

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดต่าง ๆ จากการศึกษา เอกสาร รายงาน ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำเสนอตามลำดับดังนี้

- 2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.2 มโนทัศน์สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 2.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำ เพื่อดูแลตนเองในขณะที่มีสุขภาพปกติ เพื่อดำรงรักษาให้ร่างกายแข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (มัลลิกา มัติโก, 2530) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพในทางบวก เพื่อดำรงไว้หรือเพิ่มระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น ทำให้เกิดความผาสุกและการบรรลุเป้าหมายในชีวิต เป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต (Lifestyle) (Pender, 1987 ; Burnside, 1988 ; Palank, 1991) ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรมต่าง ๆ หลายด้าน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับภาวะเครียด การจัดการกับสิ่งแวดล้อม ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน การบรรลุเป้าหมายในชีวิต (Walker, et al., 1987 ; Ardel, 1988 ; Ebersole and Hess, 1990)

สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เป็นไปในทางถดถอย และมีปัญหาทางสุขภาพเกิดขึ้นได้มาก Speake และคณะ (1989) กล่าวว่า ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และให้การสนับสนุนว่าโรคเรื้อรังต่าง ๆ น่าจะสามารถป้องกันหรือทำให้เบาบางลงได้ด้วยการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี หรือการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528)

กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต้องกระทำในทุกเพศทุกวัย และควรจะทำให้ความสนใจมากขึ้นในวัยสูงอายุ โดยการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและจริงจัง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุ ควรปฏิบัติคือ (Heckheimer, 1988 ; ชุติศักดิ์ เวชแพศย์, 2532)

1. ทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุควรจะทำร่างกายสม่ำเสมอ จัดการเรื่องอาหารและโภชนาการ ดูแลสุขภาพตนเองสม่ำเสมอ งดสูบบุหรี่ จำกัดการดื่มสุรา ใช้ยาเมื่อจำเป็น
2. ทางด้านจิตใจและอารมณ์ โดยการลดความเครียดทำจิตใจให้สบาย
3. ทางด้านสังคม โดยการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้เหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคม

รายงานการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลายด้านคือ การรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารเข้า ไม่รับประทานอาหารจุกจิก ควบคุมน้ำหนัก ควบคุมความดันโลหิต ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หรือดื่มในปริมาณน้อย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนอย่างเพียงพอ เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี (Brown and McCreedy, 1986 ; Rauckhorst, 1988 ; Ruffle, Yoho and Sams, 1989) ส่วน Walker และคณะ (1988) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกับผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคน พบว่าผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยกลางคนทั้งในด้านค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง อาหาร การจัดการกับภาวะเครียด แต่การศึกษาของ Johnson (1991) ศึกษาการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า ผู้สูงอายุยังไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ ความปลอดภัยจากการใช้ยา ส่วนการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวและแข็งแรงของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทได้รับอากาศบริสุทธิ์เสมอ ออกกำลังกายโดยการปฏิบัติงานประจำวัน รับประทานอาหารรสชาตธรรมดาในปริมาณที่เพียงพอ จัดที่พักอาศัยอย่างเป็นระเบียบ มีสวนไม้ ไม้ประดับ และใช้น้ำสะอาดอยู่ร่วมกับบุตรหลานโดยได้รับการยกย่องนับถือ และมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นเสมอ เข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ (บรรลุ ศิริพานิช, 2531 ; สุรพงศ์ อัมพันวงศ์, 2535)

นอกจากนั้นแล้ว ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (2534) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยมีแนวคิดของ Pender เป็นพื้นฐานร่วมกับการพิจารณาพฤติกรรมที่เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านต่าง ๆ 7 ด้านคือ อาหาร การออกกำลังกาย การจัด

การกับภาวะเครียด การเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง สุขนิสัยประจำวัน การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ด้านความใส่ใจในสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ต่อมาผศ.ดร. วังษ์หนองหว้า (2537) ได้นำเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งขวัญใจ ต้นตวันเสถียร (2534) สร้างขึ้น ไปศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตเทศบาลเมือง จังหัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ; เพชรรา อินทรพาส (2536) ได้ประยุกต์เครื่องมือวัด พฤติกรรมอันเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของ Walker และคณะ (1987) ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับภาวะเครียด การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน) การบรรลุเป้าหมายในชีวิต (ความเข้าใจในตนเองอย่างแท้จริง) และความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาทั้งสองคล้ายคลึงกันคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง Pender (1987) กล่าวว่า บุคคลมีมโนทัศน์สุขภาพอย่างไร จะมีแนวโน้มของการปฏิบัติพฤติกรรมแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 4 ด้าน เพื่อให้สอดคล้องกับมโนทัศน์สุขภาพทั้ง 4 รูปแบบ ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย ประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน อาหาร การออกกำลังกาย สุขนิสัยประจำวัน และความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ซึ่งพฤติกรรมแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

1.1 อาหาร

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับร่างกายมนุษย์ทุกคน การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าจะช่วยสร้างเสริมการเจริญเติบโต และความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ อาหารจะช่วยให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดช้าลง (Munro cited by Chavez, et al., 1988) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงสมควรได้รับการส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จากการศึกษาส่วนมากพบว่า ผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบทุกมื้อได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไขมันน้อย แต่ไขมันที่รับประทานส่วนมากเป็นไขมันที่ได้จากสัตว์

ชอบรับประทานอาหารหมักดอง อาหารประเภทแป้ง และน้ำตาล ไม่ชอบดื่มนม เพราะไม่ชอบกลิ่นและรสชาติ ไม่ดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ แต่ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนดื่มสุรา และสูบบุหรี่เป็นประจำ (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531 ; ศรีน้อย มาศเกษมและคณะ, 2534 ; ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร, 2534 ; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535 ; เพชรา อินทรพานิช, 2536 ; รจนารถ ร่วงลือ, 2536 ; อรพรรณ อิศราภรณ์, 2536 ; อรวรรณ ชาวทอง, 2537)

1.2 การออกกำลังกาย

ปัญหาทางสุขภาพหลายอย่าง เช่น ข้อติด ภาวะกระดูกเสื่อม ท้องผูก ภาวะซึมเศร้า การนอนไม่หลับ สามารถทำให้อาการลดลงหรือชะลอการเกิดได้ ถ้ามีกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ (Elipoulos, 1993) ซึ่งกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุนั้น ควรจะเลือกให้เหมาะกับสภาพร่างกายและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ส่วนมากมักจะเป็นการประกอบกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร, 2534 ; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535 ; รจนารถ ร่วงลือ, 2536 ; อรวรรณ ชาวทอง, 2537 ; Johnson, 1991) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ อ่ำไพ ชนะกอก ยุยวงศ์ เยาวมานนท์ และวันทนี ชวพงษ์ (2535) และเพชรา อินทรพานิช (2536) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำ โดยการเดิน การออกกำลังกายบริหาร

1.3 สุขนิสัยประจำวัน

สุขนิสัยประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่กระทำในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ การดูแลสุขภาพข้อต่อต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย สภาพร่างกายอ่อนแอลง โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่าง ๆ มีมากขึ้น การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย นับตั้งแต่ความสะอาดของผิวหนัง ผม เล็บ ปาก ฟัน อวัยวะสืบพันธุ์ ตลอดจนเสื้อผ้าที่สวมใส่จึงมีความสำคัญ จากรายงานการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุสนใจทำความสะอาดร่างกาย และสวมเสื้อผ้าสะอาดทุกวัน ส่วนการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะนั้น พบว่าผู้สูงอายุสนใจปฏิบัติเพื่อให้ขับถ่ายได้ตามปกติ โดยการรับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ และดื่มน้ำมาก ๆ ผักนิยมนำมาต้มสุกแล้วรับประทาน ไม่ใช้ยาถ่ายหรือยาระบาย ในด้านการพักผ่อนนอนหลับพบว่าผู้สูงอายุนอนหลับสนิทในตอนกลางคืนอย่างเพียงพอ (ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร, 2534 ; รจนารถ ร่วงลือ, 2536 ; อรพรรณ อิศราภรณ์, 2536 ; อรวรรณ ชาวทอง, 2537)

1.4 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองเป็นความสนใจ ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ซึ่งความสนใจหรือความใส่ใจเป็นศักยภาพภายในตัวบุคคลที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ (Orem, 1991) บุคคลที่มีความสนใจรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองสูง จะมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะสุขภาพ สามารถป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังได้ (Sechrist cited by Pender, 1987) ถ้าผู้สูงอายุมีความสนใจ เอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองอย่างดี และสม่ำเสมอ จะทำให้สุขภาพดี มีอายุยืนยาวและมีความสุข เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุจึงควรสนใจ และเอาใจใส่ต่อการแสวงหาความรู้ และข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อประเภทต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ แผ่นป้าย แผ่นพับ สื่อบุคคล เป็นต้น มีความสนใจ สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และเข้ารับการตรวจรักษาแต่เนิ่น ๆ รวมทั้งเข้ารับการตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุสนใจรับฟังข่าวสารทางสุขภาพ โดยมีพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร และใช้ประโยชน์จากสื่อบุคคลมากที่สุด ใช้เวลาในการพูดคุยข่าวสารทางสุขภาพโดยเฉลี่ยครั้งละ 15 นาที (อรรรรณ ขาวพอง, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร (2534) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีความสนใจรับฟังข่าวสารทางสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมในด้านการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี รายงานการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า ผู้สูงอายุปฏิบัติน้อย (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529 ; บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531 ; ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร, 2534 ; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535 ; รจนารถ ร่วงลือ, 2536 ; อรรรรณ ขาวพอง, 2537)

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการแสดงบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งในกลุ่มผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน และผู้ที่อยู่ต่างวัย จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือและได้รับการส่งเสริมให้ได้แสดงบทบาทในสังคม เนื่องจากสภาพร่างกายมีความเสื่อมถอย ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงควรมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ โดยการติดต่อพูดคุยกับผู้อื่นอย่างสม่ำเสมอ เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม ร่วมกิจกรรมทางศาสนา ให้ความช่วยเหลือ และรับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านตามโอกาสอันควร จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา (ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร, 2534 ; เพชรา อินทรพานิช, 2536 ; รจนารถ ร่วงลือ, 2536) มีการติดต่อพูดคุย เยี่ยมเยียนญาติและผู้อื่นเสมอ (ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร, 2534)

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการปรับตัว ประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

ความเครียด เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องประสบในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม ความเจ็บป่วย ล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งสิ้น ช่วงแห่งชีวิตที่มีความเครียดกับการแก้ปัญหา เป็นความเกี่ยวเนื่องกัน การเกิดความเครียดเรื้อรังโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองแตก การเจ็บป่วยทางจิต ปัญหาทางอารมณ์ สังคม เป็นต้น (Elipoulos, 1993) สำหรับผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมากมาย จึงมีโอกาสเกิดความเครียดได้มาก ผู้สูงอายุจึงควรมหาแนวทางในการแก้ไขหรือจัดการกับความเครียดต่าง ๆ เหล่านี้ จากการศึกษาพบว่า แนวทางที่ผู้สูงอายุใช้ในการจัดการกับความเครียด คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ (ขวัญใจ ต้นต้วสนเสถียร, 2534 ; เพชรา อินทรพาณิชย์, 2536 ; อรรรรณ ขาวพอง, 2537)

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิต

การบรรลุเป้าหมายในชีวิต เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ ตามความต้องการตามลำดับขั้นของ Maslow (Maslow's hierarchy of needs) เป็นความต้องการประสบความสำเร็จตามความหวังที่ตั้งไว้โดยพิจารณาศักยภาพ หรือความสามารถของตน ซึ่งบุคคลจะบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้จะต้องมีการริเริ่มและพัฒนาตนเอง รู้จักปรับตัวยอมรับความจริง ยอมรับตนเองและผู้อื่น มีการวางแผนในการทำงาน มุ่งมั่น และกระตือรือร้นในการทำงาน มีความรับผิดชอบและมีวินัยในตนเอง มีความสุขในการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอยู่ในระดับดี มีการตั้งเป้าหมายในการทำงาน มีความสุขกับชีวิตที่ผ่านมา (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535) ซึ่งผลการศึกษาแตกต่างจาก เพชรา อินทรพาณิชย์ (2536) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผน และไม่ได้ตั้งเป้าหมายที่จะทำอะไรให้สำเร็จ

2.2 มโนทัศน์สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.2.1 มโนทัศน์สุขภาพ

มโนทัศน์ หมายถึง สัญลักษณ์ที่ใช้แทนสิ่งของ หรือสถานการณ์หลาย ๆ อย่างที่มีความหมายร่วมกัน (สุชา จันทรเฒ, 2531) เป็นสัญลักษณ์ที่ได้มาจากการรวบรวมและประมวล

ข้อมูล แล้วย่อสรุปให้มีการเชื่อมโยงต่อเนื่องกัน เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อบุคคล วัตถุหรือสถานการณ์(Hurlock, 1972 อ้างถึงใน นิตยา บัญญัติดี, 2536) ส่วนจรรยาบรรณ (2526 อ้างถึงใน อุทัยวรรณ พุทธิรัตน์, 2532) ให้ความหมายของมโนทัศน์ว่า เป็นความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกิดจากการได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้น แล้วนำเอาคุณลักษณะและคุณค่าของลักษณะของสิ่งนั้น มาจัดกลุ่มเพื่อให้เกิดความเข้าใจ โดยสรุปรวมในสิ่งนั้นหรือเรื่องนั้น ดังนั้น มโนทัศน์ หมายถึง ความคิดเห็นความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยอาศัยประสบการณ์ในการรวบรวมและประมวลข้อมูลแล้วย่อสรุปเป็นคำอธิบายหรือคำจำกัดความของสิ่งนั้น ๆ

สุขภาพ (Health) มาจากคำในภาษาอังกฤษโบราณว่า Hpealth หมายถึง ภาวะหรือสภาวะที่ร่างกายมีความแข็งแรง ปราศจากโรคหรืออันตรายใด ๆ การมองสุขภาพในลักษณะนี้ได้รับการถ่ายทอดกันมาเป็นเวลานาน แต่ในปัจจุบันการพยาบาลดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้ความสำคัญกับความเป็นคนทั้งคน หรือการมองคนแบบองค์รวม (Holistic view) การมองสุขภาพจึงมิได้มุ่งเฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น หากแต่เป็นผลรวมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม ดังที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 1974 cited by Pender, 1987) ให้ความหมายของสุขภาพว่า เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มิใช่แค่เพียงการปราศจากโรค หรือความพิการเท่านั้น Pender (1987) ได้รวบรวมการให้ความหมายของสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 แนวคิดใหญ่ ๆ ดังนี้

1. สุขภาพคือความคงที่ (Definition of health focusing on stability) แนวคิดนี้ผู้ศึกษาให้ความหมายของสุขภาพว่า เป็นภาวะการที่บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป สุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมดุลย์ของระบบย่อยซึ่งได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้ที่มีแนวคิดสุขภาพด้านนี้ ได้แก่ Dubos, Newman, Parson, Roy

2. สุขภาพคือความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Definition of health focusing on actualization) แนวคิดนี้มองสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต สุขภาพเป็นภาวะที่ต่อเนื่อง (Continuum) ระหว่างภาวะสุขภาพสมบูรณ์สูงสุด กับสุขภาพไม่ดีและตายไปในที่สุด บุคคลจะไม่มีภาวะสุขภาพดี หรือเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียวหนึ่งอย่างสมบูรณ์ ภาวะที่ร่างกายมีความสมบูรณ์สูงสุด (High level wellness) เกิดจากการทำหน้าที่อย่างกลมกลืนอันเป็นผลโดยตรงต่อศักยภาพสูงสุดของบุคคล ผู้ที่มีแนวคิดสุขภาพด้านนี้ ได้แก่ Dunn, Orem, Pars

3. สุขภาพคือความคงที่และการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Definition of health focusing on stability and actualization) แนวคิดนี้มองสุขภาพว่าเป็นผลรวมของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวไปตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และส่งผลให้บุคคลประสบความสำเร็จอย่างสูงในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีแนวคิดสุขภาพด้านนี้ได้แก่ Wu, King, Pender, Smith

จะเห็นได้ว่า มีการให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพ" อย่างหลากหลาย ทั้งนี้เพราะสุขภาพเป็นคำที่มีลักษณะเป็นนามธรรม เป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตอย่างหนึ่งที่ยากต่อการให้ความหมายและการวัด (Edlin and Gatanty, 1988) สุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคล เป็นการให้คุณค่า ต้องมีการตัดสินใจ และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต (Joos, et al., 1985) แต่อย่างไรก็ตาม ความหมายของสุขภาพดังที่กล่าวแล้ว ย่อมสะท้อนให้เห็นว่า สุขภาพประกอบด้วยมิติหลายมิติ ซึ่ง Smith (1981) ได้นำเสนอองค์ประกอบย่อยของสุขภาพเป็น 4 มิติดังนี้

1. สุขภาพในความหมายของการปราศจากโรค (Clinical model) เป็นภาวะที่ร่างกายปราศจากอาการหรืออาการแสดงของโรค หรือความเจ็บป่วย
2. สุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามบทบาทที่สังคม กำหนด (Functional/Role performance model)
3. สุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการปรับตัว และมีความยืดหยุ่นตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (Adaptive model)
4. สุขภาพ คือการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Eudaimonistic model) เป็นภาวะที่บุคคลประจักษ์ในคุณค่าและความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง

การศึกษามโนทัศน์สุขภาพของผู้รับบริการ ได้มีการสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมายของสุขภาพ จากกลุ่มต่าง ๆ เช่น เด็กวัยเรียน เด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ผลการสำรวจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของสุขภาพอย่างหลากหลาย เมื่อนำมาจัดกลุ่มที่มีความหมายคล้ายคลึงกันได้ดังนี้ ด้านความรู้สึก (Feeling state) เป็นคำตอบที่แสดงถึงความรู้สึกโดยทั่วไป ด้านอาการแสดง (Symptom) เป็นคำตอบเกี่ยวกับการไม่มีอาการแสดงของโรคหรือความเจ็บป่วย ด้านการแสดงออก (Performance) เป็นคำตอบเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานของผู้ที่มีสุขภาพดี (Bauman cited by Laffrey, 1986a ; Natapoff, 1978) ด้านความสมบูรณ์ด้านบุคลิกภาพ ด้านการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ด้านสิ่งแวดล้อม (Calantonio cited by Kozier, et al., 1991) ต่อมา Laffrey (1983 cited by Laffrey, 1985 ;

Laffrey, 1986a) ได้สร้างเครื่องมือวัดมโนทัศน์สุขภาพ (Health Conception Measure) ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ เพื่อวัดมโนทัศน์สุขภาพ 4 มิติคือการปราศจากโรค ความสามารถในการแสดงบทบาท ความสามารถในการปรับตัว และความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ตามกรอบแนวคิดของ Smith (1981) และ Laffrey (1986a) ได้นำเครื่องมือนี้มาพัฒนา โดยเพิ่มข้อคำถามเป็น 28 ข้อ และให้ค่าคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับเรียกเครื่องมือวัดมโนทัศน์สุขภาพว่า Laffrey Health Conception Scale ซึ่งมีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการศึกษามากขึ้น

ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ VanMaanen (1988) ได้ศึกษามโนทัศน์สุขภาพของผู้สูงอายุ 2 กลุ่มคือกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีถือกำเนิดในประเทศอเมริกา และกลุ่มผู้ที่กำลังเจ็บป่วยถือกำเนิดในประเทศอังกฤษ ทั้ง 2 กลุ่ม เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมองสุขภาพเป็น 2 ด้าน คือ สภาวะที่ปราศจากโรค (State of absence of disease) กับสภาวะทางด้านจิตใจ (State of mind) ส่วน Viverais-Dresier and Richardson (1991) ศึกษาการรับรู้ความหมายของสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความหมายของ สุขภาพในด้านชีวิตจิตใจลงมามากคือ ด้านชีวิตรั้ระ

สำหรับการศึกษามโนทัศน์สุขภาพในประเทศไทย มีรายงานการศึกษามโนทัศน์ในกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ดังนี้ รุจา กาญจนเมธ (2528) ศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กวัยเรียน จำนวน 174 คน โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด และให้โอกาสผู้ถูกสัมภาษณ์อธิบายความหมาย คำว่า "สุขภาพสมบูรณ์" แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า คำตอบที่พบบ่อย ได้แก่ คำตอบที่มีลักษณะเฉพาะ 3 ประการ คือ 1) การมีคุณภาพเชิงบวกด้านความสามารถของร่างกาย หรือการทำงานของร่างกาย เช่น สุขภาพสมบูรณ์ หมายถึง สุขภาพดี แข็งแรง ทำงานได้ดี ทำอะไรก็ได้ 2) การปราศจากคุณภาพเชิงลบของอาการของโรค เช่น คนสุขภาพสมบูรณ์ จะไม่เกิดอาการของโรค เช่น ปวดหัว เป็นไข้ 3) การมีคุณภาพเชิงบวกด้านรูปลักษณ์ภายนอก เช่น คนสุขภาพสมบูรณ์ เป็นผู้มีลักษณะอ้วนท้วมสมบูรณ์ ไม่อ้วนไม่ผอมเกินไป ส่วน จรัสศรี จันทรส่ายทอง (2534) ศึกษาโนทัศน์สุขภาพของเด็กวัยเรียน จำนวน 305 คน โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์โนทัศน์ด้านสุขภาพ แบบสอบถามที่ใช้แบ่งมโนทัศน์สุขภาพเป็นมโนทัศน์ย่อย 6 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า เด็กนักเรียนส่วนใหญ่เข้าใจความหมายของคำว่า "สุขภาพดี" คือความสามารถของร่างกาย การปฏิบัติทางสุขภาพ ลักษณะบ่งบอกทางร่างกายภายนอกที่ดี ความสามารถในการแสดงบทบาทในชีวิตประจำวัน และนิตยา

ปัญญมิตติ (2536) ศึกษาในทัศนสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน 160 คน โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด 8 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ 6 มิติ คือ มิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความหมายของสุขภาพในลักษณะสุขภาพที่ดี และอธิบายลักษณะคนที่มีสุขภาพดี 2 มิติคือ มิตร่างกาย และจิตใจ อารมณ์

2.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

มโนทัศน์สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Pender (1987) กล่าวว่ามโนทัศน์ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่ให้ความหมายหรือมีมโนทัศน์สุขภาพคือการปรับตัว (adaptive or stability) จะมีพฤติกรรมในการป้องกัน โดยการหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยและการเกิดโรค ส่วนผู้ที่ให้ความหมายของสุขภาพคือความสำเร็จสูงสุด (Self actualization) จะมีพฤติกรรมที่มุ่งให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงและความผาสุก มีรายงานการศึกษาที่สนับสนุน คือ Laffrey (1985) ศึกษาในทัศนสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่จำนวน 95 คน โดยใช้เครื่องมือวัดมโนทัศน์สุขภาพ (Health Conception Measure) ของ Laffrey (1983) ผลการศึกษาพบว่ามโนทัศน์สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .44, P < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Laffrey (1986b) ซึ่งศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับน้ำหนักตัว วัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักปกติกับ ผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักมากกว่าปกติ โดยใช้เครื่องมือวัดมโนทัศน์สุขภาพของ Laffrey (1986a) (Laffrey Health Conception Scales) ผลการศึกษาพบว่า มโนทัศน์สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และการศึกษาของ Frank-Stromborg และคณะ (1990) ซึ่งศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง และ Pender และคณะ (1990) ศึกษาปัจจัยทำนายการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของคนงาน ซึ่งรายงานการศึกษาใช้เครื่องมือวัดมโนทัศน์สุขภาพของ Laffrey (1986a) แต่ได้แบ่งมโนทัศน์ทั้ง 4 ด้านออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ด้านการปราศจากโรค (Clinical model) 2) ด้านความสุขสมบูรณ์ (Wellness ซึ่งประกอบด้วย Role performance model, Adaptive model, Eudaimonistic model) ผลการศึกษาพบว่า การมีมโนทัศน์สุขภาพ คือ ความสุขสมบูรณ์ (Wellness) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป็นตัวพยากรณ์ที่ดี มโนทัศน์สุขภาพคือภาวะที่ปราศจากโรค (Clinical model) ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ VanMaanen (1988) ศึกษาในทัศนสุขภาพของ

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีมีโนทัศน์สุขภาพเป็นภาวะด้านจิตใจ (State of mind) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย มีการทำกิจกรรม และมีปฏิสัมพันธ์กับคนหลายรุ่น ส่วนผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย มีมีโนทัศน์สุขภาพคือ ภาวะที่ปราศจากโรค (State of absence of disease) มีพฤติกรรมที่มุ่งให้ร่างกายกลับมาทำหน้าที่ได้ดังเดิม ต้องการการดูแลใกล้ชิด

2.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่บุคคล แปรหรือตีความสิ่งเร้าที่มาสัมผัส โดยอาศัยประสบการณ์และความรู้เดิม เพื่อนำไปสู่การแสดงพฤติกรรม (คณาจารย์ ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527 ; สุชา จันทรเฒ, 2531) การรับรู้จึงเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้าใด ๆ ที่มาสัมผัส ซึ่งการรับรู้ของบุคคลแต่ละคนมีอิทธิพลมาจากปัจจัยหลายประการ (สุชา จันทรเฒ, 2531) คือ

1. ความตั้งใจ (Attention) บุคคลจะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ถ้ามีความสนใจและมีความตั้งใจ สามารถแยกสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจได้เป็น 2 ด้านคือ

1.1 สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความสนใจเป็นพิเศษ อาจจะเป็นความสนใจชั่วขณะ หรือความสนใจที่ติดเป็นนิสัย

1.2 สิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ขนาดของสิ่งเร้า ความเข้ม ความแตกต่าง การเคลื่อนไหว การเร้าซ้ำ

2. ความพร้อมที่จะรับรู้ (Preparatory set) การถูกวางเงื่อนไข ให้รับรู้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคลจะมีความพร้อมที่จะรับรู้ในสิ่งนั้นได้อย่างเต็มที่

นอกจากนั้นแล้ว การรับรู้อาจจะมีอิทธิพลมาจาก ปัจจัยด้านประสบการณ์เดิม ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา เช่น สภาพร่างกายที่อ่อนเพลียหรือแข็งแรง ปัจจัยทางด้านสังคมภายนอก เช่น ความเชื่อ ความยึดหยุ่น คำแนะนำ คำสอน คำบอกเล่า สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อเรื่องราว เหตุการณ์ต่าง ๆ แตกต่างกัน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ที่บุคคลมีต่อสุขภาพประเมินจากสภาพการทำงานของร่างกายโดยรวม โดยใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเกี่ยวกับสุขภาพว่า หมายถึงอะไร บวกกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ เช่น สภาพร่างกาย ความเชื่อ คำสอน คำแนะนำ ที่ได้รับการถ่ายทอดมา แล้วประเมินว่าภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร ดังนั้นการรับรู้ภาวะ

สุขภาพ จึงเป็นการสะท้อนถึงการประเมินสุขภาพทั่วไปโดยรวม ตามความคิด ความรู้สึกของบุคคล (Speake, et al., 1989)

2.3.2 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สุขภาพ ตามความเข้าใจของคนส่วนใหญ่ หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มิใช่แต่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (WHO, 1974 cited by Pender, 1987) ตามความหมายนี้ นับว่าเป็นไปได้ยากสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความพิการต่างๆ ได้ เพราะฉะนั้นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงอาจประเมินจากระดับความเสี่ยงของอวัยวะภายในร่างกาย ร่วมกับการมีโรคหรือปราศจากโรคเป็นเกณฑ์ ดังนั้นการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นความรู้สึก ความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองจากสภาพการทำงานของร่างกาย และจิตใจโดยรวม

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถกระทำได้โดย การใช้ข้อคำถามเพียง 1-3 คำถาม แล้วให้ผู้รับบริการรายงานระดับสุขภาพด้วยตนเอง หรือการประเมินโดยใช้ข้อคำถามหลายข้อประเมินในแต่ละมิติที่ต้องการ ซึ่งการประเมินโดยใช้ข้อคำถามหลายข้อวัดในแต่ละมิติ จะมีข้อดีคือสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการได้ครบถ้วน แต่การมีข้อคำถามมากก็อาจจะทำให้ผู้ตอบสับสนและเบื่อหน่าย ส่วนการประเมินโดยใช้ข้อคำถามเพียง 1-3 ข้อ จะมีข้อเสียคือ ถ้าผู้ถูกประเมินไม่สามารถใช้กระบวนการคิด เปรียบเทียบทบทวนก็อาจจะทำให้ได้คำตอบที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ แต่จากรายงานการศึกษาของผู้วิจัยหลายการศึกษายืนยันว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามการรายงานระดับสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจากการวัดทางด้านวัตถุวิสัย (Ferraro, 1980 ; Mossey and Shapiro, 1982 ; อารมณ์ วุฒิพฤกษ์, 2531) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Kaplan and Camacho, 1983 ; Speake, et al., 1989) และสัมพันธ์กับอัตราการตาย (Mossey and Shapiro, 1982 ; Kaplan and Camacho, 1983) Ware และคณะ (1978 cited by Frank Stromborg; cited by Palank, 1991) ได้ทบทวนรายงานการศึกษา 39 รายงาน เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปสรุปว่า การรายงานระดับสุขภาพด้วยตนเอง มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ไม่มีภาวะเจ็บป่วย การวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการรายงานระดับสุขภาพตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุประเมินสภาพร่างกายโดยทั่วไป ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และความสามารถในการดำเนินชีวิตในสังคม ผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์ในชีวิตมาก มีความสามารถในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบสภาพร่างกายของตนเองได้ดี การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในครั้งนี้ จึงใช้การประเมินสุขภาพตามการรับรู้ 3 ข้อ ดังนี้ (Speake, et al., 1989)

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต หมายถึง ภาวะสุขภาพเมื่อ 6 เดือน ที่ผ่านมา ภาวะสุขภาพในอดีต เป็นประสบการณ์สำคัญในชีวิตทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และเก็บจำ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจดจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่ความจำระยะสั้นจะไม่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะหลงลืม สุขภาพเป็นเรื่องที่มีความสำคัญสำหรับชีวิต ระยะเวลา 6 เดือน เป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุสามารถทบทวนระลึกได้

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุเท่า ๆ กัน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองโดยรวม ตามสภาพการทำงานของร่างกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะมีผลให้บุคคลมีความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน Pender (1987) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความถี่และความจริงจังในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดีจะมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยและจริงจังกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี

รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ Speake และคณะ (1989) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือวิถีชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Riffle, Yoho and Sams (1989) ; Duffy (1993) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการ

บรรลุเป้าหมายในชีวิต การออกกำลังกาย การได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของไทย อารมณ วุฒิพฤกษ์ (2532) ; ขวัญใจ ตันตวิวัฒนเสถียร (2534) ; ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตและเป็นตัวพยากรณ์ที่ดี (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2533 ; ศิริวรรณ สินไชย, 2532)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำด้วยตนเองเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเรื้อรัง และชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้ เพราะฉะนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่จริงจังและต่อเนื่องเพียงใด ปัจจัยสำคัญคือ การมีมโนทัศน์ทางด้านสุขภาพที่ดีและหลากหลาย ร่วมกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนในด้านดี เพราะการมีมโนทัศน์ในเรื่องหนึ่งๆ ผู้สูงอายุจะต้องมีประสบการณ์ ความคิดเห็น ความเข้าใจ ถ้าหากมโนทัศน์ในเรื่องนั้นเป็นไปในด้านดี ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ตามหลักวิชาการ พฤติกรรมที่แสดงออกย่อมโน้มเอียงไปในด้านดี เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีมากขึ้น ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการสะท้อนการประเมินสุขภาพทั่วไป โดยรวมตามความคิดเห็นความรู้สึกของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดำเนินชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีความสุข