

Causal Factors of health behaviors of the young-old in Khon Kaen Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen¹

Sodsai Srisaad ²
Siripa Kongsri ³

Received: April 8, 2016

Accepted: May 2, 2016

Abstract

The objectives of this research were to study and analyze the causal factors through the structural equation model towards health behaviors of the older. The sample were 450 aged 60 to 69 years living in Khon Kaen Province and were taken by using multistage random sampling. Data were collected by employing questionnaires, consisting of five parts with seven numerical scales (IOC = .9301 and reliability coefficient = .884). The developed causal models were examined by applying AMOS. The results revealed that the factors related to Future Orientation and Social Support had direct effect on the health behaviors ($r = .856$ and $.146$ respectively). The factor linked to Locus of control had indirect effect on the health behaviors through Social Support and/or Future Orientation. It appeared that the developed causal model of health behaviors among older adult was in harmony with the empirical data after adjusting model resulting in satisfactory level of the goodness of fitting indices with CMIN/DF = 1.88, SRMR = .076, GFI = .967, AGFI = .945, CFI = .908 and RMSEA = .044. It could be concluded that all of causal variables in this model could explain the variance of the young-old's health behaviors approximately 84.8 %.

Keywords: health behavior, the young-old, causal factor, future orientation, locus of control social support

¹ Research report was funded by Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development and Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

² Lecturer at Community Public Health Department, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen
E-mail: ssrisaad@hotmail.com, Tel. 081-768-4505

³ Lecturer at Dental Public Health Department, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

ปัจจัยเชิงเหตุที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตอนต้นจังหวัดขอนแก่น¹

สดใส ศรีสอาด²

ศิริภา คงศรี³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงเหตุและพัฒนาโมเดลสมการโครงสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม 5 ส่วน ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่า IOC เท่ากับ .9301 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.884 และวิเคราะห์โมเดลเชิงเหตุด้วยโปรแกรม AMOS ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยลักษณะมุงอนาคตและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ .86 และ .15 ตามลำดับ ในขณะที่ปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม และ/หรือปัจจัยลักษณะมุงอนาคต ส่วนโมเดลเชิงเหตุของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (CMIN/DF = 1.88, SRMR = .076, GFI = .967, AGFI = .945, CFI = .908 และ RMSEA = .044) ปัจจัยในโมเดลร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตอนต้นได้ร้อยละ 84.8

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุตอนต้น ปัจจัยเชิงเหตุ ลักษณะมุงอนาคต ความเชื่ออำนาจแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม

¹ บทความวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

² อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น E-mail: ssrisaad@hotmail.com โทร. 081-768-4505

³ อาจารย์ประจำภาควิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

การพัฒนาระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี โดยเฉพาะประชากรสูงอายุ ที่นับวันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี และมีอายุยืนยาวขึ้นภายใต้สังคมสูงอายุในประเทศไทย ซึ่งไม่ได้หมายความว่า ภาวะสุขภาพหรือวิถีชีวิตด้านสุขภาพจะดีขึ้นตามอายุที่ยืนยาว เพราะประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหา การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตได้มากขึ้นตามวัย (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553: 9) อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.9 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 56.6 ในปีพ.ศ. 2555 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553: 16) วิถีชีวิตระหว่าง วัยแรงงานกับวัยสูงอายุ มีลักษณะต่างคนต่างอยู่ การอยู่อาศัยแบบเครือญาติที่มีความเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน เปลี่ยนไปสู่การเป็นปัจเจกมากขึ้น โดยเฉพาะครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอยู่โดยลำพังหรืออยู่ด้วยกัน และมีไม่น้อย ที่ผู้สูงอายุยังต้องเลี้ยงดูหลานที่ยังเล็ก ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องพึ่งดูแลตนเอง ดูแลคู่สมรสร่วมบ้านแล้วยังต้องดูแล รุ่นหลาน ในขณะที่ผู้ให้บริการการดูแลผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอต่อความต้องการบริการโดยรวม ดังจะเห็น ได้จากการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ในระยะ 5 ปีแรกพบว่า อัตราครอบคลุม ตำบลที่มีโครงการหน่วยบริการเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 53.1 บริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน มีเพียงร้อยละ 51.8 (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553: 16) ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการรองรับการแก้ปัญหา สุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติปีพ.ศ. 2553 ชี้ให้เห็นว่า สัดส่วนประชากรสูงอายุ ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 19.3 โดยร้อยละของการมีสุขภาพดีหรือดีมาก จะผันแปรกับอายุ และเพศ สอดคล้องกับข้อมูลรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปีพ.ศ. 2550 ที่ชี้ว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย สม่ำเสมอเพียงร้อยละ 41.1 (นันทยา อุดมพาณิชย์, 2554: 16) ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งมีการบริโภคอาหารกลุ่ม ไขมันสูง 1-2 วันต่อสัปดาห์ในร้อยละที่ใกล้เคียงกันทั้งสองปี คือ ปีพ.ศ.2552 ร้อยละ 49 ปีพ.ศ. 2556 ร้อยละ 49.1 มีพฤติกรรมบริโภคอาหารรสชาติเค็มเพิ่มขึ้น จากปีพ.ศ.2552 ร้อยละ 10.9 เป็นร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ. 2556 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553: 18-21; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557: 2-4) มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 4.85 ที่ไม่เคยได้รับการตรวจร่างกายและตรวจคัดกรองโรคเป็นประจำทุกปี และปีพ.ศ.2551-2552 ผู้สูงอายุมีการหกล้ม ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ถึงร้อยละ 18.5 (วิชัย เอกพลากร, 2553: 267) โดยผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจที่ควบคุม ได้ด้วยตนเอง จะมีความเชื่อในความสามารถของตนเองมากกว่า จึงเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุนั้นมีพฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้นด้วย (Lim, Sung, & Joo, 2010: 46-47) เช่นเดียวกันกับการมองชีวิตวัยสูงอายุในมุมมอง สามารถทำนายการเพิ่มขึ้นของการออกกำลังกายได้ เพราะผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับผลในอนาคตที่จะตามมาเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นคือ การมีสุขภาพดีตามวัย (Warm, Tomasik, & Romer, 2010: 33-34) รวมทั้งความใกล้ชิดสนิทสนมเครือข่ายทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นให้มี พฤติกรรมการไปใช้บริการที่สถานพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (Young, 2004: 20)

ดังนั้น หน่วยงานสำคัญหลายแห่งจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ เข้าถึง ข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะการเข้าถึงพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ต่อการมีสุขภาพดีตามวัย ด้วยการสื่อสารสุขภาพกับผู้สูงอายุในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุ ตอนต้น (อายุ 60-70 ปี) ซึ่งยังเป็นช่วงวัยที่มีพลังช่วยเหลือตนเอง ให้ก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุตอนปลายได้อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการคาดการณ์การในปีพ.ศ. 2568 จะมี ประชากรสูงอายุเกือบ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ, 2553: 16) นอกจากนี้ ข้อมูลในปีพ.ศ.2549 และพ.ศ.2552 ชี้ให้เห็นว่าจังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัด ที่มีจำนวนประชากรสูงอายุเป็นอันดับ 2 รองจากจังหวัดนครราชสีมา (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ

ศิริบุญ, 2553: 16) และเป็นจังหวัดหนึ่งที่ประชากรสูงอายุเพียงร้อยละ 40-49 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี (วิราภรณ์ โพธิศิริ และชลธิชา อัสวรินทร์, 2556: 17)

ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาการสื่อสารเชิงสุขภาพกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุตอนต้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อการมีสุขภาพดีตามวัย และก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายได้อย่างมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงเริ่มจากการศึกษาให้มองเห็นภาพปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่นก่อน แล้วจึงนำปัจจัยดังกล่าวไปพัฒนาต่อในประเด็นองค์ประกอบของการสื่อสาร ให้เกิดประสิทธิผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตอนต้น จังหวัดขอนแก่น

การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เริ่มจากแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ในการค้นหาสาเหตุของพฤติกรรม โดยใช้จิตลักษณะหลาย ๆ ตัวช่วยในการอธิบาย จะทำให้เข้าใจการกระทำของบุคคลได้ดียิ่งขึ้น ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ในลักษณะของตัวแปรเชิงเหตุภายใต้แนวคิดรูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม ทั้งที่เป็นสาเหตุคุณลักษณะทางจิตและสาเหตุสภาพแวดล้อมทางสังคม ทำให้เห็นภาพของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติใด ๆ ก็ตามของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเพนเดอร์ นักทฤษฎีทางการแพทย์ ได้อธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจของบุคคลที่จะยกระดับสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เน้นพฤติกรรมที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เป็นแบบแผน การดำเนินชีวิต (Life Style) (อาหาร วัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น และขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ, 2554: 51) โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประชากรสูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญต่อการลดภาวะเสี่ยงของการเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้สูงอายุ และรวมไปถึงพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) พฤติกรรม การป้องกันโรค (Preventive Behavior) อันได้แก่ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อป่วย การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการจัดการความเครียด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีในการกำหนดตัวแปรสังเกตได้ในงานวิจัยนี้คือ แนวคิดลักษณะมุงอนาคต โดยทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมของศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน พันธุมนาวิน แนวคิดความเชื่ออำนาจแห่งตนโดย Rotter และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมโดย House

ปัจจัยลักษณะมุงอนาคต อธิบายถึง การคาดการณ์สุขภาพของตนเองที่จะเกิดขึ้นในอนาคตตามวัย ความรู้สึกยอมรับต่อสุขภาพที่เสื่อมถอยตามวัยและเกิดได้กับผู้สูงอายุทุกคน รวมถึงการให้ความสำคัญกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีตามวัยในอนาคต ซึ่งผลงานวิจัยหลายเรื่องสนับสนุนความสัมพันธ์ของตัวแปรว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตน และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ การมองชีวิตวัยสูงอายุในทางบวก ซึ่งแสดงถึงการยอมรับการเปลี่ยนแปลง

ตามวัย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สามารถทำนายนการเพิ่มขึ้นของการออกกำลังกายได้ เนื่องจากผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับผลในอนาคตที่จะตามมาเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น คือ การมีสุขภาพดีตามวัย (Warm, Tomasik, & Romer, 2010: 33-34) อีกทั้งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีความเชื่ออำนาจในโชคชะตาหรือความบังเอิญ (Jacobs-Lawson, Waddell, & Webb, 2011: 178) รวมถึงการมีเครือข่ายทางสังคมทั้งจากญาติและเพื่อนของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการมองชีวิตวัยสูงอายุในมุมบวก (Kim & Chiriboga, 2012: 144)

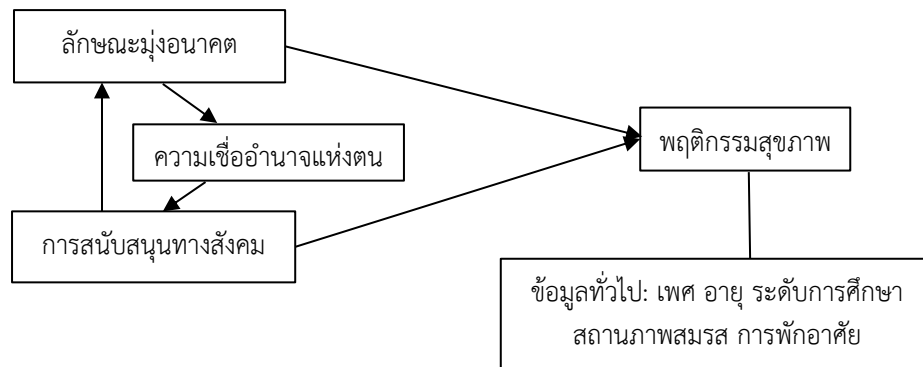
ปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตน อยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า สุขภาพของตนเองถูกควบคุมโดยปัจจัยภายในที่เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน หรือปัจจัยภายนอกตัวบุคคล อาทิ บุคลากรทางการแพทย์ หรือเป็นไปตามโชคชะตา เคราะห์กรรม เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่ออำนาจแห่งตนนี้ถูกใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังเช่นผลงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจในตน มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผ่านทางปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม (Lim, Sung & Joo, 2010: 48) อันเป็นสิ่งที่ผู้รับได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของการสนับสนุนทางจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมไปในทิศทางที่พึงประสงค์ House ได้อธิบายถึงการสนับสนุน 4 ประเภทไว้ดังนี้ Emotional Support เป็นการสนับสนุนในลักษณะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต ความรัก ความเชื่อใจ ความเห็นใจ และการสนับสนุนด้วยการดูแลเอาใจใส่ Instrumental Support เป็นการสนับสนุนลักษณะสิ่งของที่จับต้องได้ การให้บริการเพื่อช่วยเหลือผู้รับตามความจำเป็น ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนอาจเป็นเพื่อนสนิท เพื่อนร่วมวิชาชีพหรือเพื่อนบ้านใกล้เคียง Informational Support เป็นการสนับสนุนในลักษณะการให้คำแนะนำปรึกษา การชี้แนะและให้ข้อมูลข่าวสารที่ผู้รับสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาของตนเองได้ Appraisal Support เป็นการสนับสนุนในลักษณะของการให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์ต่อการประเมินตนเองของผู้รับ การให้ข้อมูลป้อนกลับ ความสามารถในการเปรียบเทียบตนเองในเชิงสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้รับมองเห็นและเข้าใจตนเองได้มากขึ้น

งานวิจัยหลายเรื่องอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อาทิ ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทางด้านจิตใจมากกว่าอยู่โดยลำพัง (Sok & Yun, 2011: 1609-1610) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทิศทางบวกจากเพื่อน มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพทางบวกด้วย (Harvey & Alexander, 2012: 283) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี (Psychological Well-Being) (Kattika Thanakwang, Dayton & Kusol Soonthorndhada, 2012: 1001) อีกทั้งปัจจัยความเชื่ออำนาจในตนที่แสดงออกด้วยระดับอำนาจการควบคุมของตนเอง ก็พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้วย (Ward, 2013: 142) นอกจากนี้ ยังพบว่า การติดต่อสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม (Social Network) หรือการติดต่อสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สุขภาพที่ดีของตนเองมากขึ้นโดยเฉพาะ หากเป็นการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว การให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนให้กำลังใจ จะช่วยทำให้เพิ่มการรับรู้สุขภาพที่ดีของตนเองมากยิ่งขึ้น (Kattika Thanakwang, 2009: 146) ซึ่งสอดคล้องกับการมองชีวิตวัยสูงอายุในมุมบวก

กรอบแนวคิดการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย

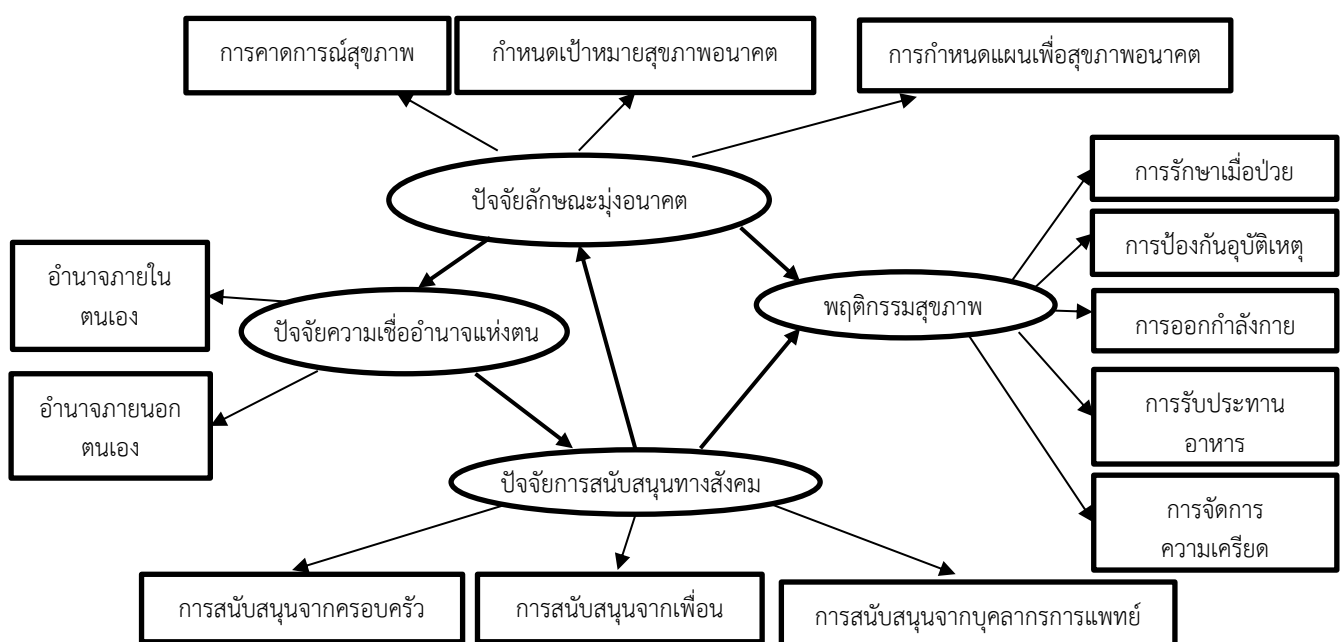
จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กรอบแนวคิดงานวิจัยนี้จึงประกอบด้วย ตัวแปรความเชื่ออำนาจแห่งตน ตัวแปรลักษณะมุ่งอนาคต และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ส่วนตัวแปรตาม คือ ตัวแปรทางพฤติกรรมสุขภาพที่อิงกับบริบทของผู้สูงอายุ 5 ด้าน อันเป็นผลจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

ของเพนเดอร์และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย ด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหารและด้านการจัดการความเครียด ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การกำหนดสมมติฐานการวิจัย อยู่ภายใต้แนวคิดของโมเดลเชิงเหตุของพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุตอนต้นจังหวัดขอนแก่น โดยกำหนดตัวแปรสังเกตตามแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในแต่ละตัวแปรในกรอบแนวคิด และกำหนดสมมติฐานการวิจัยคือ โมเดลเชิงเหตุของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตอนต้นที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 โมเดลเชิงเหตุของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปีอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่น มีจำนวนทั้งสิ้น 247,706 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดขอนแก่น, 2553)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปีอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่น กำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ในอัตราส่วนผู้ตอบ 5-10 คนต่อพารามิเตอร์ที่ต้องการ

ประมาณค่า 1 ตัว การวิจัยนี้มีจำนวนพารามิเตอร์ประมาณ 40 ค่า ขนาดตัวอย่าง คือ 400 คน ดังนั้น จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 450 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยเริ่มจากการแบ่งประชากรตามเขตการปกครอง 26 อำเภอ และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายได้ 6 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล จากนั้นสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ตามสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จนได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม 5 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ข้อคำถามประเด็นความเชื่ออำนาจแห่งตน 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความเกี่ยวกับความเชื่อว่าสุขภาพของตนเองเป็นผลจากความสามารถของตนเอง หรือเป็นผลจากโชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรือเป็นผลจากอิทธิพลของบุคลาการทางสาธารณสุข 3) ข้อคำถามประเด็นลักษณะมุ่งอนาคต 9 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความเกี่ยวกับการคาดการณ์ว่าสุขภาพของตนเองจะเป็นอย่างไรในอนาคต และข้อความเกี่ยวกับการที่สิ่งนั้นอาจเกิดขึ้นกับตนเองหรือผู้สูงอายุคนอื่น ๆ โดยการกำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเองในอนาคต และข้อความเกี่ยวกับการให้ความสำคัญกับสุขภาพในอนาคตไม่น้อยกว่าปัจจุบันโดยกำหนดเป็นแผนหรือสิ่งที่ต้องทำ 4) ข้อคำถามประเด็นการสนับสนุนทางสังคม 11 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการให้คุณค่าและด้านเครื่องมือ จากคนในครอบครัว จากเพื่อน เพื่อนบ้าน และจากบุคลากรทางสาธารณสุข 5) ข้อคำถามประเด็นพฤติกรรมสุขภาพ 11 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการจัดการความเครียด แบบสอบถามในส่วนที่ 2-5 กำหนดให้ผู้ตอบ ให้น้ำหนักคะแนน 1 ถึง 7 โดยน้ำหนัก 7 เป็นน้ำหนักสูงสุดของการอธิบายคุณลักษณะในทางดี (ข้อความนั้นมีเหตุผล ได้รับการสนับสนุนมากความถี่ในการปฏิบัติมาก) และน้ำหนัก 1 เป็นน้ำหนักน้อยสุดของการอธิบายคุณลักษณะในทางไม่ดี (ข้อความนั้นไม่มีเหตุผลหรือมีเหตุผลน้อย ได้รับการสนับสนุนน้อย ความถี่ในการปฏิบัติน้อย) การหาคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและด้านงานผู้สูงอายุ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.9301 นำมาปรับแล้วทดลองใช้กับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำไปวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามความเชื่ออำนาจแห่งตน ลักษณะมุ่งอนาคต การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.718, 0.828, 0.851 และ 0.625 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และ AMOS ด้วยวิธีการทางสถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ปัจจัยต่าง ๆ พฤติกรรมสุขภาพ และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพ และใช้สถิติในการทดสอบสมการด้วยโปรแกรม AMOS เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเชิงเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมถึงค้นหาขนาดอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของปัจจัยเชิงเหตุต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น เอกสารรับรองเลขที่ SCPHKK 2015-003 ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2558 ถึง 1 มิถุนายน 2559

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 64.48 ปี (S.D. 3.07) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 74.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 93.33 และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลานร้อยละ 56.44

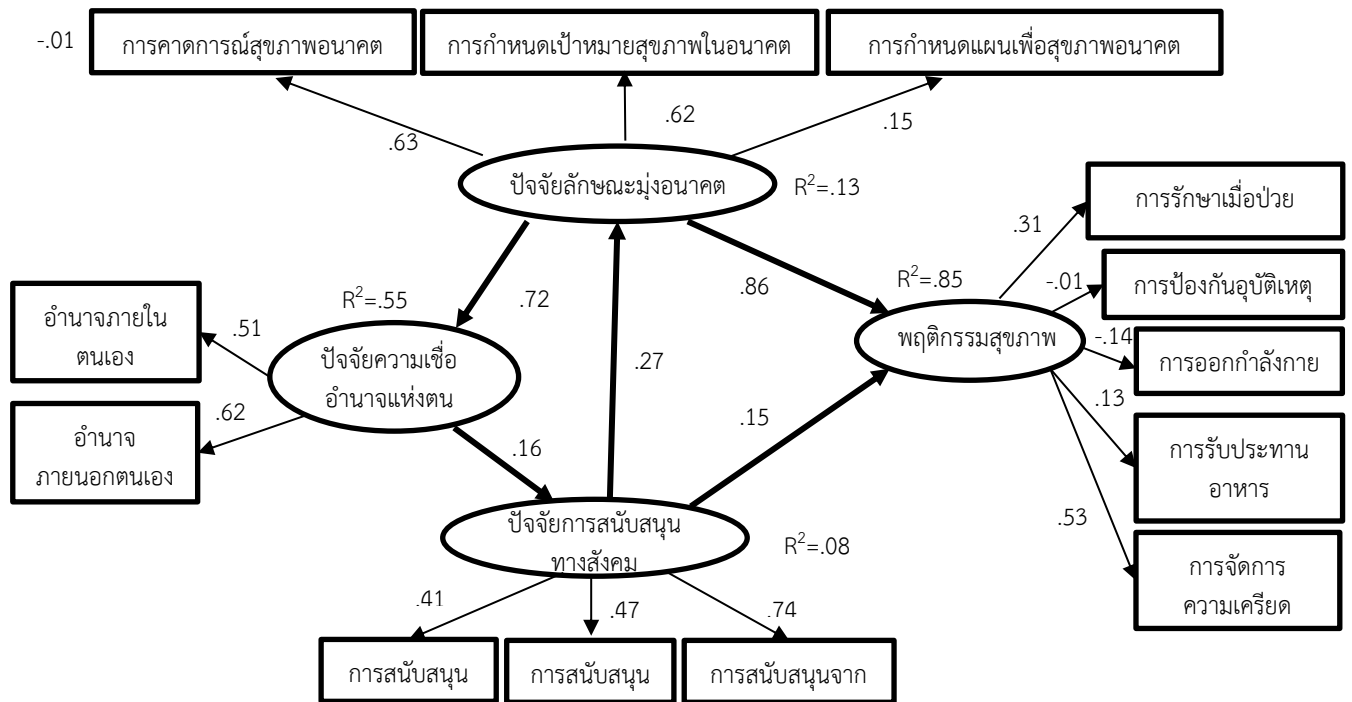
2. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุดเท่ากับ 6.40 (S.D. = .67) รองลงมา คือ ปัจจัยลักษณะมุ่งอนาคตและปัจจัยความเชื่ออำนาจในตน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.05 และ 5.65 ตามลำดับ (S.D. = .69 และ .66 ตามลำดับ) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องโดยรวม เท่ากับ 5.64 (S.D. = .55) นอกจากนี้ ปัจจัยลักษณะมุ่งอนาคตและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตอนต้นจังหวัดขอนแก่น โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ปัจจัยความเชื่ออำนาจในตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่ออำนาจในตน ปัจจัยลักษณะมุ่งอนาคต และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

ตัวแปรปัจจัย	$\bar{x}$	S.D.	r	p-value
ความเชื่ออำนาจในตน	5.65	.66	-.031	.508
ลักษณะมุ่งอนาคต	6.05	.69	.183	.000*
การสนับสนุนทางสังคม	6.40	.67	.130	.006*
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทุกด้าน	5.64	.55		

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการตรวจสอบสมมติฐาน: ความสอดคล้องของโมเดลสมการโครงสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ก่อนการปรับโมเดล มีค่าสถิติที่ไม่ผ่านเกณฑ์พิจารณาที่กำหนดมีถึง 5 ค่าได้แก่ ค่า CMIN/DF คือ ค่าสถิติที่ทำการปรับลดอิทธิพลของขนาดตัวอย่างที่มีต่อสถิติไคสแควร์ (ในโปรแกรม AMOS เรียกสถิติไคสแควร์ว่า CMIN) ค่าสถิติ CMIN/DF ก่อนปรับโมเดลเท่ากับ 2.38 (ซึ่งค่าปกติไม่ควรเกิน 2) ค่า SRMR คือค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน เท่ากับ .081 (ซึ่งค่าปกติไม่ควรเกินหรือเท่ากับ .08) ค่า NFI เท่ากับ .766 ค่า CFI คือ Index ที่ใช้เปรียบเทียบโมเดลที่คาดไว้กับโมเดลอิสระ เท่ากับ .844 (ซึ่งค่าปกติมากกว่าหรือเท่ากับ .9) และค่า RMSEA เท่ากับ .055 (ค่าปกติ $\leq .05$) ภายหลังปรับโมเดลการวิจัย ตามค่า MI (Model Modification Indices) ที่จะทำให้ค่าไคสแควร์ลดลง จนโมเดลมีความกลมกลืนภายใต้ความเป็นไปได้เชิงทฤษฎี และค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องของโมเดล ด้วยค่าดัชนีความกลมกลืนปรับแก้เท่ากับ CMIN/DF = 1.88, SRMR = .076, GFI = .967, AGFI = .945, NFI = .83, CFI = .908, RMSEA = .044, HOELTER.05 = 317 แสดงให้เห็นว่า โมเดลเชิงเหตุของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นไปตามภาพประกอบ 3 เมื่อพิจารณาตัวแปรแฝง 4 ตัวแปรได้แก่ ปัจจัยลักษณะมุ่งอนาคต มีตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากใกล้เคียงกัน คือ การคาดการณ์สุขภาพในอนาคต และการกำหนดเป้าหมายสุขภาพในอนาคต (น้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .63 และ .62) ปัจจัยความเชื่ออำนาจในตน มีตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ อำนาจภายนอกตน (น้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .62) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม มีตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ (น้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .74) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ มีตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การจัดการความเครียด (น้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .53)



ภาพประกอบ 3 ผลการทดสอบความสอดคล้องโมเดลเชิงเหตุ
ของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตอนต้นจังหวัดขอนแก่น

อิทธิพลระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม ตามตาราง 2 และตาราง 3 ที่แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect: IE) และอิทธิพลรวม (Total Effect: TE) ของตัวแปรภายในโมเดลและระดับอิทธิพลระหว่างตัวแปรด้วยค่าน้ำหนักความถดถอยมาตรฐาน (Standardized Regression Weights) เนื่องจากการเปรียบเทียบระดับอิทธิพล ไม่สามารถใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย/น้ำหนักความถดถอยได้เพราะขึ้นกับหน่วยของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามจึงปรับให้อยู่ในรูปมาตรฐานเป็นน้ำหนักความถดถอยมาตรฐาน พบว่า ความผันแปรของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ขึ้นกับปัจจัยลักษณะมุงอนาคต ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตน ร้อยละ 84.8 (ค่า R^2 เท่ากับ .848) โดยปัจจัยลักษณะมุงอนาคตมีระดับอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (ค่าน้ำหนักถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ .86 และ .15 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผ่านทางปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม และ/หรือปัจจัยลักษณะมุงอนาคต

ส่วนอิทธิพลระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า ความผันแปรของปัจจัยลักษณะมุงอนาคต ขึ้นกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตน ร้อยละ 12.9 (ค่า R^2 เท่ากับ .129) โดยปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อลักษณะมุงอนาคต ค่าน้ำหนักถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ .27 ทั้งนี้ ปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อปัจจัยลักษณะมุงอนาคต โดยผ่านทางปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม

ความผันแปรของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ขึ้นกับปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตนและปัจจัยลักษณะมุงอนาคต ร้อยละ 8.2 (ค่า R^2 เท่ากับ .082) โดยปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตนมีอิทธิพลทางตรงต่อการสนับสนุนทางสังคม ค่าน้ำหนักถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ .16

ความผันแปรของปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตน ขึ้นกับปัจจัยลักษณะมุงอนาคตและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 55.3 (ค่า R^2 เท่ากับ .553) ปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตน ได้รับอิทธิพลทางตรงจากลักษณะมุงอนาคต (ค่าน้ำหนักถดถอยมาตรฐาน เท่ากับ .72)

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรโมเดลเชิงเหตุของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตอนต้น

ตัวแปรเหตุ	ตัวแปรผล											
	ความเชื่ออำนาจแห่งตน			การสนับสนุนสังคม			ลักษณะมุงอนาคต			พฤติกรรมสุขภาพ		
	Direct Effect	Indirect Effect	Total Effect	Direct Effect	Indirect Effect	Total Effect	Direct Effect	Indirect Effect	Total Effect	Direct Effect	Indirect Effect	Total Effect
ลักษณะมุงอนาคต	.72	-	.72	-	.11	.11	-	-	-	.86	.02	.88
ความเชื่ออำนาจแห่งตน	-	-	-	.16	-	.16	-	.04	.04	-	.06	.06
การสนับสนุนทางสังคม	-	.19	.19	-	-	-	.27	-	.27	.15	.23	.38
สัมประสิทธิ์ทำนาย (R^2)	.553			.082			.129			.848		

ตาราง 3 การเปรียบเทียบระดับอิทธิพลของตัวแปรด้วยค่า Standardized Regression Weights

ตัวแปรผล		ตัวแปรเหตุ	Estimate
พฤติกรรมสุขภาพ	←---	ปัจจัยลักษณะมุงอนาคต	.86
พฤติกรรมสุขภาพ	←---	ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม	.15
ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม	←---	ปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตน	.16
ปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตน	←---	ปัจจัยลักษณะมุงอนาคต	.72
ปัจจัยลักษณะมุงอนาคต	←---	ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม	.27

อภิปรายผล

ประการแรก จากผลการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นการยืนยันเส้นทางความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในโมเดล นั่นคือ ปัจจัยลักษณะมุงอนาคต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม เนื่องจากผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนตามวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกายเพิ่มมากขึ้น และคาดการณ์ได้ว่าหากไม่วางแผนกำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเอง อาจทำให้ส่งผลเสียต่อสุขภาพตนเองเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุตอนปลาย จึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมที่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมการรักษาตัวเมื่อเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มแรก จะได้ไม่ป่วยรุนแรงมากขึ้นหากปล่อยทิ้งไว้ รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุถูกต้องมากด้วย เพราะผู้สูงอายุรับรู้ว่าจะเกิดอุบัติเหตุในวัยสูงอายุจะมีความรุนแรงถึงเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิตได้ สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ศึกษาความสำคัญของการมองชีวิตวัยสูงอายุในมุมมองที่ส่งผลต่อการออกกำลังกาย ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กัน และสามารถทำนายการเพิ่มขึ้นของการออกกำลังกายได้ เนื่องจากผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับผลในอนาคตที่จะตามมาเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นคือ การมีสุขภาพดีตามวัย (Warm, Tomasik & Romer, 2010: 33-34)

ส่วนปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม เนื่องจากผู้สูงอายุในสังคมไทยในปัจจุบันยังคงเป็นครอบครัวขยายในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับครอบครัวเดี่ยว สอดคล้องกับผลวิจัยที่ชี้ว่าผู้สูงอายุไทยจึงยังคงอาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกถึงร้อยละ 56.44 หรืออาศัยอยู่กับลูกร้อยละ 24.67 มีเพียงร้อยละ 4.00 ที่พักอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งเงินทอง เครื่องอุปโภคบริโภค โดยเฉพาะกำลังใจ ข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็นสนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุน

จากครอบครัว (Family Support) ระหว่างผู้สูงอายุเกาหลีที่อยู่โดยลำพังกับผู้สูงอายุเกาหลีที่อาศัยอยู่กับครอบครัว พบชัดเจนว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทางด้านจิตใจมากกว่าอยู่โดยลำพัง (Sok & Yun, 2011: 1609-1610) รวมถึงงานวิจัยที่ศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส คนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน กับการมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอเมริกา ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางบวกจากเพื่อน มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพทางบวก (Harvey & Alexander, 2012: 283) และผลการวิจัยที่ศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเกาหลี ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Lim, Sung, & Joo, 2010: 47)

นอกจากนี้ ปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผ่านทางปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม อธิบายได้จากผลการวิจัยนี้ที่ชี้ว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจภายในตน มากกว่าความเชื่ออำนาจภายนอก เป็นไปตามวัยสูงอายุที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากมาย จนมีความเชื่อในสิ่งที่ตนเองคิด มากกว่าความเชื่อจากสิ่งทีมาจากภายนอก แต่ความเชื่อดังกล่าวไม่ได้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยตรงตามแนวคิดความเชื่ออำนาจแห่งตนของ Rotter ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก Rotter ได้อธิบายว่า บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน จะเป็นบุคคลที่สนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง ขวนขวายหาความรู้เพื่อสุขภาพอยู่เสมอ (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2550: 69) ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับลักษณะของผู้สูงอายุไทยในชนบทที่แม้จะเชื่อว่าสุขภาพดีเกิดจากการกระทำของตนเอง แต่ไม่สามารถขวนขวายหาความรู้เพื่อสุขภาพได้ด้วยตนเองทุกคน แต่ยังคงพึ่งพาลูกหลานในการให้กำลังใจ ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จึงเป็นเหตุให้ต้องผ่านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเกาหลีที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อว่าควบคุมสุขภาพตนเองได้ จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ โดยผ่านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Lim, Sung, & Joo, 2010: 48)

นอกจากปัจจัยเชิงเหตุที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ผลการวิจัยนี้ยังพบอิทธิพลระหว่างปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระดังเช่น ปัจจัยลักษณะมุ่งอนาคต ได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ ข้อมูลข่าวสารหรือกำลังใจ การให้ข้อเสนอแนะประกอบการตัดสินใจ จากคู่สมรสหรือคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทมิตรสหาย จะเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าใจในสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นไปตามวัยอันเกิดขึ้นได้กับทุกคน และคาดการณ์ได้ว่าสุขภาพตนเองจะเป็นอย่างไร และต้องกำหนดแผนการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างไรเพื่อมีสุขภาพแข็งแรงได้ตามวัย สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเครือข่ายทางสังคม (Social Network) กับมุมมองของบุคคลต่อภาวะสูงอายุ พบชัดเจนว่า ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมทั้งจากญาติและเพื่อนมาก จะมีมุมมองส่วนบุคคลเกี่ยวกับวัยสูงอายุในทางบวกมากขึ้นด้วย ได้แก่ มุมมองบวกต่อภาวะสูงอายุของตนเอง การดูแลตนเองให้อยู่ในสภาพร่างกายที่ยังแข็งแรงแม้อายุจะมากขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุกคน ไม่ต่างจากตนเอง (Kim & Chiriboga, 2012: 144-146)

ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตน อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าสุขภาพตนเกิดจากอำนาจภายในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส คนในครอบครัว และเพื่อน อันเกิดจากผู้ให้การสนับสนุนมองเห็นโอกาสที่เป็นไปได้ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องด้วยตนเอง หากให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุว่าสามารถทำได้ด้วยตนเอง ซึ่ง Rotter ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะเป็นบุคคลที่สนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ขวนขวายหาความรู้เพื่อสุขภาพอยู่เสมอ (จีระศักดิ์

เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล, 2550: 69) สนใจซักถามข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเกาหลี ที่พบอีกว่า ความเชื่อว่าสุขภาพดีเกิดจากการกระทำในการควบคุมด้วยตนเอง มีอิทธิพลทางตรงต่อการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.10$) (Lim, Sung, & Joo, 2010: 46) และงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อำนาจการควบคุมตนเองกับสุขภาพของบุคคลที่พบว่า ระดับอำนาจการควบคุมสุขภาพด้วยตนเองที่สูงกว่ามีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากด้วย (Ward, 2013: 142)

ปัจจัยความเชื่ออำนาจแห่งตน ได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยลักษณะมุ่งอนาคต อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เข้าใจในสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เป็นไปตามวัยอันเกิดขึ้นได้กับทุกคน และคาดการณ์ได้ว่าสุขภาพตนเองจะเป็นอย่างไร ก็มักจะมีความเชื่อหรือรับรู้สุขภาพจะดีหรือไม่ดีก็ขึ้นอยู่กับกระทำหรืออำนาจภายในของตนสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ศึกษาการทำนายตัวแปรความเชื่ออำนาจแห่งตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบว่า การมีมุมมองในอนาคตทางบวกมีความสัมพันธ์กับการมีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ และเป็นตัวทำนายที่ดีของการมีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพด้วย (Internal Health Locus of Control) (Jacobs-Lawson, Waddell, & Webb, 2011: 178)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานทางสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอหรือตำบล รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบ สามารถนำเอาผลวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญเหล่านี้ไปใช้ในการดำเนินงานของหน่วยงานได้ เช่น นำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนหรือเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในวัยสูงอายุตอนต้น เพื่อลดการพึ่งพิงเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย ได้แก่

1) การนำปัจจัยที่เป็นสาเหตุมากำหนดเป็นเนื้อหาในการสื่อสารเชิงสุขภาพกับผู้สูงอายุตอนต้น อาทิ เนื้อหาที่เกี่ยวกับการมุ่งอนาคต โดยกำหนดเนื้อหาที่เกี่ยวกับการคาดการณ์สุขภาพของตนเองในอนาคต การทำความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกคน และการกำหนดเป้าหมายสุขภาพที่ดีของตนเองและวางแผนเพื่อเป้าหมายในอนาคต เพราะเนื้อหาเหล่านี้ภายใต้ปัจจัยลักษณะมุ่งอนาคตที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจัดการอบรม หรือแม้แต่การผสมผสานในเนื้อหาจากการพึ่งพิงเทศน์ที่วัด เป็นต้น

2) การนำปัจจัยที่เป็นสาเหตุไปประยุกต์เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อการมีสุขภาพดี อาทิ การจัดกิจกรรมที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้มากขึ้นว่า สุขภาพของตนเองเป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง และสนับสนุนให้ใช้บุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือบุคลากรทางการแพทย์เข้าร่วมในกิจกรรม ในลักษณะของผู้สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องมากขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) จากผลการวิจัยทำให้มองเห็นภาพปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถนำไปศึกษาวิจัยต่อเนื่อง ด้วยการนำปัจจัยเหล่านี้ไปจัดกิจกรรมทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ในรูปของโปรแกรมหรือโครงการภายใต้แนวคิดต่าง ๆ อาทิ แนวคิดการสื่อสารกับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดผลทางพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป หรือแนวคิดการปรับเปลี่ยนหรือสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้วยปัจจัยที่เป็นสาเหตุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อการมีสุขภาพดีตามวัย เป็นต้น

2) งานวิจัยนี้ศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุตอนต้น จึงเป็นที่น่าสนใจที่ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงความเหมือนและความต่างของปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2553). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์.

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพ*. มหาสารคาม: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

นันทยา อุดมพาณิชย์. (2554). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. สืบค้นจาก http://www.rehab.md.kku.ac.th/mdbtemplate/mytemplate/template.php?component=view_article&qid=372.

วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2553). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2*. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2553). ประชากรสูงอายุไทย. ใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552*. (หน้า 8-38). กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.

วิราภรณ์ โพธิศิริ และชลธิชา อัครนรินทร์. (2556). การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ใน วิพรรณ ประจวบเหมาะ (บรรณาธิการ). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555*. (หน้า 12-39). นนทบุรี: บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). *ทิศทางแผนพัฒนาฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559)*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจอนามัย สวัสดิการและการบริโภคอาหาร พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2556*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน.

อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น และขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

Harvey, I. S., & Alexander, K. (2012). Perceived social support and preventive health behavioral outcomes among older women. *J. Cross Cult Gerontol*, 27. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10823-012-9172-3#page-1>.

Jacobs-Lawson, J.M., Waddell, E.L., & Webb, A.K. (2011). Predictors of health locus of control in older Adults. *Curr Phycho*, 30. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12144-011-9108-2#page-1>.

Kattika Thanakwang. (2009). Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the National Elderly Survey. *Nursing and Health Sciences*, 11. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/ doi/10.1111/j.1442-2018.2009.00438.x/epdf>.

- Kattika Thanakwang, Dayton, B. I., & Kusol Soonthorndhada. (2012). The relationships among family, friends, and psychological well-being for Thai elderly. *Aging & Mental Health*, 16 (8). Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/225289013>.
- Kim, G., Jang, Y., & Chiriboga, D. A. (2012). Personal views about aging among Korean American older adults: The role of physical health, social network, and acculturation. *J. Cross Cult Gerontol*, 27. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10823-012-9165-2#page-1>.
- Lim, Y. M., Sung, M. H., & Joo, K. S. (2010). Factors affecting health-promoting behaviors. *Journal Of Gerontological Nursing*, 36(10). Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/44634573>.
- Sok, S. R., & Yun, E. K. (2011). A comparison of physical health status, self-esteem, family support and health-promoting behaviors between aged living alone and living with family in Korea. *Journal of Clinical Nursing*, 20. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/50265766>.
- Ward, M. M. (2013). Sense of control and self-reported health in a population-based sample of older Americans: Assessment of potential confounding by affect, personality, and social support. *Int.J.Behav.Med.*, 20. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12529-011-9218-x#page-1>.
- Warm, S., Tomasik, M. J., & Romer, C. T. (2010). On the importance of a positive view on aging for physical exercise among middle-aged and older adults : Cross-sectional and longitudinal findings. *Psychology and Health*, 25 (1). Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/43136184>.
- Young, J. T. (2004). Illness behavior: a selective review and synthesis. *Sociology of Health & Illness*, 26 (1), 1-31.

Translated Thai References (ส่วนที่แปลรายการอ้างอิงภาษาไทย)

- Aekplakorn, W. (Ed.) (2010). *The Fourth National Health Examination Survey 2008-2009*. Nonthaburi: The Graphico Systems Co. Ltd., (Thailand).
- Chareonpan, J. & Tansakul, C (2007). *Health behavior*. Maha Sarakham: Klungnanatham Press.
- National Economics and Social Development Board. (2010). *The Eleventh development plan (2012-2016)*. Bangkok: Office.
- National Statistical Office. (2010). *The 2009 Survey on Health, Welfare and Food Consumption Behavior*. Bangkok: Text and Journal Publication Co.,Ltd.
- National Statistical Office. (2014). *The 2013 Survey on Food Consumption Behavior*. Bangkok: Office.
- Potisiri, W. & Asavanirandorn, C. (2013). The population change and aging statistics. In

- Vipan Prachuabmoh (Ed.), *Annual Report: The Situation of Thailand's Older Population 2012*. (p.12-39). Nonthaburi: SS Plus Media Co., Ltd.
- Powwattana, A., Kalampakorn, S., Lagampan, S. & Amnatsatsue, K. (2011). *Health Promotion and Disease Prevention in Community: An Application of Concepts and Theories to Practice*. 2nd edition. Khon Kaen: Klungnanawittaya Press.
- Prachuabmoh, V. & Siriboon, S. (2010). Thai elderly. In Somsak Chunharas (Ed.), *Annual Report: The Situation of Thailand's Older Population 2009*. (p.8-38). Bangkok: TQP Co., Ltd.
- The National Commission on the Elderly. (2010). *The 2nd National Plan on The Elderly (2002-2021) 1st Revised of 2009*. Bangkok: Thepphen Vanish LP.
- Udompanich, N. (2011). *THE THAI ELDERLY*. Retrieved from http://www.rehab.md.kku.ac.th/mdbtermplate/mytemplate/template.php?component=view_article&qid=372.

3SRi