

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เป็นที่ยอมรับกันว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น เนื่องจากการลดลงของอัตราเกิดและอัตราตาย (Zen, 1994) จากนโยบายการควบคุมประชากรและความเจริญทางเทคโนโลยี ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขในปัจจุบัน มีผลทำให้ประชากรมีอายุยืนยาว และส่งผลให้จำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเห็นได้จากสถิติปี พ.ศ. 2523 ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีประมาณ 2.5 ล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 46.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.38 (บำรุง ศรีเป้ง, 2533) และคาดว่าอีก 10 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 6-7 ล้านคน (โครงการจัดตั้งกองบริหารงานวิจัย, 2538) และจากผลการสำรวจประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ณ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2541 (2541) พบว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 60,763,000 คน เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5,106,000 คน คิดเป็นร้อยละ 8.4 ของประชากรทั้งประเทศ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้มีความต้องการการดูแลสุขภาพพยาบาลเพิ่มขึ้น (Williams, 1992) ทั้งนี้เพราะมีหลายการศึกษาที่ระบุว่า สุขภาพนับเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งโรค ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540; นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเคล, 2539) ซึ่งความเจ็บป่วยดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติที่เป็นไปในทางที่เสื่อมลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม จากสังคมเกษตรไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ขนาดของครอบครัวมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ระบบครอบครัวที่แต่เดิมผู้สูงอายุได้รับการดูแลโดยบุคคลในครอบครัวเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ (วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน แสงวงศ์, 2533; ศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2535) ประกอบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ที่พบว่าผู้สูงอายุค่อนข้างยากจน

(นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, 2532) ทำให้ประสบกับปัญหาในเรื่องของรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องหารายได้ เช่น การรับจ้างต่างๆ แม้ว่าสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย (วิรัชสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน แสงวงศ์, 2533) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีเวลาพักผ่อนน้อยลงและไม่มีเวลาที่จะสนใจสุขภาพของตน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การบริโภคอาหารที่มีรสหวานจัดหรืออาหารที่มีไขมันมาก (สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วิมา ศิริสุข, และมัลลิกา มัติโก, 2540) ขาดการออกกำลังกาย (ดวงเดือน พันธุโยธี, 2539; ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา, 2541) การสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540; นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเคล, 2539) จากปัญหาดังกล่าว จึงสมควรที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่จะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีตามมา และเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Alfold & Putrell, 1992)

จากการประชุมขององค์การอนามัยโลก ที่กรุงฮานอย ประเทศเวียดนาม ปีค.ศ 1986 (อ้างใน หทัย ชิตานนท์, 2541, หน้า 105) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า “การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้” ซึ่งในปัจจุบัน ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและนโยบาย และวิธีการต่างๆ ที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, วสันต์ ศิลปสุวรรณ, และบุญยงค์ เกี่ยวการค้า, 2538) สำหรับประเทศไทยในอดีต นโยบายทางด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญทางด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ หรือการปลูกฝังแนวความคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน (สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) แต่ในปัจจุบันนโยบายในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544) ได้เน้นการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนทางด้านสุขภาพ โดยการเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้ทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม พยายามในฐานะที่เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข จึงควรมีส่วนร่วมในการให้บริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ควรปฏิบัติ ซึ่งวอล์คเกอร์ (S. N Walker, Personal Communication, Feb 14, 1999) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 6 กิจกรรม ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) กิจกรรมทางกาย (physical activity) การเจริญทางจิตวิญญาณ

(spiritual growth) การจัดการกับความเครียด (stress management) การบริโภคอาหาร (nutrition) และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังในการเพิ่มระดับภาวะสุขภาพ ความผาสุกและเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม (Pender, 1996) แต่ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการออกกำลังกาย (ปาลิรัตน์ พรทวีกันทา, 2541; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538) ซึ่งการจัดการที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีความรับผิดชอบต่อเอาใจใส่ในการปฏิบัติขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีแนวความคิดว่า บุคคลมีความสามารถในการที่จะเรียนรู้ ตัดสินใจแก้ปัญหาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเกิดจากกระบวนการทางสติปัญญา ในการแปลความของสมองที่เกิดจากการรับรู้จากสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคล แล้วใช้กระบวนการคิดและตัดสินใจ ตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้ออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ และเป็นแรงจูงใจของบุคคลในการแสดงพฤติกรรม

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) คือ ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) ประกอบด้วยมโนทัศน์ต่างๆ 6 มโนทัศน์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) เป็นการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (perceived barriers to action) เป็นการรับรู้ถึงอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เป็นการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการที่จะกระทำกิจกรรม ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับกิจกรรม (activity-related affect) เป็นความรู้สึกและอารมณ์ของบุคคลที่เกิดจากการทำกิจกรรม เช่นพอใจหรือไม่พอใจ อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นอิทธิพลระหว่างตนเอง และบุคคลอื่นๆในการที่จะส่งเสริมหรือขัดขวางการกระทำกิจกรรม และอิทธิพลจากสถานการณ์ (situational influences) เป็นอิทธิพลจากสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่บุคคลรับรู้ว่าจะควรกระทำหรือไม่ควรกระทำกิจกรรมนั้น ซึ่งในมโนทัศน์ทั้ง 6 มโนทัศน์นั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษามโนทัศน์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำเนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำให้เกิดขึ้นในบุคคลได้ด้วยการส่งเสริมให้บุคคลได้มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้คำแนะนำหรือชี้แนะ (หทัย จิตานนท์, 2541) ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นมโนทัศน์ที่สำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติได้โดยตรงจากการรับรู้ของบุคคล โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นก่อให้เกิดประโยชน์หรือผลดีกับตน (Ajzen & Fisbein,

1980 ย่างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ เช่น มยุรี นิรัทธราคร (2539) ได้ศึกษาถึงการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการฝากครรภ์ในเวชพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราช พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงตามด้วย ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีวัยหมักหมมประจำเดือน แต่จากผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถสรุปผลอ้างอิงมายังประชากรผู้สูงอายุได้ เนื่องจากมีความแตกต่างของลักษณะประชากร ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวถึงปัจจัยส่วนบุคคลว่า จะมีผลต่อการรับรู้และการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ในวัยสูงอายุ สถิติปัญญาและความสามารถในการรับรู้จะมีความแตกต่างจากวัยอื่น จากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ทำให้สถิติปัญญาด้านความสามารถในการเชื่อมโยง การให้เหตุผลหรือสรุปเรื่องลดลง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) ร่วมกับการรับรู้โดยประสาทสัมผัส (sensory) เช่น การได้ยิน การมองเห็น ลดลง ส่งผลให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการแปลความบกพร่องไป (Heckheimer, 1989) ซึ่งอาจมีผลทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากบุคคลในวัยอื่นๆ ได้ แต่ทั้งนี้จากการศึกษาของกาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ โดยผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ประโยชน์สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงตามไปด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวแปรด้านการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่การศึกษาดังกล่าวมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงใช้กับผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากเครื่องมือประเมินการรับรู้ประโยชน์เป็นการประเมินประโยชน์ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ในผู้สูงอายุทั่วไป ได้มีการศึกษาในพฤติกรรมเฉพาะด้าน เช่นการออกกำลังกาย โจนส์และไนส์ (Jones & Nies, 1996) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย กับพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุหญิงชาวอัฟริกันอเมริกันจำนวน 30 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์การออกกำลังกายสูงจะมีพฤติกรรมออกกำลังกายดี แต่ในการศึกษาของดวงเดือน พันธุโยธี (2539) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายสูงแต่มีพฤติกรรมออกกำลังกายต่ำ เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างสองตัวแปร ซึ่งในการศึกษาเพียงพฤติกรรมเฉพาะด้าน อาจไม่สามารถบอกได้ว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะต้องประกอบด้วยกิจกรรมหลายๆด้านประกอบกัน

(Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ดังนั้น จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า มโนทัศน์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ยังคงต้องการการศึกษาเพิ่มเติมในผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นอกจากปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมแล้ว เพนเดอร์ (Pender, 1996) ยังได้กล่าวถึงลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) เช่น อายุ เพศ ปัจจัยทางจิตวิทยา (psychological factors) เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factors) เช่น วัฒนธรรม เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้โดยตรง สำหรับปัจจัยทางชีวภาพที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมพบว่า เพศ จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม (Palank, 1991) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างของอินทรีย์หรือฮอร์โมนเพศ โดยเพศชายจะมีโครงสร้างของร่างกายที่แข็งแรง มีลักษณะของความก้าวร้าว ความเชื่อมั่นในตนเองสูง ในขณะที่เพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบางกว่า มีลักษณะของความอ่อนไหวและอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Schaffer, 1981) เพศชายจึงมีพฤติกรรมในด้านใช้กำลังและการแข่งขัน เช่น การเล่นกีฬา การออกกำลังกาย มากกว่าเพศหญิง (จันทร์เพ็ญ ฐประภาวรณ, 2540) ส่วนในเพศหญิงจะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น การดูแลร่างกายของตนเอง การรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย (Fuller, Edwards, Sermisri, & Vorankitphokatorn, 1993) ด้านอายุพบว่า เมื่ออายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพของผู้สูงอายุมีทิศทางไปในทางที่เสื่อมลง การทำหน้าที่ของเซลล์และอวัยวะต่างๆ ลดลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นไปได้ได้น้อยกว่าในวัยหนุ่มสาว ทำให้มีพฤติกรรมบางอย่างลดน้อยลงตามไปด้วย เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การออกกำลังกาย แต่ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น เนื่องจากมีปัญหาทางด้านสุขภาพมากขึ้นและต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว (Walker, Volkan, Sechrist, & Pender, 1988) สำหรับปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมในเรื่องของสถานภาพสมรส พบว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีแนวโน้มในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว (Arber & Ginn, 1995) ซึ่งการมีคู่สมรสแสดงให้เห็นถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งในเรื่องของการสนับสนุนทางอารมณ์และทางด้านข้อมูลข่าวสาร ที่จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล (Muhlenkamp & Sayles, 1986) ส่วนในเรื่องของการศึกษา การศึกษาจะทำให้เกิดสติปัญญา มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ส่งผลให้บุคคลมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปในทางที่ดี (Walker et al., 1988) ในขณะเดียวกัน ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสในการประกอบอาชีพที่ทำให้มีรายได้สูงตามไปด้วย ซึ่งทั้งนี้ ผู้ที่มีรายได้สูงจะเป็นผู้ที่มีอำนาจในการ

แสวงหาในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่า การใช้แหล่งบริการทางสุขภาพ ได้มากกว่าผู้มีรายได้น้อย (Pender, 1987) รายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (Walker et al., 1988) ปัจจัยส่วนบุคคลนอกจากมีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ยังได้แสดงถึงความสัมพันธ์ทางอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม เพนเดอร์ (Pender, 1996) ไม่ได้อธิบายถึงลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงลักษณะความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะช่วยอธิบายการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

จังหวัดนครสวรรค์ เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ จากจำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ 2539 มีจำนวนร้อยละ 9.43 ของประชากร (สำนักงานสถิติจังหวัดนครสวรรค์, 2540) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.73 ในปี พ.ศ 2540 (สำนักงานสถิติจังหวัด นครสวรรค์, 2541) และจากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสมาคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน (นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2534) นอกจากนี้ สาเหตุการตายที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุมาจาก โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานสถิติจังหวัดนครสวรรค์, 2541) ซึ่งความเจ็บป่วยและการตายจากโรคดังกล่าว มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกับการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา (วินัส ลิฬหกุล, 2539) วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการออกกำลังกาย แต่ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้สูงอายุที่อยู่ในสมาคมผู้สูงอายุเท่านั้น จึงอาจทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีและอ้างอิงผลการศึกษาไปยังผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ได้ ผู้วิจัยในฐานะเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในจังหวัดนครสวรรค์ จึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ และเลือกศึกษาตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. ศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 200 ราย ในระหว่าง เดือนเมษายน พ.ศ 2542 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ 2542

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะของประชากรผู้สูงอายุแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ เพศ อายุ และปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับผลดีหรือประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือนิสัยการดำเนินชีวิตของบุคคลที่ปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน โดยมีผลต่อสุขภาพทางด้านบวก ประเมินจากแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyle Profile II) (S. N. Walker, Personal Communication, January 13, 1999) ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 กิจกรรม คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การเจริญทางจิตวิญญาณ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และการบริโภคอาหาร

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์