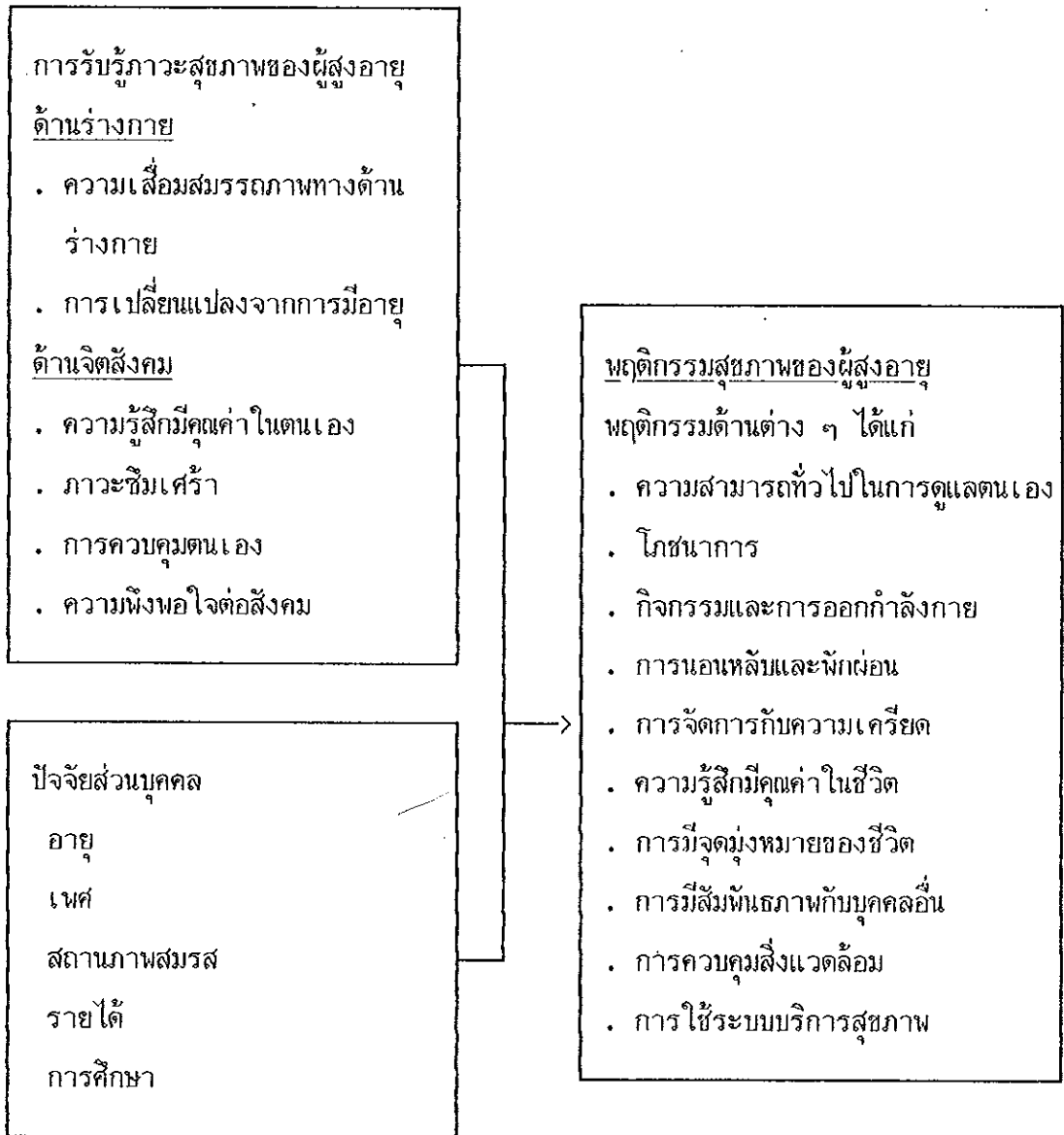
- 1) ความสำคัญของสุขภาพ
- 2) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ
- 3) การรับรู้ความสามารถในตนเอง
- 4) คำจำกัดความของสุขภาพ
- 5) การรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 6) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยกลุ่มที่สองคือ ปัจจัยส่งเสริมเป็นปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยโครงสร้าง ซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยกลุ่มที่สาม คือตัวชี้แนะการกระทำเป็นปัจจัยอีกกลุ่มหนึ่งที่สนับสนุนการกระทำ

พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล เช่น สื่อโฆษณาต่าง ๆ ด้านสุขภาพ เป็นต้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ของบุคคล เป็นความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกร่างกายตลอดจนอาศัยสติปัญญา เหตุผล วิจารณ์ และประสบการณ์เดิมในการวิเคราะห์แปลความทำให้บุคคลมีการรับรู้และตัดสินใจก่อนจะแสดงออกเป็นพฤติกรรม(กฤษณา, 2530 : 91-93 ; จำเนียร, 2516 : 9; Orestein and Carstenson, 1991 : 207-209) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจกำหนดด้วยตนเองเป็นสำคัญ โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็น รากฐานที่จะผลักดันให้เกิด แนวทางการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตไปสู่ความเสื่อมถอยของร่างกาย และจิตใจที่แตกต่างกันทั้ง โดยตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมการรับรู้ภาวะสุขภาพ แต่ละด้านทั้งทางกายและจิตสังคมนั้นจะทำให้ ผู้สูงอายุที่สนใจและมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนไปในทางที่ดีและถูกต้อง ตระหนักว่าความเสื่อมสภาพของภาวะสุขภาพด้านร่างกายนั้น ทำให้เกิด ภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านจิตสังคมในทางที่ดี จะนำไปสู่การ ปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนั่นเอง



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมมติฐาน

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล สามารถร่วมกับอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ	หมายถึง	ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	หมายถึง	การแสดงออกในด้านความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรม และสภาพจิตอารมณ์ของตนในปัจจุบันซึ่งประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ ลินน์และลินน์ (Linn and Linn, 1987)
พฤติกรรมสุขภาพ	หมายถึง	การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจของตน ให้สมบูรณ์แข็งแรงซึ่งประเมินได้โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบประเมินของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 138-143) และเขาวลัทธิ (2529)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ช่วยผู้บริหารพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนทีมสุขภาพในการกำหนดแผนงานด้านบริการสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรม

สุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน หัวข้อการพยาบาลผู้สูงอายุสำหรับนักศึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม
3. ผลการวิจัยจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัย เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยไม่จำกัดเพศ การศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ บำบัดส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีขอบเขตการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. ผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้เป็นกระบวนการทางด้านความคิด และความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเป็น การแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมายถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้ จะทำหน้าที่รวบรวม และแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอก โดยทางประสาท สัมผัสและความจำ(กฤษณา, 2530:91-93; จำเริญ, 2516:9 ; Orstein and Cartenson, 1991 : 207-209) การรับรู้ที่สมบูรณ์จะต้องมีอวัยวะรับสัมผัสที่สมบูรณ์ด้วยถ้าอวัยวะใดบกพร่อง สมรรถภาพการรับรู้ก็ลดน้อยลงไปด้วย นอกจากนั้นแล้วการรับรู้ยังต้องอาศัย สติปัญญา เหตุผล วิจารณ์ญาณ และประสบการณ์เดิมในการวิเคราะห์แปลความ ทำให้บุคคลมีการรับรู้และตัดสินใจ ก่อนแสดงออกเป็นพฤติกรรม(จิราภรณ์, 2532 : 86; Lindgren and Harvey, 1981:292)

1. ความหมาย

ความหมายของการรับรู้จากพจนานุกรมของเวบสเตอร์ (New Webster's Dictionary, 1975 : 1100) คือ การแสดงออกถึงความรู้สึกความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของ บุคคล

มอลซาลและนอร์ทคอต (Molzahn and Northcott, 1988 : 133) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นผลที่เกิดจากความคิดและความเข้าใจซึ่งได้รับอิทธิพลจาก ทักษะคิดและความเชื่อของบุคคลนั้น ๆ การรับรู้เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ในการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้ของผู้รับกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งนำไปสู่การกระทำ (Davidoff, 1987 : 127)

โยธิน และคณะ (2533 : 43) กล่าวว่า การรับรู้คือ การตีความหมาย การรับสัมผัส ออกเป็นสิ่งที่หนึ่งสิ่งใดที่มีความหมาย ซึ่งการตีความหมายนั้นต้องอาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้ จิราภรณ์ (2532 : 86) กล่าวว่า การรับรู้คือ กระบวนการที่บุคคลพยายามทำความเข้าใจกับสิ่งแวดล้อม โดยผ่านทางประสาทสัมผัส กระบวนการนี้เริ่มจากอวัยวะรับสัมผัส (sensory organ) สัมผัสกับสิ่งเร้าแล้วส่งกระแสประสาทไปยังระบบประสาทส่วนกลางจากนั้นสมองจะอาศัยประสบการณ์เดิม แรงจูงใจ อารมณ์ สติปัญญา เพื่อแปลความหมายของอาการสัมผัส (sensation) ออกมาเป็นการรับรู้ โดย สิทธิโชค (2524 : 69) ได้อธิบายถึงการรับรู้ว่าจะต้องประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเลือก (selection) เป็นกระบวนการเลือกเพื่อที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางอันจากสิ่งเร้าทั้งหลาย

2. การจัดระบบ (organization) คือ แยกสิ่งเร้าที่เลือกออกมาเป็นส่วนที่สนใจและมุ่งความสนใจไปยังส่วนนั้นเป็นพิเศษ แล้วจัดสิ่งเร้านั้นให้อยู่ในรูปที่ง่ายมากขึ้น ตัดสิ่งที่เป็นรายละเอียดซับซ้อนและสับสนทิ้งไป

3. การแปลความ (interpretation) เป็นขั้นสุดท้ายในกระบวนการรับรู้ขั้นนี้บุคคลจะอาศัยคุณสมบัติที่อยู่ภายในตัว เช่น ทักษะคิด ประสบการณ์ ความต้องการ ค่านิยม ฯลฯ ช่วยในการพิจารณาสิ่งเร้าภายนอกเพื่อผสมผสานกับคุณสมบัติภายใน ดังนั้นการแปลความจึงเป็นเรื่องที่ขึ้นอยู่กับอัตวิสัย (subjective) ของผู้รับสิ่งเร้า

จากแนวคิดข้างต้น สรุปได้ว่า การรับรู้ของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันแม้เป็นการรับรู้ในเรื่องราวเหตุการณ์ และสภาพแวดล้อมเดียวกันทั้งนี้เนื่องจากอิทธิพลของความแตกต่างระหว่างบุคคลทั้งในแง่ประสบการณ์ส่วนตัว ค่านิยม ทักษะคิด ความสนใจ อารมณ์ แรงจูงใจ บุคลิกภาพ และสติปัญญา รวมทั้งสิ่งแวดล้อมของบุคคล ทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและวัฒนธรรม เช่น กลุ่มชน สถานที่ บรรยากาศ ประเพณีและวัฒนธรรม (Melanson and Wamboldt, 1987 : 30) การรับรู้เป็นตัวกำหนดแนวโน้มการแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบหรือพฤติกรรม โดยที่เราสามารถสังเกต

ถึงการรับรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลโดยบุคคลหนึ่งได้จากพฤติกรรมของบุคคลนั้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

โดยที่ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพดี และเจ็บป่วยสลับหรือต่อเนื่องกันไป (Berger and Willams, 1992: 110) แม้จะมีการแบ่งระดับของสุขภาพเป็นระดับต่างๆ กัน ภาวะสุขภาพก็มีความต่อเนื่องกัน และแยกแต่ละระดับออกจากกันได้ค่อนข้างยาก โดยที่ภาวะสุขภาพนั้นจะประกอบด้วยภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสังคมอย่างแยกกันไม่ได้เป็นองค์รวมที่ผสมผสานกัน (Orem, 1985: 174) ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้น ย่อมจะต้องดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและความเจ็บป่วย แต่อย่างไรก็ตามการรับรู้ของภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกัน ปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ซึ่งทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน คือประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความหมายของภาวะสุขภาพดีตามทัศนะของแต่ละบุคคล โดยการที่บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนดีไม่ได้หมายความว่าไม่มีโรค หรืออาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขา (Sonja, et.al. 1981: 223) แต่เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพตามความคิด ความเข้าใจจากการเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพเดิมแล้วตัดสินประเมินภาวะสุขภาพ ดังนั้นขณะที่มีความเจ็บป่วยบุคคลก็อาจประเมินว่าภาวะสุขภาพของตนอยู่ในเกณฑ์ดี

โดยส่วนใหญ่ ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคลหมายถึงความสามารถทางด้านร่างกายของบุคคล ในการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ตามบทบาท โดยเฉพาะความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม และการปฏิบัติบทบาทตามหน้าที่ของตนเองได้ ทำให้เห็นว่าตนเองยังคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมตนเองทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิต (รวีวรรณ, 2535 : 59) จึงรับรู้และประเมินภาวะสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดี

สำหรับผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องทั้งด้านกาย และจิตสังคมนี้ ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยและพยาธิสภาพต่างๆ ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมี การรับรู้ภาวะสุขภาพของตน จากสภาพการทำงานของสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยรวมในปัจจุบัน ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพได้อย่างถูกต้องจะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

2 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการแสดงออกถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองเป็นการประเมินแบบอัตวิสัย(subjective assessment) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวความคิดและ วัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ การรับรู้ภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า การประเมินภาวะสุขภาพอาจเป็น การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยภาพรวม โดยใช้คำถามเพียงประโยคเดียวที่ถามถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และมี คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี พอใจ หรือแย่มาก เป็นต้น(Horgan, 1987; Melanson and Down-Wamboldt, 1987; Dresler and Richardson, 1991) นอกจากนี้เป็นการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นรายด้าน โดยพัฒนามาจากมโนทัศน์เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ (Health illness concept) เนื้อหาในการวัดประกอบด้วยมิติ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันเป็นลักษณะองค์รวมของบุคคล ลินน์ และลินน์ (Linn and Linn, 1984 : 603-612) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุขึ้น โดยแบ่ง การรับรู้ภาวะสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

2.1 ความเสื่อมสมรรถภาพทางด้านร่างกาย (physical disability) เป็นการระบุถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันรวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

2.2 การเปลี่ยนแปลงจากการมีอายุ (symptom of aging) เป็นการรับรู้ถึงการ เปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ที่เกิดจากความมีอายุ

2.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self esteem) เป็นการประเมินการรับรู้ตนเองในด้าน ต่าง ๆ ได้แก่ คุณค่า ความสามารถ ความรู้สึก และความเชื่อต่อตนเองว่าเป็นอย่างไร

2.4 ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดจากอารมณ์ เศร้า

2.5 การควบคุมตนเอง (personal control) เป็นความรู้สึกถึงความสามารถของตนเอง ในการตัดสินใจ การกระทำหรือจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

2.6 ความพึงพอใจต่อสังคม (social satisfaction) คือ ความรู้สึกและสัมพันธภาพที่มี ต่อบุคคลรอบข้าง รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

1. ความหมาย

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำของบุคคล ซึ่งไม่ได้หมายถึงเฉพาะแต่การแสดงออกเท่านั้นแต่พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาทุกชนิดที่มนุษย์แสดงออกมาทั้งที่อยู่ภายในและแสดงออกมาภายนอก สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพก็มีความหมายเช่นเดียวกับกับพฤติกรรมทั่วไปแต่จะเน้นเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นแนวคิดที่มีผลต่อการเข้าใจถึงการดูแลสุขภาพไปถึงพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้มากมายดังนี้

สมจิตต์ (2534 : 2) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพเป็นกิจกรรมหรือปฏิกริยาใด ๆ ของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้และทดสอบได้ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการกระทำในเรื่องสุขภาพ

ชะนวนทอง (2534 : 11) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ(health related behavior) มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่วไปแต่เน้นลักษณะเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 60) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพนอกจากเป็นการกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพแล้ว ยังรวมถึงการกระทำที่ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิมด้วย

กอชแกน (Gochman, 1988 : 3) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนให้สมบูรณ์แข็งแรงมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

กล่าวโดยสรุปพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจความเชื่อ ความรู้สึก และพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการกระทำเพื่อให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

นอกจากนี้แล้ว แฮร์ริสและกูเตน (Harris and Guten cited by Pender, 1987 : 38)ยังใช้คำว่าพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ (health protective behavior) แทนพฤติกรรมสุขภาพโดยได้อธิบายความหมายว่า เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำเป็นประจำ และสม่ำเสมอเพื่อป้องกัน ส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อการป้องกัน มี 3 ระดับ คือ (Moore-Williamson, 1984 : 196-197)

1. การป้องกันระดับแรก (Primary Prevention) คือ ชี้นำส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันมิให้ร่างกายอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 2. การป้องกันระดับสอง (Secondary Prevention) เป็นขั้นที่เริ่มมีอาการของโรคในระยะแรก ชี้นำทำการป้องกันมิให้อาการของโรคเลวลง
 3. การป้องกันระดับสาม (tertiary prevention) เป็นระยะที่ป้องกันมิให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพจากการเจ็บป่วยนั้นมิภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น โดยใช้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สภาพการทำงานของร่างกายดีที่สุดเท่าที่จะทำได้
- สำหรับในการศึกษาค้นคว้านี้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์ แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความเสี่ยงตามวัยและป้องกันการเกิดโรคได้ง่าย

2. ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

นักการศึกษาหลายท่าน ได้ศึกษาหาปัจจัยต่าง ๆ เพื่ออธิบายและทำนายการเกิดพฤติกรรมต่าง ๆ โดยเสนอเป็นรูปแบบและทฤษฎีต่างมากมาย โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมหรือป้องกันความเจ็บป่วย ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.1 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้น โดย โรเซนสต็อก (Rosenstock) ฮอร์ททาม (Hochbaum) และคีเกลส์ (Keagles) ได้ให้กรอบแนวคิดเพื่อค้นคว้าหาคำตอบว่า ทำไมบุคคลบางคนกระทำกิจกรรมป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยในขณะที่บางคนไม่ทำกิจกรรมนั้น แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีของ เลวิน (Lewin) เป็นรูปแบบซึ่งเน้นถึงพฤติกรรมการป้องกัน (Salazar, 1991 : 128) รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้นบุคคลกระทำภายใต้ความเชื่อและการรับรู้ เกี่ยวกับโอกาสของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค (Perceived Susceptibility and Perceived Severity) ความเชื่อที่ว่า โรคที่เป็นสามารถรักษาได้ และวิธีการที่จะปฏิบัติให้เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ในขณะที่เดียวกันบุคคลต้องมีความเชื่อว่า ค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรค ต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับ (perceived benefits and costs) หลังจากมีการนำแนวคิดนี้ไปศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง

จึงได้มีการเพิ่มองค์ประกอบที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Becker, et.al.) เพื่ออธิบายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้กว้างขวางและชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเพิ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivations) ได้แก่ ความใส่ใจด้านสุขภาพ ความตั้งใจในการแสวงหา การรักษาหรือป้องกัน สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติรวมทั้งปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ บุคลิกภาพ สถานภาพกลุ่มฐานะทางสังคมฯลฯ และปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา เป็นต้น

2.2 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล สร้างและพัฒนาโดย ฟิชเบิน และคดะ (Fishbein, 1975 อ้างตาม ชะนวนทอง. 2534:16 ประภาเพ็ญ และสวิง 2534: 88) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกอยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล นั้นคือความตั้งใจ (intention) ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งหมายความว่าความตั้งใจของบุคคล เป็นตัวกำหนดว่าจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมนั้นๆ และความตั้งใจของบุคคลถูกกำหนดโดยปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือทัศนคติต่อพฤติกรรม (attitude toward behavior) และบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (subjective norm) และเนื่องจากทัศนคติต่อพฤติกรรมมีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับความเชื่อจะเห็นได้ว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการคาดคะเนพฤติกรรม และความเชื่อทางด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลจะต้องเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติเพื่อให้เกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล

2.3 ทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory)

ทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเองเสนอโดย แบนดูรา (Bandura) ในปี 1977 กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่า การกระทำพฤติกรรมนั้นๆ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ตนต้องการ (outcome expectation) และความหวังความสามารถของตน (efficacy expectation) ดังนั้นในการที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมใดๆ นั้น ต้องทำให้บุคคลเห็นว่า เมื่อตนกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วทำให้เกิดประโยชน์หรือเป็นผลดีต่อตนเองอย่างไรบ้างและทำให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง

2.4 รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 57-69) ได้เสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) เป็นรูปแบบซึ่งเน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญาและการควบคุมพฤติกรรมของตนจากภายใน มีการจัดกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยด้านความรู้และ

การรับรู้ ปัจจัยส่งเสริมและตัวแปร ส่งผลต่อความ โนมเอียงที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ

ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) เป็นปัจจัย จูงใจเริ่มแรกที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดขึ้น หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านนี้ครอบคลุม องค์ประกอบต่อไปนี้คือ

1. ความสำคัญของสุขภาพ (importance of health) เป็นการให้คุณค่าหรือความ สำคัญของสุขภาพในแต่ละบุคคล บุคคลซึ่งมีการให้คุณค่าหรือความสำคัญของสุขภาพมากก็จะส่งผล ทำให้มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพดี

2. การรับรู้การควบคุมสุขภาพ(perceived control of health) เป็นการรับรู้ ของบุคคลต่อความสามารถในการควบคุมภาวะสุขภาพ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติการควบคุมสุขภาพอยู่ ภายในตนมีความ โนมเอียงที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติการควบคุม สุขภาพอยู่ภายนอกตน

การรับรู้ถึงอำนาจภายในและภายนอกตน เป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลได้ จากการศึกษาของดัฟฟี (Duffy, 1988) และ เพนเดอร์ (Pender, 1990) พบว่าบุคคลซึ่งมีความ เชื่ออำนาจภายในตน จะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพสูงกว่าบุคคลซึ่งมีความ เชื่ออำนาจภายนอกตนและผู้ซึ่งรับรู้ถึงอำนาจภายในตน เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจะมีพฤติกรรม การดูแลและสนใจต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนให้มีภาวะสุขภาพดีอยู่เสมอ

3. การรับรู้ความสามารถในตน (perceived self-efficacy) หมายถึงการที่ บุคคลมีความ เชื่อมั่นว่าตนเองจะประสบความสำเร็จ หรือ ได้รับผลลัพธ์ตามความคาดหวัง เมื่อตนได้ ลงมือกระทำพฤติกรรมนั้น กล่าวคือ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ และเชื่อมั่นว่ากระทำการ ส่งเสริมสุขภาพแล้วภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลก็ย่อมกระทำ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมากขึ้น (Palank, 1991 : 820)

4. คำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health) บุคคลแต่ละคนจะมีคำ จำกัดความของสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นคำจำกัดความของสุขภาพของแต่ละบุคคลจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน โดยบุคคล ที่ให้คำจำกัดความของสุขภาพว่า เป็นภาวะที่ปราศจากโรค จะเป็นผลจูงใจให้บุคคลนั้น กระทำ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีเสมอ (Gillis, 1993 : 349)

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับ ความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่ามีสุขภาพดี มีความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยและจริงจังกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี ซินเลอร์-เวเนท และวิสเซ่ (Zindler - Wernet and Weiss, 1987 : 160-179) พบว่าบุคคลที่รับรู้และประเมินภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับดีมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่า บุคคลที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับดีมากหรือแย่มาก โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพของตนอยู่ในระดับดีมากทำให้บุคคลนั้นขาดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพของตนอยู่ในระดับไม่ดี หรือแย่มากอาจทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะไม่สามารถช่วยให้ภาวะสุขภาพของตนเองดีขึ้นได้ ในขณะที่

6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived benefits of health promoting behavior) เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพที่ตนกระทำนั้นเมื่อประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ผลทำให้บุคคลนั้นมีการกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง

7. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived barriers to health promoting behavior) เป็นการรับรู้ซึ่งส่งผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เป็นการรับรู้ถึงความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก และการไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

ปัจจัยส่งเสริม (modifying factor) ประกอบด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางประชากร (demographic factors) ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา และรายได้ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทางอ้อม ซึ่งส่งผลผ่านกลไกด้านความรู้และการรับรู้

2. ลักษณะทางชีววิทยา (biologic characteristic) ปัจจัยบางอย่างมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น น้ำหนักมีผลต่อการออกกำลังกายของบุคคล เป็นต้น

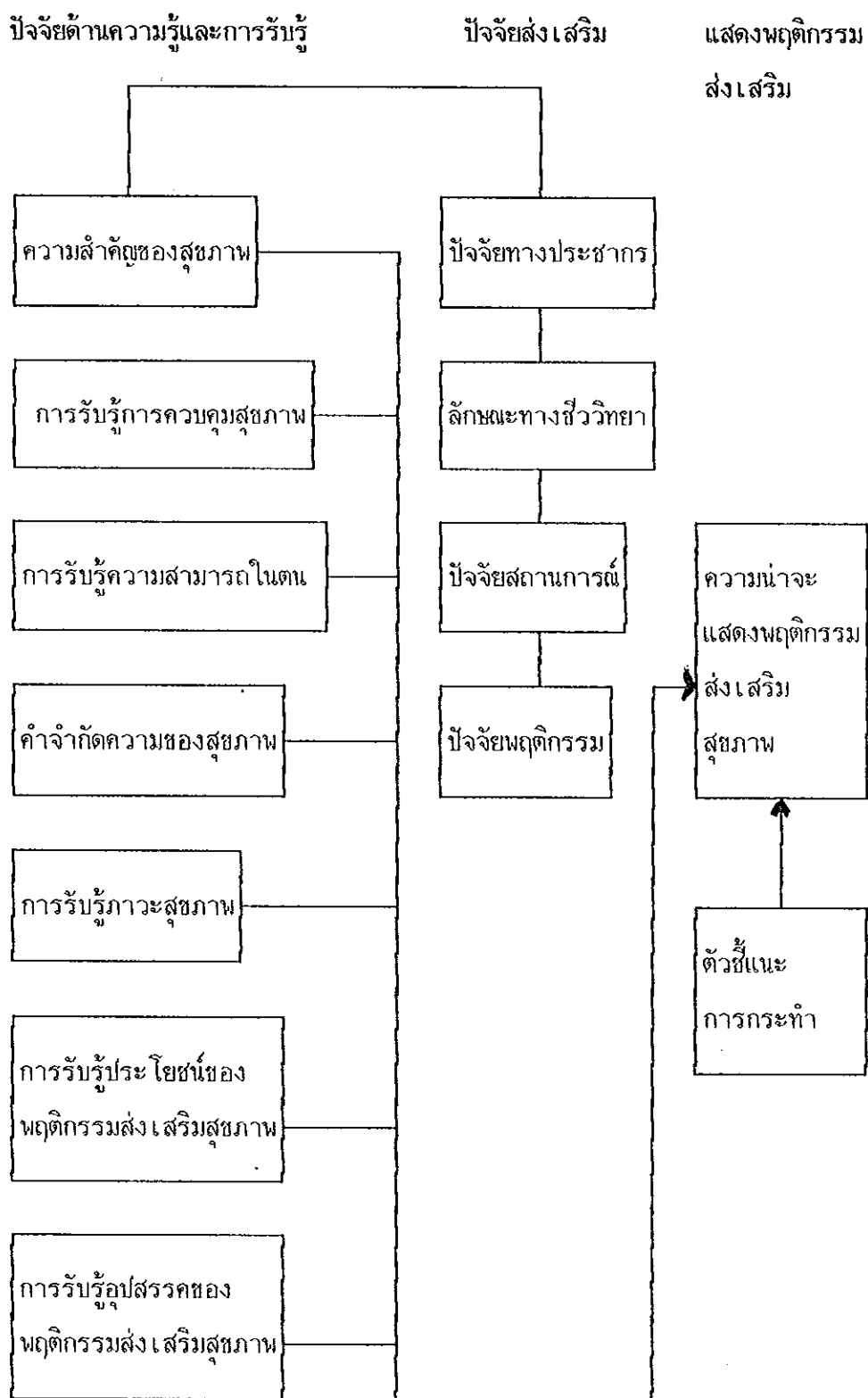
3. อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบถึงการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

4. ปัจจัยสภาพการณ์ (situational factor) สภาพการณ์หรือสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดที่สำคัญ และมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำ

พฤติกรรมนั้น และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น

5. ปัจจัยพฤติกรรม (behavioral factor) ประสบการณ์การกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพในอดีตของบุคคล ส่งเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นอีก

นอกจากปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้และปัจจัยส่งเสริมแล้ว ตัวชี้แนะการกระทำ (cue to action) เป็นปัจจัยสำคัญอีกตัวหนึ่งที่สนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งแบ่ง
ได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ตัวชี้แนะการกระทำภายใน เช่นการรับรู้ศักยภาพของตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงและความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ได้แก่ สื่อต่าง ๆ ที่มีโปรแกรมด้านสุขภาพเป็นตัวชี้แนะการกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพ.



ภาพประกอบ 2 รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987: 58)

การเกิดพฤติกรรมนั้นเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนมาก ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันไป ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ ซึ่งขอกล่าวรายละเอียด ดังนี้

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคล และยังเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพ และบทบาทในครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งมีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ ฮอกส์เทลและคาสคา (Hogstel and Kashka, 1989) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพแข็งแรง พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง และเพศชายจะมีการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษ์ (2529) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรีพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และได้อภิปรายผลว่าเนื่องจากเพศชายทั่วไปมีร่างกายแข็งแรงกว่า รวมทั้งมีโอกาสนในการรับข้อมูลต่างๆที่ถูกต้อง ได้มากกว่าเพศหญิงแตกต่างจากการศึกษาของ มิทรูชีนาและแซทซ์ (Mitrushina and Satz, 1991) ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือผลเสียต่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย

อายุ อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจรวมทั้งเป็นข้อกำหนดถึงความต้องการ และความสามารถในการกระทำกิจกรรมทางสุขภาพ (Orem, 1985 : 255-256) มีการศึกษาพบถึงความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างอายุ และพฤติกรรมสุขภาพ และพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่สม่ำเสมอ (Palank, 1991 : 822) แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาวิจัยซึ่งพบถึงความสัมพันธ์ทางลบระหว่างอายุและพฤติกรรมสุขภาพ (Cohen, et. al, 1990; Muhlenkamp and Sayles, 1986; Riffle, et al, 1989) ซึ่งอธิบายได้ว่าเนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายหรืออาจเกิดจากความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเองซึ่งมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ

สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างหนึ่งที่ส่งเสริม การกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพ โดยบุคคลที่มีคู่สมรสจะมีผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือและกระตุ้นให้บุคคลมีความพยายามในการดูแลตนเองเพราะ การสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นเสมือนเครื่องกันความเครียดทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งมีผลทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น (Robert,

1988 : 10-11) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรภา (2532) นิรนาท (2534) และ ฮับบาร์คและคณะ (Hubbard, et al, 1984 : 266)

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยซึ่งมีผลต่อการพัฒนา ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติของแต่ละบุคคล ระดับการศึกษาสูงจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก (Pender and Pender, 1987 : 66; Riffle et al, 1989 : 209) รวมทั้งช่วยให้สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตได้ดีในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านกาย จิตอารมณ์ และสังคม นั้น ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้เรื่องโรคร้ายไข้เจ็บ รวมทั้งตระหนักถึงอาการและ อาการแสดงของความเสื่อมสมรรถภาพการทำงานในร่างกาย ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เหล่านี้จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุของเยาวัลักษณ์ (2529) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ วิลลิสส์และไครเดอร์ (Willists and Crider, 1988 : 174) พบว่าผู้มีการศึกษาและรายได้สูงสามารถแสวงหาอาหารและแหล่งบริการทางสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ดังนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้บุคคลตระหนักถึงการมีสุขภาพดี และนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

รายได้ เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตในด้าน การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล บุคคลที่มีรายได้สูงก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง มีโอกาสเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง เมื่อเจ็บป่วยรวมถึงโอกาสในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Willist and Crider, 1988 : 174) ซึ่งมักต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินมาใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้เป็นข้อจำกัดต่อการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพ จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ บ่งชี้ว่า ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย (เกริกศักดิ์ และคณะ, 2533 : 83; บรรลุและคณะ, 2533 : 434; นิ่มนวล, 2534 : 226) โดยปัญหาทางเศรษฐกิจนี้จะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีรายได้น้อย (นิรนาท, 2534; เยาวัลักษณ์, 2529; Brown and McCreedy, 1986)

3. การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพการศึกษาประเมิน

พฤติกรรมสุขภาพนั้น มี 3 วิธี คือ จากการสังเกต การสัมภาษณ์และการใช้แบบสอบถามซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดี และข้อเสียแตกต่างกัน คือ

1. การสังเกต การประเมินพฤติกรรม โดยการสังเกตนั้นจะให้ข้อมูลซึ่งเชื่อถือได้มากกว่าวิธีการสัมภาษณ์หรือการตอบแบบสอบถามแต่การสังเกตนั้นต้องใช้ระยะเวลาานพอและในเวลาที่แตกต่างกัน เพราะบางครั้งสิ่งที่ได้จากการสังเกตครั้งหนึ่งนั้นอาจจะไม่ใช่พฤติกรรมอย่างแท้จริงจึงจำเป็นต้องมีการสังเกตหลายครั้งและในเวลาที่ต่างกันการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรงของพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกตหลายครั้ง จะบอกให้ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น

2. การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมที่เหมาะสม จะใช้ในระยะเวลาที่กำหนดเป็นการสนทนาอย่างมีจุดมุ่งหมาย การสัมภาษณ์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้แน่ชัด การสัมภาษณ์อาจเป็นการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามประกอบ หรือไม่ใช้แบบสอบถามแต่มีการวาง โครงร่างเนื้อหาที่ต้องการไว้อย่างชัดเจน

3. การใช้แบบสอบถาม เป็นการกำหนดข้อคำถามต่างๆเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้ตอบจะรายงานตามแบบสอบถาม ข้อเสียในการใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพคือ ไม่สามารถบอกได้ว่าคำตอบนั้นเป็นความจริงหรือไม่ ถ้าทำได้จึงควรใช้ การสังเกตประกอบด้วย

มีผู้ศึกษาและสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพมากมาย โดยในที่นี้ผู้วิจัยขอเสนอแบบประเมินซึ่งเป็นที่นิยม และใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินดังนี้

1. The Lifestyle and Health Habit Assessment (LHHA) เป็นแบบประเมินซึ่ง เพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender and Pender, 1987:135-145) ได้สร้างขึ้นเพื่อประเมินแบบแผนชีวิตและสุขนิสัยประจำวัน โดยที่พฤติกรรมในแต่ละด้านเป็นกิจกรรมหรือการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 10 ด้านคือ

1.1 ความสามารถทั่วไปในการดูแลตนเอง (general competence in self care) เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสุขวิทยาส่วนบุคคล

1.2 การปฏิบัติทางโภชนาการ (nutritional practice) เป็นการประเมินการรู้จักเลือกและรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมมีคุณค่าทางโภชนาการ

1.3 กิจกรรมและการออกกำลังกาย (physical or recreational

activity) เป็นการประเมินในเรื่อง การออกกำลังกาย การใช้เวลาว่าง การพักผ่อนหย่อนใจ รวมทั้งอิริยาบถที่ถูกต้องทั้งการนั่งและการยืน

1.4 การนอนหลับ (sleep pattern) เป็นการประเมินระยะเวลาการพักผ่อนนอนหลับและปัญหาในการนอนหลับ

1.5 การจัดการความเครียด (stress management) เป็นการประเมินการรับรู้สาเหตุของความเครียดและวิธีการใช้ในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.6 ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (self actualization) เป็นการประเมินความพึงพอใจในความสำเร็จของชีวิตที่ผ่านมาและการดำรงชีวิตในปัจจุบัน

1.7 การมีจุดมุ่งหมายของชีวิต (sense of purpose) เป็นการประเมินถึงการวางจุดหมายในชีวิต และกำหนดเป้าหมายชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาวไว้

1.8 การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (relationship with others) เป็นการประเมินถึงการคบหาสมาคมกับบุคคลอื่นรวมถึงการช่วยเหลือ และหรือได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

1.9 การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environmental control) เป็นการประเมินเกี่ยวกับกิจกรรมการกระทำเพื่อดูแลสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บริเวณที่พัก อากาศ แสงและเสียง ให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ และส่งเสริมสุขภาพ

1.10 การให้ระบบบริการสุขภาพ (use of health care system) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือตร วรร่างกายประจำปี

2. The Health - Promoting Lifestyle Profile (HPLP) เป็นเครื่องมือพฤติกรรมสุขภาพซึ่ง วอล์กเกอร์และคณะ (Walker. et.al, 1987: 76-81) ได้นำ IHHA มาปรับปรุงและพัฒนา โดยตัดและเพิ่มแบบประเมินในบางข้อและแบ่งการประเมินพฤติกรรม เป็น 6 ด้าน คือ โภชนาการการออกกำลังกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด เป็นแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมุ่งเน้นเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพซึ่งสร้างโดย กอร์ดอน (Gordon, 1987: อ้างตามศิริพร, 2533 : 65-72) แบบแผนสุขภาพประกอบด้วย 11 แบบแผน ได้แก่ แบบแผนการรับรู้และดูแลสุขภาพ

อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร การขับถ่าย กิจกรรมและการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ สติปัญญาและการรับรู้ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ บทบาทและสัมพันธภาพ เพศและการเจริญพันธุ์ การทบทวนต่อความเครียด คุณค่าและความเชื่อซึ่งในแต่ละแบบแผนจะเป็นการประเมิน ทั้งพฤติกรรมภายนอกและภายใน การพิจารณาตัดสินว่าแบบแผนสุขภาพนั้นผิดปกติหรือไม่โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากการประเมินกับที่ศถาน (norm) ของสังคม วัฒนธรรม และศาสนา

จากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่เสนอ แบบประเมิน LHHA เป็นแบบประเมินซึ่งมุ่งประเมินถึงแบบแผนชีวิตและสุขนิสัยประจำวัน โดยมีเนื้อหาครอบคลุม ทั้งการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ นั้นเป็นการกระทำซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพร่างกาย และจิตใจให้สมบูรณ์แข็งแรง ตามสภาพวัยที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการกระทำนั้นเป็นแนวทางในการดำรงชีวิต หรือเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติในแต่ละวัน ส่วนแบบประเมิน HPLP เป็นแบบประเมินซึ่งมุ่งเน้นเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและแบบแผนสุขภาพนั้นเป็นแบบประเมินพฤติกรรม ที่มีการพิจารณาว่าแบบแผนนั้นผิดปกติ จากการเปรียบเทียบ ข้อมูลจากการประเมินกับที่ศถานของสังคม วัฒนธรรมและศาสนาซึ่งทำได้ค่อนข้างยาก ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมิน LHHA ของ เพนเดอร์และ เพนเดอร์ (Pender and Pender , 1987 :135-145) ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ช่วงชีวิตของมนุษย์นั้นเริ่มตั้งแต่ วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ โดยในแต่ละช่วงชีวิตนั้นจะมีกระบวนการทำงานภายในร่างกายอยู่ 2 กระบวนการคือกระบวนการเจริญเติบโต และกระบวนการเสื่อมโทรมกระบวนการทั้ง 2 นี้เกิดพร้อมกัน ในวัยทารกจนถึงวัยหนุ่มสาวกระบวนการเจริญเติบโตจะมีเหนือกระบวนการเสื่อมโทรมและเมื่ออายุมากขึ้นกระบวนการเสื่อมโทรมจะค่อยๆ เพิ่มมากขึ้นจนอยู่เหนือกระบวนการเจริญเติบโต ดังนั้นในวัยผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่มีความเสื่อมโทรมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ โดยมีความแตกต่างกันแต่ละบุคคลแต่ละสังคมและวัฒนธรรม ทำให้ยากในการกำหนดว่า วัยผู้สูงอายุนั้นเริ่มต้นเมื่อใด ได้มีการตั้งเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุขึ้น โดยองค์การระหว่าง

ประเทศ ได้ประชุมและตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากล ในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ชุตินา, 2531: 1; บรรลุ, 2533: 433; ศรีจิตรา, 2530: 351) สำหรับประเทศไทยก็ได้กำหนดให้ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องตามมาตรฐานสากลเช่นกัน

1. การเปลี่ยนแปลงและปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

ในกระบวนการของการสูงอายุซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ โดยเป็นไปในทางเสื่อมถอยก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุด้านต่างๆ ดังนี้ (Ebersole and Hess, 1985: 116-132; Esberger and Huglus, 1989: 26; Matterson and McConnell, 1988: 144; McClymont, et al, 1986: 30-35)

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1.1.1 ระบบผิวหนัง เซลล์ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผิวหนังเหี่ยว และมีรอยย่นมากขึ้น อัตราการสร้างเซลล์ใหม่รวมทั้ง ไชวันได้ผิวหนังลดลง ทำให้มีความทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง การรับความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเพี้ยน และความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง ระดับความทนต่อความเจ็บปวดสูง

1.1.2 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวน และเส้นใยของกล้ามเนื้อน้อยลงกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ผลทำให้ความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง สาเหตุอาจเกิดจากการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อลดลง ร่างกายขาดการออกกำลังกาย ขาดสารอาหาร และประสิทธิภาพการทำงานของเอนไซม์ในกล้ามเนื้อลดลงนอกจากนี้กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ จะเสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลงทำให้กระดูกสัมผัสกันมากขึ้น ขณะเคลื่อนไหวทำให้เกิดการเสียดของข้อ อาจพบว่าการอักเสบของข้อ ปวดข้อ ข้อติดแข็งหรือพิการผิดปกติ (Matterson and McConnell, 1988 : 176) จากการศึกษา ในกลุ่มผู้สูงอายุไทยพบว่าปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด (นิเรนาท, 2534; นาพรและคณะ 2532; บรรลุและคณะ, 2531; วรณี, 2533: 5) ซึ่งปัญหาของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมีผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงด้วย

1.1.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจมีเนื้อเยื่อพังผืด มาสะสมมากขึ้น

สิ้นหัวใจแข็งและหนามีเคลือบเย็บมาเกาะมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงถึงหลอดเลือดฝอยมีความยืดหยุ่นน้อยลง รุนภายในหลอดเลือดแคบมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงจำนวนเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินลดลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางหน้ามืดเป็นลมได้บ่อย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

1.1.4 ระบบหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างผนังกล้ามเนื้ออก มีความแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพราะกระดูกซี่โครงมีการเคลื่อนไหวช้าลงทำให้ความจุปอดลดลงการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมไม่ดี การทำงานของเซลซัน (celia) ตลอดทางเดินหายใจลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมของทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

1.1.5 ระบบทางเดินอาหาร การย่อยอาหาร และความอยากอาหารลดลง เนื่องมาจากประสาทที่ทำหน้าที่รับกลิ่น และรสทำงานได้น้อยลงรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟันน้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง จึงทำให้อาหารไม่ย่อยท้องอืด แน่นท้อง ท้องผูกได้ง่าย (เนีย, 2535: 19) จากการศึกษาของ จารูวรรณและคณะ (2534: 86) พบว่า ปัญหาการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารคือ ท้องอืด ท้องผูก ร้อยละ 40 เป็นโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

1.1.6 ระบบทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ขนาดและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงปริมาณปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุเพศชายมักพบมีต่อมลูกหมากโตขึ้น เป็นผลทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้งขึ้น กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1.1.7 ระบบสืบพันธุ์ในเพศชาย อวัยวะเพศเล็กและผลิตเชื้ออสุจิ ได้น้อยลง ในเพศหญิงรังไข่จะหยุดทำงาน มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุช่องคลอดบางลง

1.1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงได้แก่ต่อมไทรอยด์จะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง เป็นเหตุให้ต่อมไร้ท่ออื่นทำงานลดลงด้วย

1.1.9 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีสารไลโปฟุสซิน (lipofuscin) มาสะสมมากขึ้นทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลงทำให้ความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ และความไวในการตอบสนองลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดช้าลง ผู้สูงอายุจะสามารถจำเหตุการณ์ต่างๆ ในอดีตได้แต่ความจำหรือ

การเรียนรู้ในเรื่องใหม่ลดลง สำหรับการทำงานของประสาทสัมผัสในผู้สูงอายุการได้ยินจะลดลงพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีและประมาณร้อยละ 60 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะมีการได้ยินลดลง (Andrews, 1987 : 201) ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น นอกจากนี้ความสามารถในการมองเห็นก็จะลดลง แก้วตาเริ่มขุ่นมัว เกิดต่อกระจกได้ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ สายตายาวขึ้น ความไวในการมองตามภาพลดลง

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological change)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและด้านสังคม โดยความเสื่อมของอวัยวะของร่างกายจะแสดงออกในด้านความล่าช้าในกิจกรรมหลายด้านของชีวิตเช่น ความคิดความจำ การรับรู้ทางประสาทสัมผัส และการเคลื่อนไหว สมรรถภาพในการทำงานซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลอื่น รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ นอกจากนี้แล้วสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งของ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นผลจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต เพื่อนวัยเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความเศร้าได้ การสูญเสียบทบาทสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ จากถึงวัยที่ต้องเกษียณอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียความภาคภูมิใจ ขณะเดียวกันทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้เกิดความวิตกกังวลต่ออนาคต กลัวถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความว้าเหว เบื่อหน่าย และเกิดภาวะซึมเศร้า (Berger and Willams, 1992 : 318; Hunter, 1992 : 17)

ศรีวรรณ และคณะ (2535 : 33) กล่าวว่าความซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาที่พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยพบได้ประมาณร้อยละ 12-20 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Haranik, 1991 : 23) มีสาเหตุจากปัจจัยทางด้านจิตสังคมเป็นสำคัญ ในกลุ่มผู้สูงอายุไทยพบว่า มีความซึมเศร้าถึงร้อยละ 80 (นันทิกาและคณะ, 2534 : 196) ซึ่งความซึมเศร้านี้อาจนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตในวัยชราได้

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Sociological change)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม จากการปลดเกษียณหรือออกจากงาน (retirement) ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน ลดบทบาทและหน้าที่ในสังคมลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้อง

เผชิญปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุไทย (เกรวิกศักดิ์ และคณะ, 2533 : 83; บรรลพ, 2533 : 434) โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้แรงงานได้แก่ ทำนา ทำสวน กรรมกร ซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิมจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้มีการลดลงของรายได้ ในขณะที่ความต้องการทางด้านการเงินของผู้สูงอายุเพื่อนำมาใช้จ่ายในการครองชีพ และค่าทำนบารุงที่อยู่อาศัย มีอัตราค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างของครอบครัวไทยในปัจจุบันจาก ครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุห่างเหินกัน ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ผลจากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนหมดความสำคัญขาดอิสระในการตัดสินใจและกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเองนำไปสู่ความรู้สึกเหงาอ้างว้าง ซาดที่หนึ่งและว่าเหว จะเห็นได้ว่า ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้าน ทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ซึ่งเกิดจากการสูญเสียบุคคล อันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงสภาพและบทบาททางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า มีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดความอิสระ ในการกระทำหรือตัดสินใจสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ ผู้สูงอายุ ได้หาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเหมาะสม ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างปกติสุข

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของร่างกาย จะมีผลให้บุคคลมีพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อให้ได้มาซึ่ง สุขภาพที่ดีมากกว่าสภาวะร่างกายขณะนั้น (Jonis and Rodin, อ้างตามประภาเพ็ญ และสวิง, 2534: 74) การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพภายในแต่ละวัน เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมไปถึงการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการป้องกันโรค (Word, 1993: 153) จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุของ ฮอร์แกน (Horgan, 1987) และ บัทเลอร์ (Butler, 1987) พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะ

สุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1987: 74) ได้กล่าวว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้น เป็นปัจจัยด้านแรงใจที่จะโน้มน้าวกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมใดๆ เพื่อให้ภาวะสุขภาพของตนดีขึ้น โดยเมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเกิดขึ้นบุคคลก็จะให้ความหมายเกิดเจตคติ และให้คุณค่ากับสุขภาพ ซึ่งไม่มีผลทำให้เกิดการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกไปในผู้สูงอายุนี้ พบว่าพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ มีดังนี้

1. การรับประทานอาหาร

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยเสื่อม ในการที่จะป้องกันไม่ให้ร่างกายทรุดโทรมรวดเร็วเกินไป (กุลยา, 2524 : 90) ในวัยสูงอายุความต้องการอาหารของร่างกายลดน้อยลง เพราะร่างกายไม่ต้องการนำไปใช้ในการสร้างความเจริญเติบโต แต่ใช้เป็นพลังงานและซ่อมแซมอวัยวะที่เสื่อมไป อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังคงต้องการสารอาหารให้ครบทุกประเภท (เสนา, 2530 : 672; นิยา, 2535 : 22) อาหารเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงและพยายามที่จะรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์คุณค่า การรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะช่วยให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรประกอบด้วยโปรตีน ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียโปรตีน เนื่องจากการสลายตัวของกล้ามเนื้อของร่างกาย ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนวันละประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เช่น โปรตีนจากเนื้อสัตว์ ถั่วเมล็ดต่างๆ นมวันละ 1 แก้วซึ่งจะให้โปรตีนและแคลเซียมสูง รวมทั้งใช้วันละ 1/2-1 ฟอง

ไขมัน เป็นอาหารที่ควรระมัดระวังอย่างมาก โดยเฉพาะคนอ้วนควรเป็นเพียงอาหารเสริมรสเท่านั้น เพราะไขมันให้พลังงานสูงและสะสมในร่างกายได้นาน ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับไขมันไม่เกินร้อยละ 35 ของจำนวนพลังงานทั้งหมดที่ได้ต่อวัน (Boyle, 1990 : 77) ควรปรุงด้วยน้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิก ประโยชน์ของกรดไลโนเลอิกจะช่วยเพิ่มการขับถ่ายโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ออกจากร่างกาย นอกจากนี้ การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำจะช่วยลดภาวะการแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อหลังอาหาร

คาร์โบไฮเดรต สำหรับความต้องการสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ในผู้สูงอายุจะลดลงเนื่องจากความต้องการพลังงานลดลงปริมาณคาร์โบไฮเดรตควรลดลงร้อยละ 30 จากที่เคยได้รับในวัยหนุ่มสาว (ปาหนัน, 2530 : 18) จากผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายน้อยกว่าเดิม จึงควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ทำด้วยน้ำตาลทราย เพราะทำให้อ้วนได้ง่าย

และยังไปเพิ่มการสร้างไตรกลีเซอไรด์ด้วย

สารเกลือแร่ ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมทุกวันเพื่อชดเชยส่วนที่ถูกทำลายหรือใช้ไป ควรได้รับในปริมาณไม่น้อยกว่า 800 มิลลิกรัม/วัน โดยได้จากนมผักใบเขียว เนื้อสัตว์ต่าง ๆ หรือ ผลไม้

วิตามิน ที่จำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุ คือ วิตามิน บี เพราะมีส่วนช่วยการทำงานของ หัวใจและระบบประสาท ช่วยเพิ่มความอยากอาหาร อวัยวะการย่อยอาหารทำงานดีขึ้น

น้ำ เป็นสิ่งจำเป็นมากความต้องการน้ำในผู้สูงอายุประมาณ 30 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัวหรือ ประมาณ 6-8 แก้ว (1500-2800 ซีซี) ต่อวันเพื่อช่วยการทำงานของไต ผิวหนัง ระบบการย่อยอาหาร ช่วยป้องกันอาหารท้องผูกได้

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่จะชะลอความสูงอายุ และทำให้เซลล์ ภายในร่างกายเสื่อมช้าลง โดยทำให้มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และช่วยป้องกันโรคเกี่ยวกับหัวใจ และระบบไหลเวียนส่ง เสริมความสามารถในการทำงานช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิต (เจก, 2532 : 101-132; Forber, 1992 : 19) ผู้สูงอายุควรละเว้นการออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาที่ต้องใช้กำลังมาก ๆ ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ (ธนา, 2535 : 80) ควรออกกำลังกาย อย่างช้า ๆ เรื่อย ๆ และเป็นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในช่วงพักในการออกกำลังกายบ้างพอสมควร บราวน์ และแมคครีดี (Brown and McCreedy, 1986) และมิลเลอร์ (Miller, 1991) พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ในผู้สูงอายุไทยพบว่ามัก ออกกำลังกายโดยการเดิน (ขวัญใจ, 2534 : 125; นิเมเวล, 2534 : 182; นภาพรและคณะ, 2532 : 5) แต่อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุไทยนั้น การออกกำลังกายโดยการเดินก็เป็นไปตามวิถีชีวิตประจำวันมากกว่าการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี

3. การนอนหลับพักผ่อน การนอนหลับเป็นการสะสมพลังงาน เป็นระยะที่มีการเสริมสร้างเนื้อเยื่อและซ่อมแซมอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (เกษมและกุลยา, 2528 : 43) ในผู้สูงอายุแบบแผนการนอนเปลี่ยนไป ใช้เวลานอนมากหลับยากช่วงเวลาที่หลับสั้นมีน้อย มีความแปรปรวนของระยะการนอนหลับ ตื่นบ่อยและมักตื่นเช้าพร้อมกับรู้สึกว่าการหลับไม่เพียงพอ (Ebersole, 1985 : 176; Matterson and McConnell, 1988 : 407) ผู้สูงอายุควรนอนหลับและพักผ่อน อย่างเพียงพอวันละประมาณ 5 - 6 ชั่วโมง อาจหลับในเวลากลางวันควรพักผ่อนในที่ที่มีอากาศ

ถ่ายเทสะดวกไม่มีเสียงรบกวน ในรายที่นอนหลับยากก่อนนอนควรมุ่งมุ้งๆ ประเภทบำรุงร่างกาย จะช่วยให้อาการดีขึ้น และพักผ่อนได้ คนที่นอนหลับอย่างเพียงพอจะรู้สึกสดชื่นกระฉับกระเฉง สามารถทำงานต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (สันต์, 2534 : 26-27)

4. ความสามารถทั่วไปในการดูแลตนเอง การดูแลความสะอาดของร่างกายของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผิวหนังของผู้สูงอายุจะบาง ไวต่อการกดทับและการบาดเจ็บต่าง ๆ ไขมันใต้ผิวหนังน้อย รวมทั้งความแข็งแรงของผิวหนังลดลง ต่อมาเมื่อมีการผลิตเหงื่อออกน้อยลงทำให้ผิวหนังแห้งกระด้าง การอาบน้ำจะช่วยให้ผิวหนังสะอาด ชุ่มชื้นและกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตได้ผิวหนังแต่การอาบน้ำบ่อย ๆ จะไม่ช่วยให้สภาพของผิวหนังดีขึ้น ผู้สูงอายุควรอาบน้ำวันละครั้ง ในวันที่อากาศร้อน และ ลดเป็น 2 วันต่อครั้ง ได้ในวันที่อากาศหนาว ในผู้สูงอายุไม่ควรสระผมบ่อย เพราะเป็นเวทย์ที่หนังศีรษะแห้ง ควรสระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเออย่างมาก มือ เท้าและเล็บ ควรได้รับการดูแลให้สะอาดเล็บตัดสั้นเพื่อให้ง่ายต่อการรักษาความสะอาด เข่าก็ต้องดูแลเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันอันตรายและการบาดเจ็บต่าง ๆ ช่วยให้เคลื่อนไหวได้ดี การรักษาสุขภาพปากและฟัน สำหรับ ผู้สูงอายุควรทำความสะอาดเหงือกและฟันทันทีหลังรับประทานอาหารด้วยแปรงนุ่ม ๆ หรือ ใช้น้ำอุ่นหรือน้ำเกลืออุ่น ๆ บ้วนปาก สำหรับการแต่งกาย เสื้อผ้าควรมีขนาดที่สวมใส่ได้ง่าย สบาย เสื้อผ้าควรเป็นผ้าเนื้อนุ่ม แห้งสะอาด และ เหมาะสมกับลักษณะของอากาศ

5. การควบคุมสิ่งแวดล้อม

การจัดสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพื่อให้ผู้สูงอายุได้คงสภาพความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ หรือให้เสื่อมสมรรถภาพช้าที่สุด สุรกุล (2530 : 96) กล่าวถึง การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงในเต้านร่างกายของผู้สูงอายุ โดยการจัดสภาพของที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ควรดูแลพื้นที่ห้อง ให้สะอาดแห้ง เก็บข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้เป็นที่มืดแสงสว่างอย่างเพียงพอ และมีราวบันไดให้ยึดเกาะเวลาเดิน ละเว้นการยืนบนเก้าอี้ หรือขั้นที่สูงๆ ผู้สูงอายุควรมีการเปลี่ยนอิริยาบทอย่างช้า ๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่อับทึบ ควรอยู่ในที่ซึ่งมีอากาศปลอดโปร่งถ่ายเทสะดวก

6. การใช้ระบบบริการสุขภาพ

จากความสูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นวัยซึ่งมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ ได้ง่าย โดยที่ความเจ็บป่วยหรือโรคนี้เองจะไม่แสดงอาการให้เห็นอย่างเด่นชัดในระยะแรกของการเกิดโรคขึ้นดังนั้นการตรวจสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่ออายุเลยวัยกลางคน

ไปแล้ว จำเป็นต้องมีการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอทุก 1-2 ปี (เกษมและกุลยา, 2528 : 67) เพื่อเป็นการทราบถึงสภาพร่างกายของตนเอง รวมทั้งเป็นการตรวจค้นโรคที่อาจเกิดขึ้นได้จาก รายงานของบรรลุ และคณะ (2530) พบว่า ในผู้สูงอายุไทยไม่เคยตรวจ ร่างกายประจำปีของตนเองเลยถึงร้อยละ 80.10 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวัญใจ (2534) และเว็ศรา (2534) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุซึ่งไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีมีจำนวนน้อย โดยผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปีนาน ๆ ครั้ง หรือ ไปเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเท่านั้นจึงจะ ไปใช้ระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการ ใช้ระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะ การตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญยิ่ง

7. การดูแลสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุเป็นวัยซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ด้านสภาพร่างกายจิตใจอารมณ์ และสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายความสามารถในการทำงานลดลงรวมทั้งมีสถานภาพและบทบาทในสังคมเปลี่ยนแปลง เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า เหนง่าอ้างว่างชาตที่พึ่งและมีความรู้สึกหิมนเค้ร่าได้ ผู้สูงอายุจึงควรมีทัศนคติที่ต้อเหตุการณที่เปลี่ยนแปลงไป ยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ ผู้สูงอายุควรมีการเตรียมพร้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยมีการเตรียมพร้อมและวางแผน สำหรับตนเองในเรื่องที่อยู่อาศัย และทรัพย์สิน จากงานวิจัยของศิริวรรณ (2531 : 70-71) พบว่าผู้ที่มีการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุไว้จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง และช่วยให้ชีวิตดำเนินต่อไปได้อย่างมีความสุข ผู้สูงอายุควรศึกษาความสนใจของตนเองเกี่ยวกับ งานอดิเรกชนิดต่าง ๆ เลือกงานหรือกิจกรรมที่ตนเองสนใจ เช่น กิจกรรมของชุมชนหรือทางศาสนา เป็นการทํางานเพื่อให้เกิดความสุข ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ นอกจากนั้นแล้วการยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือพฤติกรรมใหม่ของสังคมมีการวางแผนเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสมไว้สำหรับตนเอง สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดี

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุนั้นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมมากมาย ดังนั้นการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ถูกต้องตามความเป็นจริงจึงมีความสำคัญมาก ในการที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการเข้าใจ และประเมินภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรค คงไว้หรือดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้ เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งอาศัยอยู่ใน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีขั้นตอนดังนี้

1. จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีทั้งหมด 16 อำเภอ และ 2 กิ่งอำเภอ ผู้วิจัยใช้วิธีจับฉลากสุ่มตัวอย่างอำเภอ 4 อำเภอ เพื่อเป็นตัวแทนของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอกาญจนดิษฐ์ อำเภอบ้านนาสาร และอำเภอดอนสัก ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุของ 4 อำเภอนี้เท่ากับ 22,239 คน. (ข้อมูลสำธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2533) กำหนดขนาดตัวอย่างในอัตราร้อยละ 1 ของประชากรทั้งหมด (เพชรไฉย และคณะ, 2535: 155) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 220 คน
2. จับฉลากสุ่มตัวอย่างตำบลจาก 4 อำเภอที่สุ่มได้ในขั้นที่หนึ่ง อำเภอละ 1 ตำบลรวมทั้งหมด 4 ตำบล
3. จับฉลากสุ่มตัวอย่างหมู่บ้านจาก 4 ตำบลที่สุ่มได้ในขั้นที่สอง ตำบลละ 1 หมู่บ้านรวมทั้งหมด 4 หมู่บ้าน
4. ในแต่ละหมู่บ้านที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสำรวจรายชื่อ ผู้สูงอายุทั้งหมดของหมู่บ้านและจับฉลากตามบ้านเลขที่ เพื่อเลือกมาเป็นตัวอย่าง ตามจำนวนที่กำหนดไว้คือ 220 คน โดยใช้สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ มาเป็นสัดส่วนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ

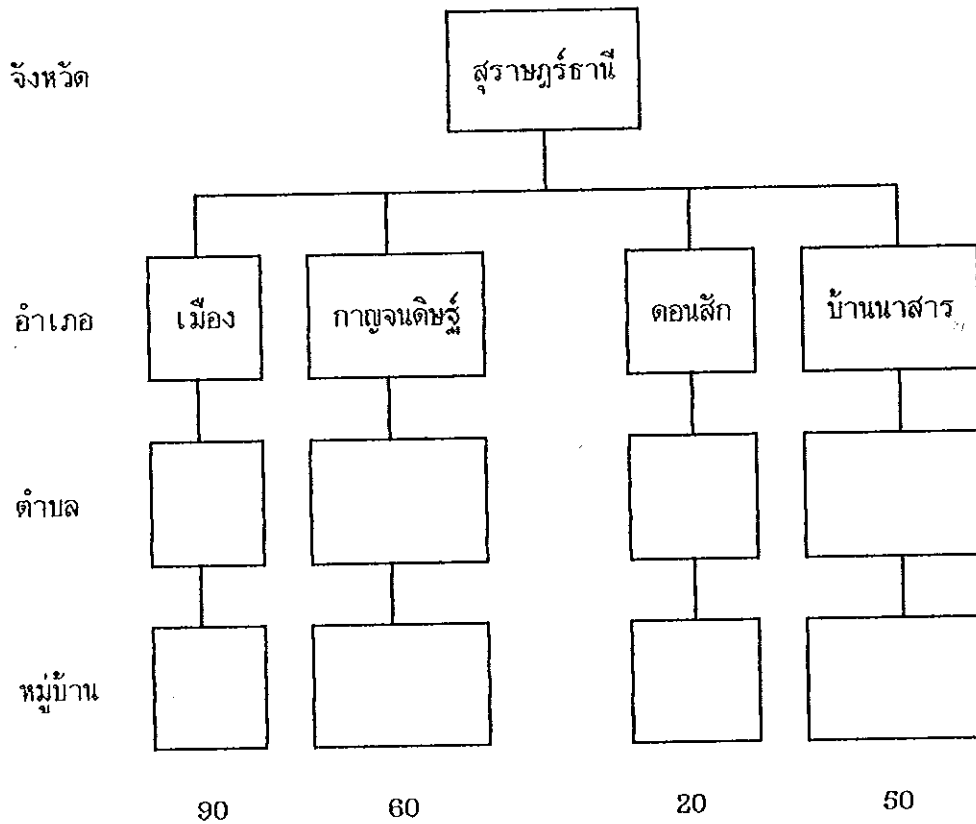
หมู่บ้านดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ

อำเภอ	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
เมือง	8,885	90
กาญจนดิษฐ์	6,079	60
ดอนสัก	2,131	20
บ้านนาสาร	5,144	50

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มเลือกจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุหญิง-ชาย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. สามารถเข้าใจภาษาไทย การรับรู้ถูกต้อง และตอบแบบสัมภาษณ์ได้
3. ไม่มีปัญหาเรื่อง หูหนวก ตามืด หรือการสื่อสาร
4. ไม่มีอาการพิการใด ๆ
5. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้



ภาพประกอบ 3 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา อาชีพ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว
2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัย โดยใช้แนวคิดจาก Self - Evaluation of Life Function (SELF) Scale : A short Comprehensive Self-Report of Health for Elderly Adults ของ ลินน์ และลินน์ (Linn and Linn, 1984) ซึ่งวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย

และจิตสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่

2.1 ความคิดเห็นซึ่งแสดงถึงการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อ ภาวะสุขภาพ ทางด้านร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเสื่อมสมรรถภาพทางด้านร่างกาย(physical disability) และการเปลี่ยนแปลงของการมีอายุ (symptom of aging) จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 1-16

2.2 ความคิดเห็นซึ่งแสดงถึงการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อ ภาวะสุขภาพทางด้านจิตสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ภาวะซึมเศร้า (depression) การควบคุมตนเอง (personal control) และ ความพึงพอใจต่อสังคม (social satisfaction) จำนวน 12 ข้อประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 17-28

ข้อคำถามเป็นคำถามที่มีความหมายทางด้านเสื่อม หรือ ไม่ดีของภาวะสุขภาพ จำนวน 21 ข้อ คือข้อ 1-16 , 22, 23, 25, 26, 27 และข้อคำถามที่มีความหมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่เสื่อมจำนวน 7 ข้อ คือ 17, 18, 19, 20, 21, 24 และ 28

ลักษณะคำตอบแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 ข้อ คือ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจและใช่ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยกำหนดค่าคะแนนดังนี้

ข้อที่มีความหมายทางด้านเสื่อมลงหรือไม่ดีของภาวะสุขภาพ

คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่ใช่

คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่แน่ใจ

คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า ใช่

ข้อที่มีความหมายทางด้านที่ดี หรือไม่เสื่อมของภาวะสุขภาพ

คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่า ใช่

คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่แน่ใจ

คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่ใช่

คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าสูงสุด 84 คะแนน ต่ำสุด 28 คะแนน โดยที่คะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกายและจิตสังคม ซึ่งเป็นไปในทางเสื่อมสูงกว่า ผู้ที่มีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพต่ำกว่า

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากเครื่องมือ Lifestyle

and Health Habit Assessment ของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 138-143) และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของเขาวลักษณะ (2529)ซึ่งแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 10 ด้านคือ

1. ความสามารถทั่วไปในการดูแลตนเอง (general competence in self care) ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 1-8
2. โภชนาการ (nutritional practices) ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 9-17
3. กิจกรรม และการออกกำลังกาย (physical and recreational activity) ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 18-20
4. การนอนหลับพักผ่อน (sleep pattern) ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 21-23
5. การจัดการกับความเครียด (stress management) ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 24-26
6. ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (self actualization) ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 27-29
7. การมีจุดมุ่งหมายของชีวิต (sense of purpose) ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 30-31
8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (relationships with others) ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 32-33
9. การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environmental control) ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 34-38
10. การใช้ระบบบริการสุขภาพ (use of health care system) ประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ข้อ 39-41

รวมข้อคำถาม มีจำนวน 41 ข้อประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 38 ข้อ คือข้อ 1, 3-10, 11 และ 13 - 41 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 3 ข้อ

คือ ข้อ 2, 11 และ 12 โดยมีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบมีการกระทำหรือความคิดเห็นตามข้อความนั้นเสมอ

บางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีการกระทำ หรือความคิดเห็นตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง

ไม่เคยเลย หมายถึง ผู้ตอบไม่เคยกระทำหรือมีความคิดเห็นตามข้อความนั้นเลย
 ข้อที่มีความหมายทางบวก

คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่เคยเลย
 คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า บางครั้ง
 คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นประจำ

ข้อที่มีความหมายทางลบ

คะแนน 3 คะแนน เมื่อตอบว่า ไม่เคย
 คะแนน 2 คะแนน เมื่อตอบว่า บางครั้ง
 คะแนน 1 คะแนน เมื่อตอบว่า เป็นประจำ

คะแนนรวมทั้งหมด มีค่าสูงสุด 123 คะแนน ต่ำสุด 41 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนน
 พฤติกรรมสุขภาพสูง ถือว่ามีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำกว่า

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ(Content validity)

การหาความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทางผู้สูงอายุ 4 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางจิตสังคม 1 ท่าน และผู้สูงอายุซึ่งเป็นข้าราชการบำนาญ 1 ท่านช่วยตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนที่จะนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือและนำไปใช้จริง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach coefficient alpha) พบว่าแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ค่าความเที่ยงตรงโดยรวม 0.88 โดยได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกาย 0.81 ด้านจิตสังคม 0.77 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.88

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงนายกเทศมนตรีและนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอสำรวจรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุในทะเบียนราษฎร์รวมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งมีคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

2.1 เป็นพยาบาลเทคนิค หรือพยาบาลวิชาชีพ

2.2 เป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีความคุ้นเคยกับ ภูมิประเทศ ประเพณี

วัฒนธรรม ตลอดจนภาษาของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 มีความสนใจและต้องการเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัย

3.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

3.2 มอบแบบสอบถามและคู่มือการใช้แบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ตามแบบสอบถามจนมีความเข้าใจตรงกันทุกคำตอบ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. สุ่มเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนเก็บข้อมูล โดยบอกให้ผู้สูงอายุทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธและยกเลิกการเก็บข้อมูลได้ตามต้องการ

3. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วย คอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for Social Science) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. แจกแจงความถี่และค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคล
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนรวม ค่ามัธยฐานเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
3. ค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .01
4. ทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Oneway analysis of variance) ทดสอบค่าเอฟ (F-test) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .01
5. ทดสอบเพื่อหาค่าความสามารถของการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลในการอธิบายความแปรปรวนของคะแนน พฤติกรรมสุขภาพ โดยการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter Method

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 220 คนซึ่งผู้วิจัยได้เสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม

สุขภาพ

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 220 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 62.3 และ 25.5) มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไปมีเชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับคู่ครองและบุตรหลาน ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน โดยมีความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ นอกจากนี้พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใดเป็นอาชีพหลัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.7 มีโรคประจำตัวโดยโรคที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคของกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ และโรคตา ตามลำดับ ดังมีรายละเอียดแสดงในตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 220 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	96	43.6
หญิง	124	56.4
อายุ		
60-69 ปี	137	62.3
70-79 ปี	56	25.4
80 ปีขึ้นไป	27	12.3
เชื้อชาติ		
ไทย	218	99.1
จีน	2	.9
ศาสนา		
พุทธ	217	98.6
อิสลาม	3	1.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	50	22.7
ประถมศึกษา	154	70.0
มัธยมศึกษาขึ้นไป	16	7.3
สถานภาพสมรส		
โสด	10	4.5
คู่	137	62.3
หม้าย/หย่า/แยก	73	33.2

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n =220 คน)	ร้อยละ
สภาพการเป็นอยู่ปัจจุบัน		
อยู่คนเดียว	13	5.9
อยู่กับคู่ครอง/บุตรหลาน	207	94.1
อาชีพปัจจุบัน		
ประกอบอาชีพ	90	40.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	132	60.0
รายได้ปัจจุบันเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,000 บาท	100	45.5
1,000-3,000 บาท	78	35.5
3,000 บาท ขึ้นไป	42	19.1
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่พอใช้	66	30.0
พอใช้	140	63.6
เหลือใช้	14	6.4
แหล่งของรายได้		
จากอาชีพ	70	31.8
จากบ้านญาติ	11	5.0
จากบุตรหลาน	114	51.8
อื่นๆ... (ญาติ เพื่อนบ้าน)	25	11.4

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 220 คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี	83	37.7
ไม่มี	137	62.3

ตาราง 3 โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง

โรคประจำตัว	จำนวน (n = 83 คน)	ร้อยละ
1. ความดันโลหิตสูง	26	31.3
2. ปวดหลัง ปวดเมื่อย ข้อเสื่อม	20	24.1
3. โรคเบาหวาน	9	10.8
4. ภาวะแพ้อาหารอักเสบ	6	7.2
5. หอบหืด และภูมิแพ้	8	9.6
6. โรคตา	14	16.9

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาจากจำนวนเปอร์เซ็นต์ของการกระจายจากค่าเฉลี่ย (coefficient of variation) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมค่อนข้างน้อย และเมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้านนั้น พบว่ามีการกระจายของคะแนนใกล้เคียงกัน (ค่า C.V = 22.21 และ 22.57 %) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย มีการกระจายของคะแนนส่วนใหญ่ไปทางระดับสูง ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม มีการกระจายของคะแนน ไปทางคะแนนระดับต่ำดังแสดง ในตาราง 4

ตาราง 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และ จำแนกตามคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน และ โดยรวม

	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD	C.V	Skewness
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง				
การรับรู้ภาวะสุขภาพ						
ด้านกาย	16-48	16-48	34.85	7.74	22.21	-.207
ด้านจิตสังคม	12-36	12-30	19.54	4.41	22.57	.347
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	28-84	30-76	54.40	10.32	18.97	.094
พฤติกรรมสุขภาพ	41-123	70-122	97.02	11.91	12.27	-.030

จากการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพนั้นพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกาย จิตสังคม และ โดยรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .34$) ขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคมมี ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = -.19$) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ

.3421**		การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกาย
-.1905*	.3471**	การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม
.1705	.9197**	.7255** การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม

* $p < .01$

** $p < .001$

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

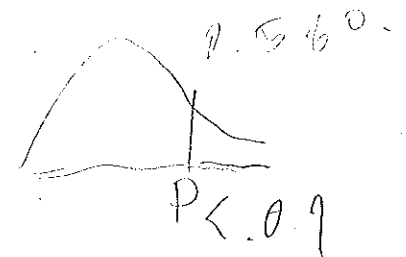
การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระดับรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยวิเคราะห์ความแตกต่าง ของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระดับรายได้ต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (oneway analysis of variance) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษาและระดับรายได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 6) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษาและระดับรายได้มาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธี ดูกี-บี (Tukey-B) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-69 ปีและ 70-79 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งมีอายุ 80 ปีขึ้นไป (ตาราง 7) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่า (ตาราง 8) นอกจากนี้แล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ 1,000-3,000 บาทต่อเดือน เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน แต่ไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มอื่นๆ (ตาราง 9)

ตาราง 6 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและระดับรายได้แตกต่างกัน

ตัวแปร	ระหว่างกลุ่ม		ภายในกลุ่ม		F
	df	MS	df	MS	
เพศ	1	428.0114	218	140.4903	3.0466
อายุ	2	670.1607	217	136.9355	4.8941 [*]
สถานภาพสมรส	1	64.8301	218	142.1562	.4560
ระดับการศึกษา	2	1152.2527	217	132.4902	8.6969 ^{**}
ระดับรายได้	2	687.8177	217	136.7707	5.0290 [*]

^{*} p < .01

^{**} p < .001



ตาราง 7 แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ค่าเฉลี่ย)	60 - 69 ปี (98.16)	70 - 79 ปี (97.39)	80 ปีขึ้นไป (90.48)
60 - 60 ปี	-	0.77	7.68*
70 - 79 ปี		-	6.91*
80 ปีขึ้นไป			-

* P < .05

ตาราง 8 แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา (ค่าเฉลี่ย)	ไม่ได้รับการศึกษา (92.44)	ประถมศึกษา (97.61)	มัธยมศึกษาขึ้นไป (105.69)
ไม่ได้รับการศึกษา	-	5.17*	13.25*
ประถมศึกษา		-	8.08*
มัธยมศึกษาขึ้นไป			-

* P < .05

ตาราง 9 แสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามระดับรายได้

ระดับรายได้ (ค่าเฉลี่ย)	น้อยกว่า 1,000 บาท (94.30)	1,000-3,000 บาท (98.79)	3,000 บาทขึ้นไป (99.56)
น้อยกว่า 1,000 บาท	-	4.49*	5.26
1,000-3,000 บาท		-	0.77
3,000 บาทขึ้นไป			-

* $P < .05$

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากตาราง 5 และตาราง 6 พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกายและการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม การวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ เพื่อดูความสามารถของตัวแปรต้นคือ อายุ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกายและจิตสังคม ในการอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามคือ พฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แบบ enter method

ผลการวิเคราะห์ เมื่อใช้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรตามพบว่า ตัวแปรต้นทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพได้ ร้อยละ 35.97 โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกายสามารถอธิบาย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม ระดับรายได้ ระดับการศึกษาและอายุตามลำดับ ซึ่งเมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของ ความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวแปร ที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกาย ระดับการศึกษา และระดับรายได้ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม และอายุเป็นตัวทำนาย ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวทำนาย	B	Beta	T	P
การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม	-.8474	-.3141	-5.132	.000
ระดับการศึกษา	2.9408	.1526	2.240	.026
การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกาย	.8954	.5819	9.145	.000
อายุ	-.2129	-.1420	-2.313	.021
ระดับรายได้	2.0507	.1707	2.461	.014
Constant	87.7254	-	11.029	.000

F = 24.044 (p<.01)

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งผู้วิจัยจะอภิปรายตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 220 คน มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศหญิงร้อยละ 56.4 และเพศชายร้อยละ 43.6 ซึ่งเป็นไปตามลักษณะโครงสร้างทางอายุของประชากรผู้สูงอายุไทยที่พบโดยทั่วไป สาเหตุจากอายุเฉลี่ยของเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชายโดยจากการคาดประมาณอายุขัยเฉลี่ยของประชากร พ.ศ. 2533-2538 พบว่าเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 68.75 ปี ในขณะที่เพศชายมีอายุเฉลี่ย 63.50 ปี (กองสถิติสาธารณสุข, 2534:19) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยของผู้สูงอายุตอนต้น (Christ and Hohloch, 1986:6) แต่พบว่า ด้านการประกอบอาชีพนั้น ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพหลักใด ๆ อาจเนื่องจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับคู่ครองหรือบุตรหลาน มีเพียงร้อยละ 5.9 ที่อาศัยอยู่ตามลำพังซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับรายได้รวมทั้งการดูแลในด้านต่าง ๆ สอดคล้องกับลักษณะของสังคมไทยซึ่งยังมีขนบธรรมเนียมประเพณีปฏิบัติ ที่กำหนดให้สถาบันครอบครัวให้การอุปถัมภ์ และเป็นแหล่งพึ่งพิงอาศัยของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ กล่าวคือผู้สูงอายุมักได้รับความช่วยเหลือจากบุตรหลานในการดำรงชีวิตบั้นปลาย (Knodal, et.al. 1984; Prannualratana, 1990. อ้างตาม จันทรเพ็ญ, 2536:23) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 30 มีปัญหาด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไป (นภาพรและมาลินี, 2533:13) นอกจากนี้แล้วส่วนใหญ่ครอบครัวของผู้สูงอายุมีอาชีพด้านเกษตรกรรม ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลานจึงไม่ได้ประกอบอาชีพหลัก บุตรหลานในครอบครัวจะเป็นผู้ประกอบอาชีพแทนผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบ้านและช่วยเหลืองานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในครอบครัว ด้านการศึกษาได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา เช่นเดียวกับลักษณะทางประชากรที่พบในหลายงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย อาจเนื่องจากเมื่อ 50-60 ปีที่ผ่านมาเป็นนโยบายของรัฐบาลที่กำหนดให้มีการศึกษาภาคบังคับของประชากร

ถึงประณมปีที่ 4 นั้นเอง จากลักษณะด้านต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างนี้สามารถเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานีได้

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = -.19$) อาจอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายในระดับสูง มีพฤติกรรมที่ดีหรือเหมาะสม อธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นกลไกจูงใจขั้นแรกที่น่าไปสู่หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองจะตระหนักถึงภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปเหล่านี้เป็นผลกระตุ้นและจูงใจให้ ผู้สูงอายุมีการกระทำหรือพฤติกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดโรคหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั่นเอง ผลการศึกษาค้างนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวัญใจ (2534) ดัฟฟี (Duff, 1988) และ ฮอร์แกน (Horan, 1987) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม มีความสัมพันธ์ในทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพแสดงว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคมมากซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสื่อมทางจิต และอารมณ์ในระดับสูง มีพฤติกรรมสุขภาพในทางลดต่ำลง แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีสภาพจิตใจอารมณ์ที่ดี เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีพลังผลักดันที่จะแสวงหาวิธีการที่จะทำให้อาชีพของตนเองมีสุขภาพดีขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่นเดียวกันของ เยาวลันท์ (2534) วอลเลสและคณะ (Wallance, et. al. 1984)

ประเด็นหนึ่งซึ่งพบในการศึกษาครั้งนี้คือ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น เป็นความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r = .17-.34$) ทั้งนี้เนื่องจากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง และส่งผลต่อพฤติกรรมตามแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ กล่าวคือ พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมซ้อน (Complex behavior) ซึ่งถือว่า

เป็นผลลัพธ์ (outcome) ของอิทธิพลหลายๆอย่างรวมกัน (พันธุทย์, 2531:80) แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ก็เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์กันกล่าวคือ ผู้ที่มีความเสื่อมถอยทางกายมากก็จะมี ความเสื่อมถอยทางจิตสังคมด้วยนั่นคือการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องจำเป็นที่จะให้ ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความรู้สึกที่ต่อตนเอง มีพลังใจที่จะต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเพื่อความมีสุขภาพดี

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ระดับการศึกษา และระดับรายได้ โดยผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ โคเฮน และคณะ (Cohen, et. al. 1990) มูห์เลนแคมป์และเซเลส (Muhlehkamp and Sayles, 1986) และริฟเฟิล และคณะ (Riffle, et. al. 1986) ซึ่งศึกษาพบถึงความสัมพันธ์ของอายุและพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการศึกษาอาจอธิบายได้ว่าอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถจะเพิ่มขึ้นตามอายุและลดลง ในวัยผู้สูงอายุตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยในผู้สูงอายุ นั้น ความสูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การเข้าใจและตัดสินใจลดน้อยลง รวมถึงการมีข้อจำกัดทางร่างกาย

ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวลัคฆ์ (2529) นิรนาท (2534) วิลลิลส์และไครเดอร์ (Willirts and Crider, 1988) ทั้งนี้เพราะการศึกษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญของความสามารถในการรับรู้เข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดีและช่วยพัฒนาความรู้ทักษะ และทัศนคติที่ต่อการดูแลตนเอง (Orem, 1985:175) ผู้มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีความสามารถในการที่จะเรียนรู้ เข้าใจ รวมทั้งตระหนักถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

รายได้ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ระดับของรายได้ หรือสถานะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่ง ที่ช่วย อี้อำนวยให้ ผู้สูงอายุ ได้มีพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การเลือกซื้ออาหารที่มีคุณภาพ ประโยชน์ การดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมรวมทั้งการ ใช้บริการทางสุขภาพและผู้ที่มี

รายได้สูงมีโอกาที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วรณวัฒน์ (2535) บราวน์และแมคครีดี (Borwn and McCrady, 1986) วอล์กเกอร์และคณะ (Walker, et. al., 1988)

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับบุตรหลาน หรือคู่ครอง การที่มีบุคคลอยู่ในครอบครัวทำให้มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับเพศ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกัน อาจเนื่องจากในวัยสูงอายุไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายต่างก็มีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของรสสุคนธ์ (2536) วงเดือน (2533) และสปีคและคณะ (Speake et. al., 1989) ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีเพศและสถานภาพสมรสต่างกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกายและจิตสังคมเป็น 2 ตัวแปร ที่มีความสำคัญหรือนำหนักมากที่สุดในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา และระดับรายได้เป็นตัวแปรที่พบว่า อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปรนี้มีความเป็นอิสระต่อกัน และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 35.97 ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เห็นถึงความสำคัญในการช่วยทำให้ ผู้สูงอายุ ได้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทางที่ดีและถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิง และเพศชาย จำนวน 220 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัวพบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมีรายได้ไม่น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 45.5 และอยู่ในช่วง 1,000-3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 35.5 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่ครองหรือบุตรหลานมีเพียงร้อยละ 5.9 ที่อาศัยอยู่ตามลำพังและร้อยละ 37.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคของกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ และโรคตา ตามลำดับ

2. เมื่อกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r=.34$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคมมี ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r=-.19$)

3. อายุ ระดับการศึกษา และระดับรายได้ เป็นตัวแปรต้นบ้างปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของตัวแปรคือ ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตสังคม เพศ ระดับการศึกษา และระดับรายได้ เป็นกลุ่มตัวทำนายที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 36.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอแยกกล่าวข้อเสนอแนะ เป็น 2 ประเด็น คือการนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล และการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

1.1 จากผลการวิจัย ที่พบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พยาบาลควรหาแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ ความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี ทั้งด้านกาย และจิตสังคม

1.2 สนับสนุนและส่งเสริม ให้มีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ชี้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ

1.3 การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการทางด้านสาธารณสุข ควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ เช่น ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การเอนหลังพักผ่อน เป็นต้น

1.4 ในการศึกษาด้านวิชาชีพพยาบาล การจัดการเรียนการสอนในหัวข้อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรเน้นความสำคัญของการประเมิน การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้นักศึกษาสามารถกำหนดแนวทางในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยทั่วไป ได้มีการประเมินภาวะสุขภาพว่าตรงตามการรับรู้ของผู้สูงอายุหรือไม่ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรมีการประเมินภาวะสุขภาพร่วมด้วย

2.2 ศึกษารูปแบบ หรือแบบแผนที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

2.3 ศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่นความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นต้น เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.4 ศึกษาเชิงคุณภาพของพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน เพื่อได้ข้อมูลที่ชัดเจนนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

2.5 ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท เพื่อเป็นข้อมูลในการประกอบการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

- กองสถิติสาธารณสุข. (2534). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2532. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณา ศักดิ์ศรี. (2532). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : นิยมวิทยา.
- เกริกศักดิ์ บุญยานุพงศ์, สุรีย์ บุญยานุพงศ์, และสมศักดิ์ จันทะ. (2533). ชีวิตคนชราในเชียงใหม่. เชียงใหม่ : สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกฤษณา ตันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.
- ชวัลย์ใจ ตันติวัฒนาเสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชมบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการประมาณประชากรในคณะอนุกรรมการนโยบายและประชากร. (2534). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533-2558. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- จำเนียร ช่างโชติ และคณะ. (2519). จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ธนา มุกหุด. (2535). การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 4(1), 78-84.

เนภาพร ชัยวรรณ, มลณี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). สรุปผล
การวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุใน
ประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ. (2534). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อ
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี.
จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 4(เมษายน), 195-203.

นันทเวล ศรีจาด. (2534). ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนในชุมชนเชียงใหม่ ใน คุณภาพ
ชีวิตของผู้สูงอายุ : การประชุมวิชาการครั้งที่ 1/2533 วันที่ 6-7 ธันวาคม 2533.
(หน้า 226-234). สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.

निया สออารีย์. (2535). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์,
12(1), 18-29.

นรินาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2532). ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

นริศรา สีสลามานิตย์. (2534). ความรู้และการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของ
ชาวบ้านสันโป่ง ตำบลบ้านกาด กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ : ความรู้และ
การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุข-
ศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บรรลุล ศิริพานิช และคณะ. (2532). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพฯ : สามดีการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ.
- ป่าหนั่น บุญ-หลง. (2530). โภชนาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ป๋อง.
- พรวิษต์ อินทรโกเศศ. (2533). การวิจัยค่าใช้จ่ายสิ่งของหรือเวชภัณฑ์ในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ. จุลสารโรงพยาบาลพระรัตนราชธานี, 3(4) : 62-70.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลลิขิตและทัศนีย์ นะแสง. (2535). วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มณฑนา เจริญกุล. (2534). แรงบันดาลใจทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ฤชา และคณะ. (2531). คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วิกตอรีเฟอเวอร์พอยท์.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โยธิน คັນแสนุทธ และคณะ. (2533). จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

- รสสุคนธ์ แสงมณี. (2537). การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ
วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วงเดือน ศิริรักษ์. (2535). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยเอก
วารสารโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี, 3(3) , 183-193.
- วรรณวิมล เบญจกุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสับเปลี่ยนทางสังคม
กับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
วิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ นนทบุรีวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณิ์ จันทร์สว่าง. (2533). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ. สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบัน
วิจัยพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.
- วรรณต์ ตริพรหม. (2534). ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ.
พยาบาลสาร, 18(2), 22-30.
- ศิริพร ชัมภลิต. (2533). แบบแผนสุขภาพ : การเก็บรวบรวมข้อมูล. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา : อัสลาบายด์เพรส.
- ศรีจิตรา บุญนาค. (2530).) การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ : ผลกระทบของสุขภาพต่อบทบาท
ของผู้สูงอายุในการพัฒนาสังคม. แพทยสภาสาร, 16(7), 351-368.
- ศรีวรรณดา ตันศิริ และคณะ. (2535). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราอัสละเวศม์ : จังหวัดนระแควศรีอยุธยา.
วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 6(1), 32-39.

- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2534). การวิจัยทางสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพ. วารสารสุขภาพ, 14(65), 1-9.
- สุพรรณ นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. ภาควิชาการศึกษาเอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2536). สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533 จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : อักษรไทย.
- Andress, K. (1987). Rehabilitation of the Older Adult. London :Edward Arnold.
- Berger, K.S. and Williams, M.B. (1992). Fundamentals of Nursing : Collaborating for Optimal Health. Norwalk : Appleton & Lange.
- Brown, J.S. and McCredy, M. (1986). The Hale Elderly Health Behavior and its Correlates. Research in Nursing & Health, 9(4), 317-329.
- Christine, L.P. (1991). Determinants of Health-Promotive Behavior. The Nursing Clinics of North America, 26(4), 815-832.
- Christ, M.A. and Hohloch, F.J. (1998) . Gerontologic Nursing . Pennsylvania . Springhouse.

Cockerham, W.C., Sharp, K. and Wilcox, J.A. (1986). Aging and Perceived Health Status. Journal of Gerontology, 36(3), 349-355.

Cohen, R., Brownell, K. and Felix, M. (1990). Age and Sex difference in health habits and beliefs of school children. Health Psychology, 9, 208-224.

Davidoff, L.L. (1987). Introduction to Psychology. 3rd ed. USA. : Mc. Grow-Hill Book Company.

Doyle, B. (1990). Nutritional considerations in the care of the elderly. In Elliopoulos, C. (Ed.) : Caring for the Elderly in diverse care setting. (pp. 76-88). Philadelphia : J.B.Lippincott Company.

Duffy, M.E. (1988). Determinants of Health Promotion in Midlife Woman. Nursing Research, 37, 358-362.

Ebersole, P. and Hess, P. (1985). Toward health aging : Human needs and nursing response. Lt. Louis : C.V. Mosby.

Elliopoulos, C. (1990). Casion for elder in dirverse care setting. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Ellis, J.K. and Nowlis, L.A. (1985). Stressors and Adaptation Nursing : A human needs approach. Boston : Houghton Mifflin Company.

- Farrell, J. (1990). Nursing Care of Older Person. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Forbes, J.E. (1992). Exercise : Wellness maintenance for the elderly client. Holistic Nursing Practice, 6(2), 14-22.
- Gillis, A.J. (1993). Determinants of Health-promoting lifestyle : an integrative review. Journal of Advanced Nursing, 18, 345-353.
- Gochman, D.S. (1988). Health behavior emerging research perspectives. New York : Plenum press.
- Gulick, E.E. (1986). The self assessment of health among the chronically ill. Topic in Clinical Nursing, 8, 74-82.
- Hogtel, M.O. and Kasha, M. (1989). Staying health after 85. Geriatric nursing, 10(1), 216-218.
- Horgan, R.A. (1987). Health status perception affect health related behaviors. Journal of Gerontological Nursing, 13(12), 30-33.
- Hubbard, P., Muhlemkamp, A.F. and Brown, N. (1984). The relationship between social support and self-care practices. Nursing Research, 33; 266-270.
- Hunter, S. (1992). Promoting Quality of Life for the Elderly. Journal of Gerontological Nursing, 18(2), 17-20.

- Lindgren, M.C. and Harvey, J.H. (1981). An Introduction to Social Psychology. London : The C.V. Mosby Company.
- Linn, M.W. and Linn, B.S. (1984). Self Evaluation of Life Function (SELF) Scale : A Short, Comprehensive Self Report of Health for Elderly Adults. Journal of Gerontology, 39(5), 602-612.
- Matteson, M.A. and McConnell, E.S. (1988). Gerontological nursing : Concepts and practice. Philadelphia : W.b. Saunders.
- Malzaham, A.E. and Northcott, H.C. (1989). The social bases of discrepancies in health illness perceptions. Journal of Advance Nursing, 14, 132-140.
- McClymont, M. Thomas, S. and Denham, M.J. (1986). Health visiting and the elderly. New York : Churchill Livingstone.
- Melanson, P.M. and Downe-Wamboldt, B. (1987). Identification of Older adults, perception of their health, feeling toward their future and factor effecting these feelings. Journal of Advanced Nursing, 12(1), 29-34.
- Mitrushiana, M.N., and Satz, P. (1991). Correlates of Self-rated health in the elderly. Aging (Milano), 3(1), 73-77.

Moore, P.V. and Williamson, G.C. (1984). Health Promotion : Evolution of Concept. Nursing Clinics of North America, 19(2), June, 195-206.

Muhlenkamp, A.F. and Broerman, N.A. (1988). Health Beliefs, Health value and Positive behaviors. Western Journal of Nursing Research, 10, 637-646.

Muhlenkamp, A.F. Brown NJ. and Sands D. (1985). Determinants of Health promotion activities in nursing clinic clients, Nursing Research, 34, 327-332.

Muhlemkamp, A.F. and Sayles, J.A. (1986). Self Esteem Social support and Positive Health Practice Nursing Research, 35 (November-December), 334-338.

Murray, R.B. and Zentner, J.P. (1989). Nursing Concepts for Health Promotion. New York : Prentice Hall.

Orem, D.E. (1985). Nursing : Concept of practice. New York : Mc Grow-Hill Book Company.

Ornstein, R. and Laura, C. (1991). Psychology. (3 rd ed.) New York : Harcourt Brace Jovanovich Publishers.

Palank, C.L. (1991). Determinants of Health-Promotive Behavior. Nursing Clinics of North America, 26(4), December, 815-832.

- Pender, N.J. and Pender, A.R. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk : Appleton & Lange.
- Riffle, K.L. Yoko, J. and Sams, J. (1989). Health-promoting behavior perceived social support and self-reported health of Applachian elderly. Public Health Nursing, 6(4), 240-211.
- Roseman, I. (1986). Clinical Geriatrics. (3 rd. ed). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Sonja, H. et al. (1981). The Nottingham Health Profile : Subjective Health Status and Medical Consultations Social Science Medicine, 154 (March), 221-229.
- Speake, D.L., Cowart, M.E. and Pellete, K. (1989). Health Perception and Lifestyles of the Elderly. Research in Nursing & Health, 12(2), 93-100.
- Viverais-Dresler, G. & Richardson, A. (1991). Well Elderly Perceptions of the Meaning of Health and their Health Promotion practice. The Canadion Journal of Nursing Research, 23(4), 55-71.
- Walker, S.N. et al. (1988). Health promoting Lifestyle of Older adults : Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and pattern. Advanced in Nursing Science, 11(4), 76-90.

- Walker, Suson N., Sechrist, K.R. and Pender, N.J. (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile : Development and Psychometric Characteristic. Nursing Research, 36, 76-81.
- Wallace, J.R. , Cumming, T.F. and Moute, V. (1984). Change in the relationship between self esteem and locus of control . The Journal of Social Psychology , 12(5), 125-129.
- Webster, J.A. (1985). The Wellness Model : Feeling good about you. AORN Journal, 14(4), 713-718.
- Willists, F.K. and Crider, D.M.(1988).Health rating and life satisfaction in the later middle yeaes. Journal of Grontology, 43, 172-176.
- Wold, G. (1993). Basic Geriatric Nursing. St. Louis : Mosby.
- Zindler-Wernet P. Wein S.J. : (1987). Health locus of control and preventive health behavior. Western Journal NursingResearch, 9, 160-179.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การนิทกษลัทธิของลุ่มตัวอย่าง

สวัสดีคะ ดิฉันชื่อนางสาวพวงเพ็ญ เฝือกสวัสดี เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ การรับรู้ภาวะสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป
จึงใคร่ขอความร่วมมือจากคุณ.....ตอบแบบสอบถาม โดยจะใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ
30 นาที คุณมีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธก็ได้ ในระหว่างสัมภาษณ์ คุณอาจขอยกเลิกการสัมภาษณ์ได้
ตามต้องการคำตอบของคุณ ดิฉันจะถือเป็นความลับและแนะนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น
ขอขอบคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ

พวงเพ็ญ เฝือกสวัสดี

ภาคผนวก ข
 รายชื่อบุคคลผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ดร. กุลยา ตันติผลลาชีวะ
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุ์เสนา
 ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ป้าหนั้น บุญ-หลง
 ข้าราชการบำนาญ อดีตผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ระดับ 9 กองงานวิทยาลัยพยาบาล
 กระทรวงสาธารณสุข
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณี จันทร์สว่าง
 ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. อาจารย์วิภาวี คงอินทร์
 ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
6. รองศาสตราจารย์อรรุญา เชาวลิต
 ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุ

() 1. อายุ 60-69 ปี

() 2. อายุ 70-79 ปี

() 3. อายุ 80 ปีขึ้นไป

3. เชื้อชาติ

() 1. ไทย

() 2. จีน

() 3. อื่น ๆ

5. ศาสนา

() 1. พุทธ

() 2. คริสต์

() 3. อิสลาม

() 4. อื่น ๆ.....

6. ระดับการศึกษา

- () 1. ไม่ได้รับการศึกษา () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษาขึ้นไป

7. สถานภาพสมรส

- () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/ หย่า/ แยก

8. สถานการณ์เป็นอยู่ปัจจุบัน

- () 1. อยู่คนเดียว () 2. อยู่กับคู่ครอง/บุตรหลาน

9. อาชีพปัจจุบัน

- () 1. ประกอบอาชีพ () 2. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

10. รายได้ปัจจุบันเฉลี่ยต่อเดือน

- () 1. น้อยกว่า 1,000 บาท () 2. 1,000-3,000 บาท
() 3. 3,000 บาทขึ้นไป

11. ความเพียงพอของรายได้

- () 1. พอใช้ () 2. ไม่พอใช้ () 3. เหลือใช้

12. แหล่งของรายได้

- () 1. จากอาชีพ () 2. จากบำนาญ
() 3. จากบุตรหลาน () 4. อื่น ๆ... (ญาติ เพื่อนบ้าน)

13. โรคประจำตัว

- () 1. ไม่มี
() 2. มี ระบุชื่อโรค.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามต้องการทราบการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อภาวะสุขภาพด้านต่างๆในปัจจุบันขอให้ ท่านพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างของข้อความแต่ละข้อความ

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. ท่านรู้สึกว่า ตนเองสามารถลุกนั่ง หรือเดินอย่างรวดเร็วได้ลดลง			
2. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพอ่อนแอลง เจ็บป่วยบ่อยครั้ง			
3. ท่านคิดว่าตนเองมีความยากลำบาก ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว หรือรับประทานอาหาร			
4. ท่านรู้สึกเหนื่อยง่าย ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอ่อนแรง			
5. ท่านรู้สึกว่าหายใจช้าลง และ/หรือหายใจได้ไม่เต็มที่			
6. ท่านมีอาการวิงเวียน หน้ามืดได้บ่อย			
7. ท่านมีการนอนเปลี่ยนแปลงไป เช่น นอนหลับยากขึ้น ตื่นเร็วกว่าปกติ			
8. ท่านรู้สึกว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วยมักมีอาการรุนแรงกว่าเดิม			
9. ท่านรู้สึกทนต่อความหนาวเย็นของอากาศได้น้อยลง			
10. ท่านรู้สึกว่า การมองเห็น ไม่ชัดเจนดังเดิม			
11. ท่านรู้สึกว่า การได้ยินเสียงต่างๆลดลง			
12. ท่านรู้สึกว่า การเคี้ยวและการกลืนอาหารไม่ดี			

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
<p>10. ท่านรู้สึกว่าอาการมองเห็นไม่ชัดเจดั่งเดิม</p> <p>11. ท่านรู้สึกว่า การได้ยินเสียงต่าง ๆ ลดลง</p> <p>12. ท่านรู้สึกว่า การเคี้ยวและกลืนอาหารไม่ดี</p> <p>13. ท่านรู้สึกว่า การรับรสชาติของอาหารลดลง</p> <p>14. ท่านรู้สึกว่า ถ่ายปัสสาวะขัดหรือถ่าย ปัสสาวะบ่อยครั้งกว่าเดิม</p> <p>15. ท่านรู้สึกว่า มีท้องผูกบ่อยครั้ง</p> <p>16. ท่านรู้สึกว่า ท่านหลงลืมง่าย</p> <p>17. ท่านคิดว่าตนเองสามารถเป็นที่พึ่งของบุตรหลาน บุคคลอื่นได้</p> <p>18. ท่านมีความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน</p> <p>19. เมื่อท่านคิดถึงเรื่องในอดีต ท่านรู้สึกภาคภูมิใจและมีความสุข</p> <p>20. ท่านคิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่บุตรหลาน รักเคารพ และห่วงใยเสมอ</p> <p>21. ท่านเข้ากับบุตรหลานและบุคคลรอบข้างได้ดี</p> <p>22. ท่านพบปะญาติสนิทและ/หรือเพื่อน ๆ ลดน้อยลง</p> <p>23. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่ม/ชมรม และสมาคมต่าง ๆ ลดลง</p> <p>24. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีงานหรือกิจกรรมที่เพียงพอในแต่ละวัน</p> <p>25. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า</p> <p>26. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ</p> <p>27. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย</p> <p>28. ท่านคิดว่าในปัจจุบันเป็นช่วงเวลาที่มีความสุขของชีวิต</p>			

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () ที่ตรงกับคำตอบของท่านในเรื่องการปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ท่านสูบบุหรี่			
2. เมื่อท้องผูก ท่านรับประทานผัก ผลไม้หรือดื่มน้ำให้มากขึ้นกว่าเดิมและฝึกถ่ายให้เป็นเวลา			
3. ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย			
4. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด มีการระบายอากาศไม่ดี			
5. ท่านอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ยกเว้นบางวันที่อากาศหนาวจัด			
6. ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากวันละ 2 ครั้งและบ้วนปากหลังอาหารทุกมื้อ			
7. ท่านดูแลตัดเล็บมือ ทำอยู่เสมอ			
8. ท่านสนใจรับฟังหรืออ่านข่าวสารด้านสุขภาพ			
9. ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ			
10. ท่านดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว			
11. ท่านดื่มน้ำสุรา			
12. ท่านเลือกรับประทานอาหาร โดยคิดถึงประโยชน์ของอาหารมากกว่ารสชาติ			
13. ท่านควบคุมน้ำหนักตัวทุกครั้งที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น			

ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยเลย
14. ท่านควบคุมน้ำหนักตัวทุกครั้งที่มีรูปร่างน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น			
15. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย			
16. ท่านรับประทานผักและผลไม้			
17. ท่านรับประทานอาหารจำพวก แป้งของหวานลดลง กว่าเดิม			
18. ท่านออกกำลังกายโดยเดินเล่น วิ่ง หรือออกกำลังกาย เบา ๆ อย่างสม่ำเสมอ			
19. ท่านมีกิจกรรมนอกบ้านเช่น ไปวัด ไปเยี่ยมบุตร หลาน เพื่อน หรือญาติ ที่อื่น			
20. ท่านเปลี่ยนอิริยาบถ เช่นลุก นั่งหรือยืนอย่างช้า ๆ			
21. ท่านนอนหลับสนิทคืนละ 6-8 ชั่วโมง			
22. ท่านรู้สึกสดชื่นและผ่อนคลายเมื่อตื่นนอน			
23. ท่านมีเวลาพักผ่อนในแต่ละวันอย่างเพียงพอ			
24. ท่านพูดคุยระบายกับบุคคลใกล้ชิด ทำสมาธิหรือ ฟังธรรม ฯลฯ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ			
25. ท่าน ได้ค้นหาสาเหตุในการทำให้เกิดความวิตก กังวลหรือไม่สบายใจ			
26. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเช่น ไปวัด สวดมนต์ ทำบุญตักบาตร เป็นต้น			
27. ท่านรู้สึกพอใจกับความ เป็นอยู่ในปัจจุบัน			
28. ท่านพึงพอใจต่อการปฏิบัติของบุตรหลานที่มีต่อท่าน			

ข้อความ	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยเลย
29. ท่านคิดว่าท่าน ได้ใช้ชีวิตในวันสูงอายุตามที่ มุ่งหวังไว้			
30. ท่านคิดว่าความเจ็บป่วย หรือความตาย เป็นเรื่อง ธรรมดาของชีวิต			
31. ท่าน ได้วางเป้าหมายของชีวิตทั้ง ในระยะสั้น และระยะยาว			
32. ท่านมีบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ไว้วางใจในการ ปรึกษาข้อสงสัย			
33. ท่านมีการติดต่อสังสรรค์หรือพูดคุยและ款款เคยกับ เพื่อนฝูงหรือญาติ			
34. ท่านอาศัยอยู่ในที่ซึ่งมีแสงสว่างอย่างเพียงพอ			
35. ท่าน ไม่ยินยอมให้มีคนสูบบุหรี่ภายในที่พักของท่าน			
36. ท่านดูแลจัดสิ่งของเครื่องใช้ภายในที่พัก ให้เป็น ระเบียบเรียบร้อย			
37. ท่านหลีกเลี่ยงการนั่งหรือขับชานพาหนะด้วยความ เร็วสูง			
38. ท่านหาที่ยึดเกาะ และระมัดระวังอยู่เสมอเมื่อขึ้น ลงบันไดหรือเดินในที่สูงชัน			
40. ท่านซักถามเมื่อมีข้อสงสัยหรือปัญหาจาก แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ			
41. ท่านไปรับการตรวจร่างกายทั่วไปอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			