



พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

มหาวิทยาลัยศิลปากร โดย สงวนลิขสิทธิ์

นางสาวทัศนาวดี เมย์ไธสง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

โดย

นางสาวทัศนาวดี เมย์ไธสง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

**HEALTH-CARE BEHAVIOR AMONG THE MIDDLE – AGE PEOPLE IN AMPHOE
SAI YOK, CHANGWAT KANCHANABURI**

By

Thussanawadi Mueithaisong

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF ARTS

Department of Psychology and Guidance

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2008

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี” เสนอโดย นางสาวทัศนาวดี เมย์ไชสง
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริชัย ชินะตั้งกูร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล พยอมแย้ม
2. รองศาสตราจารย์ลิจิต กาญจนารักษ์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลฉวี ประเสริฐสุข

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมทรัพย์ สุขอนันต์)

...../...../.....

..... กรรมการ

(ดร.ธีรนนท์ วรรณศิริ)

...../...../.....

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล พยอมแย้ม)

...../...../.....

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ลิจิต กาญจนารักษ์)

...../...../.....

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลฉวี ประเสริฐสุข)

...../...../.....

48256304 : สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน

คำสำคัญ : พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง/ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง/ ความเชื่อด้านสุขภาพ/
การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทัศนาวดี เมย์ไชสง : พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี.อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รศ.ดร.สุรพล พยอมแย้ม, รศ.ลิขิต กาญจนภรณ์ และผศ.ดร.นวลฉวี ประเสริฐสุข. 138 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา1) ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้คือ ผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี 375 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายชั้นตอน (Multi Stage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) การทดสอบค่าที (t – test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - way ANOVA) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ใหญ่วัยกลางคนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีความเชื่อด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก
2. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มิมีเพศ และการมีโรคประจำตัวต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มิมีระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ และดัชนีมวลกายต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน
3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ร้อยละ 29.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2551

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 1. 2. 3.

48256304 : MAJOR : COMMUNITY PSYCHOLOGY

KEY WORD : HEALTH-CARE BEHAVIOR / KNOWLEDGE IN HEALTH / HEALTH BELIEF / SELF -EFFICACY

THUSSANAWADI MUEITHAISONG : HEALTH-CARE BEHAVIOR AMONG THE MIDDLE - AGE PEOPLE IN AMPHOE SAIYOK, CHANGWAT KANCHANABURI. THESIS ADVISORS : ASSOC. PROF. SURAPOL PAYOMYAM, Ph.D., ASSOC. PROF. LIKHIT KARNCHANAPORN, ASST. PROF. NUANCHAVEE PRASERTSUK , Ph.D. 138 pp.

The purposes of this research were 1)to study level of health-care behavior, knowledge of health, health belief, self-efficacy of the middle-age people 2) to compare health-care behavior of middle-age people as classified by sex, educational levels, occupations, income levels, Body Mass Index (BMI) and personal past illness and 3)to determine knowledge of health, health belief, self-efficacy as predictors of health-care behavior. Samples were 375 middle-age people from Amphoe Saiyok, Changwat Kanchanaburi, derived by a Multi Stage Random Sampling. Constructed questionnaires were used to collect data. The data were analyzed by means of percentage(%), mean (\bar{x}), standard deviation(S.D.), t-test,One-way ANOVA and the Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results of this research were:

1. The middle-age people's health-care behavior, knowledge of health were at the moderate level and health belief, self-efficacy were at the high level.
2. Health-care behavior of middle-age people as classified by sex and personal past illness were significantly different at a statistical level of .05. However, health-care behavior of middle-age people as classified by educational levels, occupations, income levels and Body Mass Index (BMI) were not significantly different.
3. Self-efficacy predicted health-care behavior of the middle-age people at the percentage of 29.6, with statistical significance at .001.

Department of Psychology and Guidance, Graduate School, Silpakorn University Academic Year 2008

Student's signature

Thesis Advisors' signature 1. 2. 3.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพล พยอมแย้ม อาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความกรุณาและปรารถนาดีต่อผู้วิจัย โดยให้คำแนะนำ ปรึกษาช่วยเหลือมาโดยตลอด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ลิจิต กาญจนารมณ์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นवलวิ ประเสริฐสุข ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมทรัพย์ สุขอนันต์ ประธานกรรมการตรวจวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ด้วยไมตรีจิต อดทน ช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ และกรุณาตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ด้วยดี ตลอดจนคณาจารย์ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ อบรมสั่งสอน ตลอดหลักสูตรการศึกษา รวมทั้งเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือต่อผู้วิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ. ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ดร. ชรินทร์ วรรณศิริ พยาบาลวิชาชีพ 8 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณาแก่ผู้วิจัยในการให้คำปรึกษา และตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง ต่างๆในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ. ที่นี้
ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไทรโยค หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และเพื่อนพี่น้องในโรงพยาบาลไทรโยคที่ให้โอกาสผู้วิจัยทำงานและ ศึกษาศึกษาต่อภาคพิเศษไปพร้อมๆกัน

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทุกท่านในอำเภอไทรโยคที่ช่วยอำนวยความสะดวกและมีส่วนร่วมในการช่วยเก็บข้อมูล เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณคุณพ่อวนิช เมยไธสง ที่เป็นแรงบันดาลใจ ขอขอบพระคุณคุณแม่รัตนา เมยไธสงที่อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยมีโอกาสดีในชีวิต ร่วมรับรู้ปัญหาช่วยแก้ไขและเป็นกำลังใจ ตลอดการศึกษา

ขอบคุณเพื่อนๆสาขาจิตวิทยาชุมชน(ภาคพิเศษ) รุ่น5 และเพื่อนสนิทที่ร่วมรับฟังปัญหา ช่วยเหลือ ห่วงใย เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ที่พึงเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอบูชาพระคุณบิดามารดา และคณาจารย์ทุกท่านที่ให้โอกาสและมอบสิ่งดีๆ ให้ ทำให้ผู้วิจัยพบกับความสำเร็จที่มุ่งหวัง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
ปัญหาการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
คำนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน	11
ลักษณะประจำวัยของผู้ใหญ่วัยกลางคน	11
ความหมายของผู้ใหญ่วัยกลางคน	11
พัฒนาการทางด้านร่างกายประจำวัยของผู้ใหญ่วัยกลางคน	12
การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย	12
การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์	13
การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม	14
พัฒนาการตามวัยของหญิง.....	14
อาการต่างๆของสตรีวัยหมดประจำเดือน	15
พัฒนาการตามวัยของชาย	16

บทที่	หน้า
แนวทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	19
ความหมายของการดูแลตนเอง	20
ทฤษฎีการดูแลตนเอง.....	20
นโยบายและมาตรการ 6 อ. เพื่อการสร้างสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข.....	25
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน.....	27
อาหาร	28
ออกกำลังกาย.....	31
อารมณ์	35
อนามัยสิ่งแวดล้อม	38
โรคภัย	39
อบายมุข	40
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ใหญ่วัยกลางคน	45
แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลตนเอง	54
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้.....	54
งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	55
แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ	56
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ	56
งานวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ	62
แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ..	64
แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง	64
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	68
กรอบแนวคิดการวิจัย	71
3 วิธีดำเนินการวิจัย	72
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง	72
ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	74

บทที่	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	76
การสร้างและการพัฒนาเครื่องมือ	78
การเก็บรวบรวมข้อมูล	80
การวิเคราะห์ข้อมูล	80
4 การวิเคราะห์ข้อมูล	83
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	85
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้าน สุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ วัยกลางคน.....	87
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลาง คน จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ	88
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การถอดยพหุคูณของตัวแปรอิสระ ความรู้ในการดูแล สุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของ ตนเองที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่ วัยกลางคน	93
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	95
สรุปผลการวิจัย	95
การอภิปรายผล	97
ข้อเสนอแนะการวิจัย	107
บรรณานุกรม	109
ภาคผนวก	116
ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	117
ภาคผนวก ข จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อ	130
ประวัติผู้วิจัย.....	138

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ตารางแสดงปริมาณอาหารที่แนะนำสำหรับผู้ที่ต้องการพลังงานที่เหมาะสม ในแต่ละวัย	31
2	ตัวอย่างกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางร่างกายที่ทำให้มีการเผาผลาญ พลังงาน 150 แคลอรีต่อครั้ง	34
3	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ใหญ่วัยกลางคนอายุระหว่าง 40 - 60 ปี อ.ไทรโยค จ. กาญจนบุรี	73
4	แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ..	85
5	แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่จัดกลุ่มใหม่ ..	86
6	แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของความรู้ในการดูแล สุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี	87
7	แสดงการวิเคราะห์ค่าระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี	88
8	ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน จำแนกตามเพศ	88
9	แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน จำแนกตามการมีโรคประจำตัว	89
10	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมดูแล สุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามระดับการศึกษา	89
11	แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน จำแนกตามระดับการศึกษา	90
12	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมดูแล สุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามอาชีพ	90
13	แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน จำแนกตามอาชีพ	91

ตารางที่	หน้า
14	แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน จำแนกตามรายได้ประจำ..... 91
15	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ กลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามดัชนีมวลกาย..... 92
16	ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน จำแนกตามดัชนีมวลกาย..... 92
17	แสดงการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลสุขภาพ ตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน..... 93
18	แสดงการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน..... 94
19	แสดงค่าเฉลี่ย จำนวน และร้อยละของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนเป็นรายข้อ..... 131
20	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี 132
21	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี..... 134
22	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับของพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี 136

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ใหญ่วัยกลางคน อยู่ช่วงกลางระหว่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับวัยสูงอายุ เป็นช่วงวัยหนึ่งของชีวิตที่มีความสำคัญและควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากอยู่ในระยะเปลี่ยนวัยจากความเป็นหนุ่มสาวเข้าสู่วัยแรกเริ่มสูงอายุที่เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อทางร่างกายเพื่อเข้าสู่วัยชรา อวัยวะต่างๆของร่างกายเริ่มเสื่อมลงและทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่ากับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สมรรถภาพกล้ามเนื้อและการหายใจลดลง หัวใจและหลอดเลือดทำงานหนักขึ้นแต่ประสิทธิภาพในการทำงานต่ำทำให้เหนื่อยง่าย ระบบประสาทเสื่อมทำให้สติปัญญาลดลง อารมณ์แปรปรวน เพราะเป็นช่วงชีวิตที่สับสนทั้งด้านครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม (ศรีเรือน แก้วกังวาล 2549 : 472) ทำให้เกิดความเครียดสูง มีเวลาใส่ใจกับตัวเอง และสุขภาพน้อยลง ผู้ใหญ่วัยกลางคนจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ อันได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน และโรคการเสื่อมของกระดูกทำให้เกิดโรคกระดูกบาง กระดูกพรุน (เสวก วีระเกียรติและคณะ 2548 : 357) ในโลกปัจจุบันพบว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรยืนยาวมากขึ้นโดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้วในปี ค.ศ.1996 องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณอายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลกในปี ค.ศ.2050 สำหรับเพศหญิงจะมีอายุ 79.3 ปี เพศชายจะมีอายุ 74.4 ปี จากที่ประชากรโลกมีอายุเฉลี่ยประมาณ 46.5 ปีเมื่อ 50 ปี ที่ผ่านมาและอายุ 65.6 ปี เมื่อปี 2000 และคาดว่าในปี ค.ศ. 2050 อายุขัยเฉลี่ยประมาณ 76.6 ปี สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันอายุขัยเฉลี่ยของเพศหญิงประมาณ 74.7 ปี และของเพศชายประมาณ 70.2 ปี จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ของประชากรในประเทศ ในปี 1992 เป็นร้อยละ 8.8 ในปี ค.ศ. 2002 (เสวก วีระเกียรติและคณะ 2548 : 350-357)

จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลของศาสตราจารย์แพทย์หญิงอรุณา เทพพิสัย (เสวก วีระเกียรติและคณะ 2548:350-357) ในสตรีวัยทองจำนวน 2,330 คน สอดคล้องกับการศึกษาของศาสตราจารย์นายแพทย์หะทัย เทพพิสัย ที่ศึกษาในคลินิกชายวัยทอง โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 1,240คน พบว่าปัญหาในหญิงและชายวัยกลางคนและผู้สูงอายุ จะพบปัญหาทางอายุรกรรมค่อนข้างมาก ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูงโดยพบเป็นอันดับ 1

โรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 2 โรคอ้วน โรคข้ออักเสบ และโรคเบาหวาน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า 5 อันดับแรกของโรคทางอายุรกรรมเกิดจากภาวะโภชนาการและขาดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายไม่เพียงพอ ภาครัฐจึงจำเป็นต้องวางแผนรองรับปัญหาทางสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อมิให้เกิดโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ถ้ามีการดูแลรักษาสุขภาพ การให้ความรู้ ความเข้าใจหญิงชายวัยกลางคนแต่เนิ่นๆ เพื่อเป็นการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรค รวมทั้งการรักษาโรคที่เกิด เพื่อไม่ให้มีความรุนแรงจนนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพปราศจากคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นจุดประสงค์หลักของการดูแลสุขภาพในชายหญิงวัยกลางคน

สถานการณ์สาธารณสุขในประเทศไทย(กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2549 : 1) เป็นปัญหาเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ การคมนาคม และการพัฒนาเทคโนโลยี มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อสู่โรคไม่ติดต่อ ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อในคนไทยอายุ 15 - 74 ปี พ.ศ.2548 พบพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญ 5 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคนไทย คือ รับประทานผักและผลไม้ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 89.85 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 41.29 มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 37.44 มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 22.25 มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 16.14 และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังร้อยละ 97.1 พบเพศชายมีความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ส่งผลให้ปัญหาโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบสาธารณสุขไทยจากการประมาณการณ์ 2 ใน 3 หรือร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตในปัจจุบันมีสาเหตุจากโรคหัวใจ และ โรคหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งต่างๆ โรคความดันโลหิตสูงและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การจราจรส่งผลทำให้เกิดการป่วย การเสียชีวิต และความพิการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการดำเนินชีวิตทั้งระดับบุคคล ชุมชน และสังคม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : 2550)

ข้อมูลจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พบว่าอุบัติการณ์ปี 2546 มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจสูงเป็นอันดับหนึ่ง คือมีอุบัติการณ์สูงถึง 451.45 ต่อแสนประชากร โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง มีอุบัติการณ์ 389.83, 380.75, 101.67 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ ล้วนเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ เช่น ความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา สิ่งมีนเมา สารเสพติด รวมทั้งเกิดจากความเครียด และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งแบบแผนการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้คนไทยเสียชีวิตจากการกินไม่ถูกต้องเหมาะสม

ในปี 2547 ถึง 61,320 ราย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้กำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นนโยบายด้านสังคม “การพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุมทั้งมิติกาย จิต สังคม และปัญญา โดยการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เน้นการมีส่วนร่วม และพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้งยามปกติและฉุกเฉินที่สมดุลทั้งการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การบริการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพทั่วถึงเป็นธรรม และจะเสนอให้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพ” (สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย 2550 : 28-33) นโยบายที่เห็นเป็นรูปธรรมปี 2550ของกระทรวงสาธารณสุขเองก็คือนโยบายพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมานาน 30 ปี ให้มีความเชี่ยวชาญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นการทำงานเชิงรุก สามารถถ่ายทอดความรู้การดูแลสุขภาพรายบุคคล ดูแลความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงสุขภาพสังคม และประเทศได้ เพื่อลดปัญหาและลดจำนวนการเจ็บป่วยของประชาชน โดยโรคที่คาดว่าจะก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพรุนแรงทั้งไทยและทั่วโลกใน 30 ปีจากนี้ไป ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ซึ่งโรคเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมการกินอยู่ที่ไม่ถูกต้องทำให้อ้วนและก่อให้เกิดปัญหาตามมา

การดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญ เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคลริเริ่มกระทำที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง (Orem 1991, อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2544 : 22) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขข้างต้นที่ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองของประชาชน โดยมีอสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนในการให้คำแนะนำเรื่องความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในชาติมีสุขภาพดี ป็นประชาชนของชาติที่มีคุณภาพและก้าวสู่วัยชราที่มีสุขภาพที่ดีลดภาระในการสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาโรคเรื้อรัง โจเซฟ กล่าวว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ทศนคติ แรงจูงใจและความเชื่อกล่าวคือสิ่งที่ประชาชนมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองจะให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น ความรู้ในการดูแลตนเอง น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ของบุคคล แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจที่จะสามารถส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม เพราะความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังอยู่ในความคิดความเข้าใจซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่ มีเหตุผลก็ตาม โดยเมื่อผู้ใหญ่วัยกลางคนมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลพฤติกรรมตนเองอย่างไร

ผู้ใหญ่วัยกลางคนจะแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อดังกล่าว ทั้งๆที่ความเชื่อนั้นจะถูกตั้งตามข้อเท็จจริงหรือไม่ก็ตาม สอดคล้องกับแดมรอส (Damrosch 1991, อ้างถึงใน รัชนิย์ ไกรยศรี 2543 : 4) ที่กล่าวว่าความเชื่อเป็นปัจจัยที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) ซึ่งแนวคิดนี้กล่าวว่า มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และลดอันตรายจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมต่างๆ ทั้งนี้ เพราะความเชื่อมีผลต่อความต้องการของบุคคลในการยอมรับการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อรักษาโรค ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพ ก็น่าจะเป็นตัวสนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน นอกจากนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ด้วยความสามารถตนเอง น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามดูแลตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตนตั้งไว้ โดยแบนดูรา (Babdura 1997, อ้างถึงใน เอมอร์ โพธิ์ประสิทธิ์ 2548 : 36) ได้กล่าวว่า ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำไปแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามดังกล่าว ซึ่งจากการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender 1987, อ้างถึงใน เบนจามาต เจริญสุข 2541 : 4) พบว่า อิทธิพลโดยตรงและเป็นตัวอธิบายความแปรปรวนที่สำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ ปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแลมเบิร์ตและแลมเบิร์ต (Lambert and Lambert 1979, อ้างถึงใน เบนจามาต เจริญสุข 2541 : 4) กล่าวว่า วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะมากขึ้นยอมรับและรับผิดชอบการกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี และเป็นผู้ที่มีการศึกษาสูง สามารถเข้าใจในสิ่งต่างๆที่เรียนรู้ได้มากมีการตัดสินใจที่ดี ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม

อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี เป็นอำเภอที่มีประชากรวัยทำงานประกอบอาชีพหลากหลายทั้งเกษตรกร ค้าขาย รับจ้าง และรับราชการ ซึ่งพบว่าที่ผ่านมาประชากรกลุ่มนี้มีข้อมูลของสาธารณสุขอำเภอไทรโยคพบว่า สาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อในปี 2550 ที่ผ่านมา 5 อันดับแรกของอำเภอ ไทรโยค คือโรคหัวใจและหลอดเลือดคิดเป็น 59.02 ต่อแสนประชากร โรคปอดและถุงลมคิดเป็น 23.19 ต่อแสนประชากร โรคมะเร็งคิดเป็น 18.97 ต่อแสนประชากร โรคตับแข็งคิดเป็น 10.54 ต่อแสนประชากร และโรคเบาหวานคิดเป็น 2.11

ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราส่วนที่เสียชีวิตด้วยการชราภาพและโรคติดเชื้ออื่นๆ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรโยค 2550 : 5) จากการศึกษาข้อมูลจะพบว่าอัตราตายด้วยโรคไม่ติดเชื้อมากขึ้นกว่าทุกๆปีที่ผ่านมา ส่วนอัตราการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไทรโยค โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะมณีนีเขต และสถานีอนามัยในเขตอำเภอไทรโยค พบว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ 5 อันดับแรก คือ โรคระบบหายใจ เช่น โรคหอบหืด และถุงลมโป่งพอง, โรคระบบการไหลเวียนเลือด เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง, โรคระบบย่อยอาหาร, โรคระบบกล้ามเนื้อ โภชนาการและการเผาผลาญพลังงาน และโรคระบบต่อมไร้ท่อ เช่น โรคเบาหวาน และกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยและเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนและผู้สูงอายุ สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตอำเภอไทรโยคจึงมีนโยบายให้ผู้ใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไปทุกคนและกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น คนอ้วน คนมีประวัติในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง คีมีสุรา สูบบุหรี่ ต้องได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงโดยการตรวจวัดความดันโลหิต และตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และต้องได้รับคำแนะนำ หรือตรวจรักษาก่อนที่จะป่วยเป็นโรคอย่างถาวร

จนนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ที่อาจทำให้ทุพพลภาพหรือเสียชีวิต

เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และสนองนโยบายชาติที่มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาวะของประชาชน ให้ครอบคลุมทั้งมิติกาย จิต สังคม และปัญญา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา พฤติกรรมดูแลตนเองสุขภาพตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุขในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี ในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี เนื่องจากเห็นว่าเป็นช่วงวัยเชื่อมต่อก่อนที่จะเป็นผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพตนเองให้คืออยู่เสมอ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงต่างๆเพื่อมีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะจะช่วยชะลอการเสื่อมถอยของร่างกายและส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยศึกษาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลที่เอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมดูแลตนเองได้แก่เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว ซึ่งคาดว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ให้กับผู้ใหญ่วัยกลางคนและวัยอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

ปัญหาการวิจัย

1. ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนอยู่ในระดับใด
2. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
3. ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีรายได้ประจำ ต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีดัชนีมวลกายต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
7. ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่ วัยกลางคนในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนอายุระหว่าง40-60ปีที่มีทะเบียน บ้านและอาศัยอยู่ในเขตอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 7 ตำบล จำนวน 13,520 คน

2. ขอบเขตกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนอายุระหว่าง 40-60 ปี ที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 7 ตำบล และใช้การ สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Random Sampling) ซึ่งการวิจัยนี้ผู้วิจัยกำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 375 คน โดยการเปิดตารางสุ่มของเครจซี่ และมอร์แกน(Krejcie and Morgan, อ้างถึงใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2543:303) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ซึ่งยอมให้เกิด ความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5

3. ขอบเขตด้านตัวแปร

3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่

3.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ

ตัวนี้มีวลกาย และการมีโรคประจำตัว

3.1.2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

3.1.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

3.2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ใหญ่วัยกลางคน หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่างอายุ 40-60 ปี ที่มีทะเบียนบ้านและ อาศัยประจำอยู่ในเขตอำเภอ ไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

2. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายในการ ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของผู้ใหญ่วัยกลางคน เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ปราศจากการเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นการกระทำจนเป็น แบบแผนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยมาตรการ 6 อ. ดังนี้

2.1 อาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ วันละ 3 มื้อ เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีกากใย หลีกเลียงอาหารที่มีรสหวานจัดหรือเค็มจัด ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันมาก รับประทาน อาหารที่สะอาดปราศจากสารปนเปื้อน

2.2 ออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่ แสดงออกถึงการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกายเพื่อให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีกิจกรรม เคลื่อนไหว โดยใช้กล้ามเนื้อสำหรับเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยสม่ำเสมอตาม ความสามารถของแต่ละบุคคลและเหมาะสมตามวัย ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจสมบูรณ์แข็งแรง แบ่งออกเป็น 2 แบบ

2.2.1. การออกกำลังกายแบบมีแบบแผน หมายถึง วิธีการ หรือการกระทำ กิจกรรมต่างๆ ของผู้ใหญ่วัยกลางคนให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงาน และทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายมีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง โดยมีรูปแบบการปฏิบัติและกติกา ที่ไม่ใช่การแข่งขัน เช่น การเดินแอโรบิค เดินเร็ว วิ่งเหยาะ หรือเล่นกีฬาต่างๆ ที่ไม่ใช่การแข่งขันซึ่งประเมินการ ออกกำลังกายจากเหนื่อยและมีเหงื่อออกมาก หายใจแรงและลึก หรือรู้สึกหัวใจเต้นแรงและเร็ว กว่าปกติ โดยออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

2.2.2. การออกกำลังกายแบบในวิถีชีวิตประจำวัน หมายถึง การกระทำกิจกรรม ต่างๆ ของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่ทำให้อวัยวะของร่างกายมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น โดยไม่มีรูปแบบ ที่ชัดเจนแต่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในการทำงานต่างๆ เช่น การประกอบอาชีพ ทำงานบ้าน งานอดิเรก การทำไร่ทำนา ขุดดิน ถางหญ้า การเดินทาง โดยการขี่จักรยานและ การเดิน เป็นต้น

2.3 อารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ใหญ่วัยกลางคนได้กระทำกิจกรรม เพื่อผ่อนคลาย ความเครียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและการแสดงออกทางอารมณ์ที่ถูกต้องเมื่อมี เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลไม่สบายใจ โดยการค้นหาสาเหตุและพยายามแก้ไขที่ สาเหตุนั้นเมื่อเกิดความเครียด และมีการระบายความเครียดที่เหมาะสม เช่น ปรึกษากับผู้ใกล้ชิด หรือผู้รู้ และทำงานอดิเรกคลายเครียด เป็นต้น

2.4 อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การที่ผู้ใหญ่วัยกลางคนได้อยู่อาศัย และทำงาน ในสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สร้างหรือพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ สะอาด ปลอดภัย โดยเริ่มที่บ้าน สถานที่ทำงาน และชุมชน

2.5 โรคภัยหรือการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ใหญ่วัยกลางคนใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เจ็บป่วย โดยการตรวจสุขภาพ

ประจำปี ซึ่งประกอบด้วย การตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อค้นหาความผิดปกติเบื้องต้น

2.6 อบรมฯ หมายถึง การที่ผู้ใหญ่วัยกลางคนหลีกเลี่ยงหรือ ลด ละเลิกจากสารเสพติดที่ทำลายสุขภาพ การเล่นเกมพนัน และการสำส่อนทางเพศ

3. ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง ความเข้าใจตามข้อเท็จจริงที่เกิดจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ของผู้ใหญ่วัยกลางคนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามมาตรการ 6 ข้อของผู้ใหญ่วัยกลางคนในการเปลี่ยนแปลงช่วงวัยทองที่มีผลต่อระบบต่างๆของร่างกาย จิตใจ และความสามารถทางกายในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน

4. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิดหรือความเข้าใจของผู้ใหญ่วัยกลางคนเกี่ยวกับวิธีการ หรือแบบแผนในการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เพื่อการดูแลและป้องกันสุขภาพของผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยประเมินตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออก 3 ด้านได้แก่

4.1 ความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ผู้ใหญ่วัยกลางคนคิดและเข้าใจว่าวัยตนเองมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางสุขภาพต่างๆได้ ทำให้เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และมีการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี

4.2 ความเชื่อในความรุนแรงจากการเกิดโรค หมายถึง ความคิดความเข้าใจของผู้ใหญ่วัยกลางคนถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย ว่าถ้าหากตนเองเกิดโรคจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย การตายหรือมีผลกระทบต่อครอบครัว หน้าที่การงานและสังคม ทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองและการดูแลสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดี

4.3 ความเชื่อในประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ใหญ่วัยกลางคนสามารถประเมินคุณค่าที่จะได้รับจากการปฏิบัติ และสิ่งขัดขวางต่อการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ เช่น การใส่ใจดูแลสุขภาพดีจะมีผลให้สุขภาพดี ถ้าไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพจะทำให้สุขภาพไม่ดี และส่งผลให้เลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม

5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความมั่นใจของผู้ใหญ่วัยกลางคนว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมต่างๆในการดูแลสุขภาพเพื่อ การมีสุขภาพที่ดีได้สำเร็จ

6. โรคประจำตัว หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีลักษณะอาการโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ต้องเข้ารับการรักษาโดยแพทย์และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในจำนวน 5 โรคซึ่งในขณะนี้อาจได้รับการรักษาอยู่หรือไม่ได้รับการรักษาก็ได้ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคหอบหืด โดยแบ่งเป็น

6.1. มีโรคประจำตัว

6.2. ไม่มีโรคประจำตัว

7. ดัชนีมวลกาย หมายถึง มวลกายหรือ ดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการที่ใช้ในการประเมิน ภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกินในผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยการชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง และนำมาคำนวณตามเกณฑ์มาตรฐานของอโดลฟี (Adolphe Quetelet อ้างถึงใน กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: 2552) โดยแบ่งเป็น

7.1. ผอม หมายถึง ดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18.4

7.2. สมส่วน หมายถึง ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 - 24.9

7.3. น้ำหนักเกิน หมายถึง ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25 - 29.9

7.4. เป็นโรคอ้วน หมายถึง ดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 30

8. รายได้ประจำ หมายถึง รายได้จากอาชีพประจำของครอบครัว เป็นจำนวนเงินที่ ได้แต่ละเดือนของผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยแบ่งเป็น

8.1. พอเพียง หมายถึง มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน แต่ไม่มีเหลือ

เก็บ

8.2. พอเพียงเหลือเก็บ หมายถึง มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายและยังมีเหลือเก็บ

8.3. ไม่พอเพียง หมายถึง มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน

9. อาชีพ หมายถึง ลักษณะงานที่ผู้ใหญ่วัยกลางคนทำประจำและได้ค่าตอบแทนเป็น รายได้โดยแบ่งเป็น

9.1. เกษตรกรรม

9.2. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว

9.3. รับจ้างทั่วไป

9.4. ข้าราชการ / พนักงานรับเงินเดือน

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงแนวคิดและวิธีปฏิบัติของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตอำเภอไทรโยค เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และนำมาประยุกต์ใช้ในการจัด โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ใหญ่วัย กลางคนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ทำให้ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน และสามารถให้การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมแทรกแซงเพื่อส่งเสริม ป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆได้

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง“พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี” ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

1.1 ลักษณะประจำวัยของผู้ใหญ่วัยกลางคน

พัฒนาการตามวัยของหญิง

พัฒนาการตามวัยของชาย

1.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

1.3 นโยบายและมาตรการ 6 อ.เพื่อการสร้างสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ตามตัวชี้วัดปี2548

1.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและผู้ใหญ่วัยกลางคน

1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ

ผู้ใหญ่วัยกลางคน

2.แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

3.แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ

4.แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

1. แนวคิดทฤษฎีและการวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

1.1 ลักษณะประจำวัยของผู้ใหญ่วัยกลางคน

ความหมายของผู้ใหญ่วัยกลางคน

ผู้ใหญ่วัยกลางคนเป็นวัยที่อยู่ช่วงกลางระหว่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับวัยผู้สูงอายุมักเป็นคนวัยทำงานซึ่งมีความรับผิดชอบต่อความเจริญและความเสื่อมของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ มีผู้ที่ให้ความหมายของผู้ใหญ่วัยกลางคนไว้ ดังนี้

แสงจันทร์ ทองมาก (2541: 5) ผู้ใหญ่วัยกลางคน หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ผู้ใหญ่วัยกลางคนเป็นช่วงของชีวิตที่ผ่านความเป็นผู้ใหญ่มานานพอสมควรส่วนใหญ่

มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อม ซึ่งมีผลกระทบต่อลักษณะอารมณ์ในระยะนี้ บุคคลจะเริ่มประเมินผลการดำเนินชีวิตในช่วงที่ผ่านมาในด้านต่างๆจึงเรียกระยะนี้ว่า ระยะทดสอบ

สุภา อินทร(2546: 15) กล่าวว่าผู้ใหญ่วัยกลางคน หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 40-59 ปี เป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านร่างกาย เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ส่งผลกระทบต่อลักษณะอารมณ์ เป็นวัยที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤติทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

ศรีเรือน แก้วกังวาน(2549: 472) กล่าวว่า วัยกลางคนอยู่ช่วงระหว่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้นกับวัยสูงอายุ นิยามกำหนดว่าอยู่ระหว่างอายุ 40 ถึง 65 ปี เป็นวัยที่อยู่ในระยะเปลี่ยนจากความเป็นหนุ่มสาวเข้าสู่วัยแรกเริ่มสูงอายุ เป็นวัยทำงานซึ่งมีความรับผิดชอบต่อความเจริญและความเสื่อมของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

พัฒนาการทางด้านร่างกายประจำวัยของผู้ใหญ่วัยกลางคน

วัยกลางคนเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทางที่เสื่อมลงเรื่อยๆจนเข้าสู่วัยชราที่ร่างกายมีความเสื่อมอย่างแท้จริง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ย่อมทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยกลางคนจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ (แสงจันทร์ ทองมาก 2541: 5-7, สุภา อินทร 2546:16, Smolak Linda 1993: 213-228) ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

วัยกลางคนเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ที่เห็นได้ชัดเจนคือการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ภายนอก เช่น สีผม และผิวหนัง ที่มีรอยตีนกาขึ้นที่หางตา ผมเป็นสีเทาและบาง มีลักษณะแตกหักและหยาบ ผิวหนังเหี่ยวย่น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัดคือความคล่องแคล่วว่องไวทางกาย ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายที่สำคัญในวัยกลางคนดังต่อไปนี้

1. ความฉับไวของสมอง ซึ่งเริ่มคิดช้าลง ความจำเสื่อมลง โดยเฉพาะความจำในเหตุการณ์ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงของการมองเห็นคือ สายตาจะยาวขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของแก้วตาน้อยลงและพลังในการโฟกัสลดลง

2. การได้ยินก็ค่อยๆเสียไป โดยเฉพาะเสียงที่มีความถี่สูงปฏิกิริยาตอบสนองจะช้าลง

3. หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง โดยเฉพาะหลอดเลือดโคโรนารีเป็นเหตุให้วัยกลางคนเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะเพศหญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนจะขาดเอสโตรเจน ซึ่งเป็นเหมือนตัวป้องกันระดับโคเลสเตอรอลในเลือดไม่ให้สูง นอกจากนี้เลือดที่บีบออกจากหัวใจลดน้อยลง และอัตราการกรองของไตก็น้อยลงด้วย

4. ร่างกายมีการเผาผลาญลดลง วัยนี้มักอ้วนกว่าวัยหนุ่มสาวทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคอ้วนมากกว่าคนพอมในวัยเดียวกัน

5. มีการหลุดของแคลเซียมออกจากกระดูกทำให้กระดูกบางลงและค่อยๆเกิดกระดูกพรุนขึ้น จากการที่กระดูกพรุนทำให้หมอนรองกระดูกค่อยๆยุบตัวลง มักจะเกิดที่กระดูกคอและช่องอกส่วนบน ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายเตี้ยกว่าเดิม และหลังค่อม หญิงที่มีอายุ 55 ปี จะเสี่ยงต่อกระดูกหักมากกว่าชายที่อายุเท่ากัน 10 เท่า กระดูกที่หักมากที่สุดคือกระดูกแขน กระดูกสะโพก และกระดูกหลัง ฟันมักจะผุ แต่บางรายฟันโยกและหลุดโดยไม่ผุ

6. การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนจะทำให้หญิงหมดประจำเดือน โดยเริ่มจากมีประจำเดือนในแต่ละรอบเดือนน้อยลง และสภาพของต่อมซึ่งผลิตฮอร์โมนเพศฝ่อลง หญิงอาจมีอาการหมดประจำเดือน หรือที่เรียกว่าระยะ “menopause” เช่น อาการร้อนวูบวาบ บริเวณใบหน้ามีเหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ ใจสั่น หงุดหงิด อาการเหล่านี้เกิดจากการเสียความสมดุลของฮอร์โมน กล่าวคือต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ยังคงผลิตฮอร์โมน เอฟ เอส เอช (FSH) และแอล เอช (LH) แต่รังไข่ไม่สามารถตอบสนองได้ จึงไม่มีผลย้อนกลับไปยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนของต่อมพิทูอิทารีต่อมนี้จึงหลั่งฮอร์โมนออกมามากขึ้นเรื่อยๆจนทำให้เกิดอาการดังกล่าว เมื่อรังไข่ผลิตฮอร์โมนน้อยลง แต่ต่อมหมวกไตยังคงผลิตฮอร์โมนบางอย่างอยู่จึงทำให้หญิงวัยกลางคนมีลักษณะความเป็นเพศหญิงต่อไปได้ ในเพศชายการเปลี่ยนแปลงมองเห็นไม่ชัดเจน ความสามารถในการสืบพันธุ์ยังมีอยู่ การหลั่งฮอร์โมนเพศจะน้อยลง ลูกอัณฑะจะนุ่มและขนาดเล็กลง การสร้างอสุจิน้อยลง ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) น้อยลง ชายอาจต้องใช้เวลานานขึ้นในการทำให้อวัยวะเพศแข็งตัวและอาจรู้สึกว่ามีน้ำอสุจิไหลพุ่งน้อยลง พบว่าระดับ เทสโทสเตอโรน จะลดลงในคนที่มีความวิตกกังวลสูง ความยอมรับนับถือตนเองต่ำหรือมีอาการซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 20 อาจมีต่อมลูกหมากโต มักเริ่มในวัยกลางคนและค่อยๆโตขึ้นเรื่อยๆที่บริเวณรอบท่อปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อยปัสสาวะขัด และปัสสาวะคั่ง

7. การที่ฮอร์โมนเพศเปลี่ยนแปลงไป ทำให้อาการอื่นเปลี่ยนแปลงตาม ได้แก่ เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง และเยื่อบุจะแห้งเหี่ยวลง ผิวหนังจะเหี่ยวงั้น กล้ามเนื้อต่างๆรวมถึงเยื่อบุช่องเชิงกรานหย่อนตัว เยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ หูด และเนื้อเยื่อรอบท่อปัสสาวะและส่วนที่พองอวัยวะเหล่านี้สูญเสียการตั้งตัว มีผลให้กลืนปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะราดเวลาไอและจาม โดยเฉพาะในเพศหญิง ทำให้มีมดลูก รังไข่ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และเต้านมเริ่มฝ่อ เหี่ยว เยื่อบุช่องคลอดมีความยืดหยุ่นน้อยลงและเมื่อกหล่อลื่นช่องคลอดน้อยลงระหว่างร่วมเพศ เซลล์บริเวณช่องคลอดมีจำนวนน้อยลง มีลักษณะบางและอักเสบและจับกรดน้อยลง

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

ในผู้ใหญ่วัยกลางคนมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหลายอย่าง โดยเฉพาะฮอร์โมนเพศ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลต่อจิตใจของหญิงวัยกลางคนมากที่สุดที่เรียกว่า ช่วงวิกฤต

คือถ้าปรับตัวได้ดีชีวิตก็จะมีความสุข ถ้าปรับตัวไม่ได้ จะกระทบกระเทือนต่อลักษณะอารมณ์ และจิตใจจนอาจทำให้กระทบกระเทือนถึงหน้าที่การงานด้วย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจมากเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับว่าสิ่งต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไป มีความหมายต่อบุคคลนั้นเพียงใด อาการอาจจะน้อยมากจนไม่อาจสังเกตเห็น บุคลิกภาพและเจตคติต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นมีความสำคัญมากกว่าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน อาการรุนแรงปรากฏได้ร้อยละ 10 ของหญิงวัยกลางคนหญิงที่ยอมรับนับถือตนเองต่ำ และมีความพึงพอใจในตนเองต่ำมักจะปรับตัวต่อวัยหมดประจำเดือนได้ยากกว่า วัยนี้จึงจำเป็นต้องประเมินแนวคิดเกี่ยวกับตนเองใหม่ แล้วปรับปรุงสภาวะการเปลี่ยนแปลงตามวัย ถ้าไม่ปรับปรุงชีวิตสมรสอาจต้องสิ้นสุดลงหลังจากที่อยู่ด้วยกันมานาน

สำหรับชายวัยกลางคนมักมีปัญหาเกี่ยวกับหน้าที่การงานปัญหาเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน ตลอดจนความชิงชังชิงเด่นกันในหน้าที่การงานที่จะต้องปรับตัวให้เข้ากับคนหนุ่มสาวเหล่านี้ล้วนแต่อาจจะสร้างความตึงเครียดในด้านอารมณ์ให้แก่บุคคลวัยนี้ได้มาก

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้ใหญ่วัยกลางคนเกิดขึ้นมากพอๆกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย วัยนี้มักจะมีฐานะทางสังคมค่อนข้างดี เนื่องจากมีฐานะทางเศรษฐกิจมั่นคง ตำแหน่งหน้าที่สูงขึ้น มีเวลาให้กับสังคมมากขึ้น เพราะภาระกิจในครอบครัวลดลง ลูกบางคนอาจแต่งงานและแยกครอบครัวไป ผู้ใหญ่วัยกลางคนบางคนอาจเปลี่ยนบทบาทเป็น ปู่ ย่า หรือ ตา ยาย บทบาทในการอบรมเลี้ยงดูบุตรน้อยลง สังคมภายในบ้านมักจะเปลี่ยนแปลงด้วย เนื่องจากลูกโตเสียงทะเลาะระหว่างลูกๆหมดไปกลายเป็นความเงียบเข้ามาแทนที่ บทบาทของสามีภรรยาอาจจะต้องเปลี่ยนมาเป็นเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข บทบาททางสังคมอีกประการหนึ่งที่ผู้ซึ่งอยู่ในวัยกลางคนอาจต้องปฏิบัติคือการเลี้ยงดูพ่อแม่ซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุ เนื่องจากวัยกลางคนเป็นวัยที่อยู่ท่ามกลางสิ่งต่างๆหลายอย่าง รวมถึงท่ามกลางรุ่นคือ รุ่นก่อนและรุ่นหลัง แม้ภรรยาพิศชอบเลี้ยงลูกน้อยลงแต่ต้องเลี้ยงพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถแยกพัฒนาการตามวัยของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่เข้าสู่ภาวะวัยทอง โดยการจำแนกตามเพศได้ ดังนี้

พัฒนาการตามวัยของหญิง

พัฒนาการของผู้หญิงวัยกลางคน เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเจริญพันธุ์เข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี (เสวก วีระเกียรติและคณะ 2548:353-358) จะมีการเสื่อมของรังไข่ทำให้มีฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง จนหยุดการสร้างไปในที่สุดทำให้เกิดอาการ

ที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ มากมายทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว บางครั้งจึงเรียกว่า หมดวัยนี้ว่า สตรีวัยหมดประจำเดือน(menopause) ซึ่งอาการหรือผลข้างเคียงของการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงถือว่าการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของช่วงวัยที่เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้หญิงวัยนี้ ถ้าหากขาดความรู้และความเข้าใจ วัยกลางคนจึงเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ไปสู่วัยถดถอยอย่างชัดเจน โรคต่างๆที่แสดงอาการให้เห็นเด่นชัด เช่น อาการร้อนวูบวาบ หงุดหงิดง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ อาการทางระบบประสาท เป็นต้น

อาการต่างๆของสตรีวัยหมดประจำเดือน

การลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา และจิตใจ โดยในบางรายอาจมีอาการเร็วแม้ยังไม่มีการหมดของประจำเดือน สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะเริ่มแรก สตรีวัยหมดประจำเดือนจะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. รอบประจำเดือน จะเริ่มไม่สม่ำเสมอ โดยในช่วงแรกรอบประจำเดือนจะมาเร็วหรือถี่ขึ้นเนื่องจากระดับ FSH ในเลือดที่เริ่มสูงขึ้น

2. ร้อนวูบวาบตามตัว (hot flush, hot flash) มักจะมีอาการนำก่อนหมดประจำเดือน ความรุนแรงและความถี่บ่อยของการเกิดอาการจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและยังขึ้นกับสิ่งกระตุ้นภายนอกและลักษณะการดำรงชีวิตประจำวัน(lifestyle) เช่น การดื่มกาแฟ อากาศที่ร้อน ความเครียด ปัญหาครอบครัว อาจทำให้เกิดอาการบ่อยขึ้น และมักเป็นช่วงกลางคืนโดยมีอาการร้อนตามใบหน้า ต้นคอ หัวไหล่ แผ่นหลัง และมักเป็นช่วงสั้นๆประมาณ 30 วินาที ถึง 5 นาที ในรายที่เป็นมากอาจทำให้รบกวนการนอนหลับได้

3. เหงื่อออก โดยเฉพาะตอนกลางคืน

4. นอนไม่หลับ

5. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ(Psychological symptoms)เช่น หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน วิตกกังวล ซึมเศร้า จิตใจหตุ้ เหนืออย่างง่าย เฉื่อยชา ไม่มีสมาธิ ความจำเสื่อม โกรธง่าย เป็นต้น

ระยะกลาง สตรีวัยกลางคนจะมีอาการของระบบต่างๆในระยะนี้ดังนี้

1. กลุ่มอาการทางระบบสืบพันธุ์(Genital symptoms) เช่น ช่องคลอดแห้ง แสบ เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ความรู้สึกทางเพศลดลง

2. กลุ่มอาการทางเดินปัสสาวะ(Urinary symptoms)เช่น ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เวลาไอจามมีปัสสาวะเล็ด

3. กลุ่มอาการทางผิวหนังและเยื่อเมือก(skin and mucous membrane symptoms)
ผิวหนังบาง แห้งคัน ริมฝีปากแห้ง ผมแห้ง ผมร่วง เป็นต้น

พัฒนาการตามวัยของชาย

หะทัย เทพพิสัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2544:17) ได้กล่าวไว้ว่า เพศชายวัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือที่นิยมเรียกว่าผู้ชายวัยทอง จะมีระบบสืบพันธุ์เสื่อมหน้าที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ อัมพาตในการสังเคราะห์ฮอร์โมนเพศชายที่เรียกว่า “แอนโดรเจน(Androgenes)” ฮอร์โมนเพศชายที่สำคัญที่สุด คือ เทสโทสเตอโรน(testosterone) เป็นฮอร์โมนแอนโดรเจน(Androgenes)รูปแบบที่มีฤทธิ์รุนแรงที่สุดและแสดงบทบาทมากที่สุดด้วยเหตุนี้จึงให้ชื่อภาวะนี้ว่า “Andropause” การเสื่อมหน้าที่ของอัมพาตทั้งการสร้างฮอร์โมนและการสร้างอสุจิเพื่อการสืบพันธุ์ในเพศชายสูงอายุนั้นจะค่อยเป็นค่อยไป เริ่มต้นตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปีเป็นต้นไป จึงทำให้ระดับฮอร์โมนแอนโดรเจน(Androgenes)ในกระแสเลือดค่อยๆลดลงจาก วัยหนุ่มที่ละน้อยไปตามอายุที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีฮอร์โมนเพศชายอีกชนิดหนึ่งชื่อ ดีไฮโดรอีพิแอนโดรสเตอโรน(dehydroepiandrosterone) หรือมีชื่อย่อว่า ดีเอชอีเอ(DHEA) ซึ่งถูกสร้างจากต่อมหมวกไตก็จะค่อยๆลดระดับลงตามอายุที่ผ่านไปเช่นกัน การลดระดับฮอร์โมนดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม ฮอร์โมนเพศชายก็ไม่หมดไปจากร่างกายโดยสิ้นเชิง ถึงแม้อายุจะมากขึ้น ฉะนั้นอาการที่แสดงออกในผู้ชายวัยทองจึงสัมพันธ์กับการลดระดับฮอร์โมนดังกล่าวปรากฏการณ์นี้แตกต่างกันกับในสตรีที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนหรือสตรีวัยทองที่เรียกว่า “Menopause” ซึ่งเป็นสภาวะที่รังไข่จะหยุดผลิตฮอร์โมนเพศหญิงซึ่งได้แก่ “เอสโตรเจน”(estrogens) โดยสิ้นเชิง เมื่อเป็นเช่นนี้จึงทำให้สตรีเหล่านั้นมีอาการแสดงออกอันเป็นผลจากขาดฮอร์โมนดังกล่าว ซึ่งส่วนมากจะมีความรุนแรงกว่าอาการที่เกิดขึ้นในผู้ชายวัยทอง เมื่อพิจารณาอย่างถ่องแท้แล้วจะเห็นว่าเพศชายไม่น่ามีภาวะAndropause ซึ่งตามความหมายของคำก็จะต้องหมายถึงสภาวะขาดฮอร์โมนเพศชายโดยสิ้นเชิง แต่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น เพราะเพศชายสูงอายบบางคนอาจจะยังมีระดับฮอร์โมนแอนโดรเจนเท่ากับเพศชายในวัยหนุ่ม เมื่อปี ค.ศ.1994 คณะแพทย์ทางเดินปัสสาวะประชุมและ ลงมติว่าผู้ชายวัยนี้ควรเป็นเพศชายที่มีความบกพร่องของฮอร์โมนแอนโดรเจนเท่านั้น ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษที่ว่า “Partial Androgen Deficiency in Aging Male” หรือที่เรียกกันย่อๆว่า “PADAM” และชื่อนี้เหมาะสมที่สุดเพราะสื่อสารได้รัดกุม ทั้งนี้พบว่าแม้เพศชายจะมีอายุถึง 100 ปีก็ตาม แต่บางคนยังสามารถสังเคราะห์ฮอร์โมนแอนโดรเจนได้บ้างพอควร ฉะนั้นเพศชายจึงยังคงเป็นเพศชายไปจนกระทั่งวันลงหลุมฝังศพ

แพทย์ส่วนใหญ่นิยมเรียกผู้ชายวัยทองว่า Andropause ทั้งนี้เพราะเรียบง่าย และเพื่อให้สอดคล้องกับสตรีวัยทองที่เรียกว่า Menopause

คำว่า “วัยทอง” ได้มาจากภาษาอังกฤษ คือ “Golden age” ซึ่งหมายถึง วัยแห่งความสำเร็จในชีวิตการทำงานและเพียบพร้อมด้วยทรัพย์สินจึงเปรียบเป็นวัยทองคำเช่น ถ้าทำหน้าที่การทำงานก็จะอยู่ในตำแหน่งสูงๆและสำคัญพร้อมทั้งจะมีเงินทองพอที่จะทำในสิ่งที่ตนปรารถนา แต่ในทางตรงกันข้ามจะเห็นว่าสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจนั้น จะถูกบั่นทอนจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น อันมีสาเหตุมาจากความบกพร่องของฮอร์โมนเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งมีอิทธิพลต่อบทบาทในการทำหน้าที่ของอวัยวะบางอย่างในร่างกายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แล้วทำให้เกิดโรคหรือภาวะผิดปกติ และบางชนิดอาจมีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น(สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2544 :18)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการลดระดับฮอร์โมนในเพศชายวัยกลางคน

เมื่อเพศชายอายุย่างเข้า 40 ปี จะเริ่มมีการลดระดับฮอร์โมนหลายอย่าง และที่สำคัญก็คือ ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) และดีไฮโดรอีพิเอยโดรสเตอโรน

(dehydroepiandrosterone หรือ DHEA)

นอกจากนี้ยังมีการลดระดับฮอร์โมนที่สำคัญของร่างกายอย่างอื่น เช่น ฮอร์โมนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความเจริญเติบโต (Growth hormone) จะมีระดับลดลงจึงทำให้มวลกล้ามเนื้อของร่างกายและกำลังวังชาลดน้อยลงภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง และในที่สุดก็จะทำให้คุณภาพชีวิตลดน้อยลง

ฮอร์โมนเมลาโทนิน (Melatonin) จะมีระดับลดลง ตามปกติฮอร์โมนนี้จะทำให้นอนหลับและยังทำหน้าที่เป็นแอนติออกซิแดน (antioxidant) และต่อต้านอนุมูลอิสระ (free radical) ฮอร์โมนนี้จะมีปริมาณมากในวัยหนุ่มฮอร์โมนจะถูกขับออกมามากในช่วงเวลาประมาณ 24.00-5.00 น.แต่เมื่อเข้าสู่วัยกลางคนแล้วฮอร์โมนนี้จะลดระดับลงไปมาก จึงทำให้เพศชายวัยทองมีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับหรือหลับยาก

เมื่อมีการลดระดับเทสโทสเตอโรน(testosterone) ร่วมกับฮอร์โมนต่างๆดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ดังต่อไปนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ 2544 :30-31)

1. ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน(osteoporosis) กล่าวคือจะเริ่มต้นภาวะกระดูกบาง(osteopenia) ก่อนถ้าความรุนแรงมากขึ้น นั่นคือถ้ากระดูกบางมากก็จะเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “กระดูกพรุน” สำหรับกลไกการเกิดภาวะนี้ สรุปได้ว่าเริ่มมาจากการลดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนแล้วทำให้เกิดการไม่สมดุลระหว่างเซลล์สร้างกระดูก (osteoblast) และเซลล์ทำลายกระดูก (osteoclast) จึงเกิดภาวะกระดูกบาง และกระดูกพรุนตามลำดับ ถ้าเป็นที่กระดูก

สันหลัง อาจทำให้กระดูกสันหลังยุบตัวลง แล้วทำให้ความสูงลดลงรวมทั้งทำให้เกิดลักษณะหลังโก่ง ถ้าเกิดที่กระดูกสะโพก และกระดูกปลายแขน ก็อาจจะทำให้กระดูกหักได้ง่าย เมื่อหกล้มก้นกระแทกพื้น หรือหกล้มแล้วเอามือยันพื้น รวมทั้งถูกแรงกระแทกกระแทกจากปัจจัยภายนอกอย่างไรก็ตาม กระดูกของผู้ชายใหญ่กว่ากระดูกผู้หญิง ฉะนั้นจึงมีกระดูกหักน้อยกว่าในผู้หญิง ภาวะนี้สามารถตรวจวินิจฉัยได้โดยการตรวจความหนาแน่นของกระดูก (bone mineral density หรือ BMD)

อย่างไรก็ตาม ภาวะกระดูกพรุนนี้อาจมีปัจจัยอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย อาทิเช่น โรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง โรคตับเรื้อรังโรค โรคทางเดินอาหาร ขาดวิตามินดี การนั่งทำงานอยู่กับที่ การออกกำลังกายมากเกินไป สำหรับปัจจัยทางโภชนาการที่ส่งเสริมให้เกิดกระดูกพรุน ได้แก่ การรับประทานแคลเซียม วิตามินดี และสารฟลูออไรด์ (fluoride) น้อยเกินไป แต่รับประทานโปรตีน เกลือ อาหารจำพวกเส้นใย (fibre) กาแฟ มากเกินไป รวมทั้งการสูบบุหรี่และดื่มสุราก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกระดูกบาง และกระดูกพรุนได้

2. ทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) และโรคทางระบบสมองและหลอดเลือด (cerebrovascular disease) ทั้งนี้เพราะการที่มีระดับเทสโทสเทอโรนต่ำจะเหนี่ยวนำให้มีการเปลี่ยนแปลงไขมันในกระแสเลือดไปในทางที่เป็นโทษต่อร่างกาย เช่น มีการลดระดับเอชดีแอล คอเลสเตอรอล (HDL-cholesterol) ซึ่งเป็นไขมันที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เพราะจะเป็นผู้นำเอาไขมันที่เป็นโทษต่อร่างกายไปกำจัดออกจากร่างกายที่ตับ และยังทำให้มีการเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลรวม (total cholesterol หรือ TC) แอลดีแอล คอเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) รวมทั้ง ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride หรือ TG) ซึ่งเป็นไขมันที่เป็นโทษต่อร่างกาย ก็มีระดับเพิ่มขึ้นด้วย ปรากฏการณ์ดังกล่าวจะทำให้เกิดพยาธิสภาพของเส้นเลือดแดงดังต่อไปนี้ กล่าวคือ จะเริ่มต้นด้วยการทำให้ผนังเส้นเลือดแดงเกิดการแข็งตัว (atherosclerosis) และเสียความยืดหยุ่นก่อน ซึ่งจะแสดงให้เห็นด้วยการมีความดันโลหิตสูง ต่อมาทำให้เกิดเส้นเลือดแดงค่อยๆตีบลง ถ้าเกิดกับเส้นเลือดแดงโคโรนารี (coronary) ที่ไปหล่อเลี้ยงหัวใจก็จะทำให้อาการเจ็บบริเวณหัวใจ (angina pectoris) ถ้าเป็นกับเส้นเลือดแดงที่ไปหล่อเลี้ยงสมองก็จะทำให้เกิดอัมพฤกษ์ (paresis) อย่างไรก็ตามถ้าพยาธิสภาพดังกล่าวรุนแรงมากขึ้นไปอีกก็จะเกิดการอุดตันของเส้นเลือดแดงในที่สุด ถ้าเป็นเส้นเลือดแดงโคโรนารีที่ไปหล่อเลี้ยงหัวใจก็อาจจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และเสียชีวิต ถ้าเกิดการอุดตันในเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองก็จะเกิดอัมพาต (paralysis) ซึ่งเป็นสภาวะที่ต้องทนทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเองรวมทั้งญาติมิตรด้วย

3. ผลกระทบต่อกล้ามเนื้อ ไขมัน และผิวหนัง พบว่าจะทำให้กล้ามเนื้อทั่วร่างกายเล็กหรือลีบลง สำหรับการกระจายของไขมันมักจะมารวมอยู่ที่บริเวณท้องและอวัยวะภายในช่องท้องเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้มีลักษณะท้องโตคล้ายลูกแอปเปิ้ล (apple type) หรือที่เรียกกันว่า “ลงพุง” สำหรับผิวหนังจะพบว่าบางลงและชอกช้ำได้ง่ายเมื่อถูกกระทบกระแทก และอาจจะมีอาการคันร่วมด้วย

4. เกิดอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย (hot flashes) อาการร้อนวูบวาบในผู้สูงอายุจะพบได้น้อยและมีความรุนแรงน้อยกว่าที่เกิดในสตรีวัยหมดประจำเดือน อาการร้อนวูบวาบจะทรงตัวอยู่เพียงประมาณ 2-3 นาที แล้วจึงค่อยๆ หายไป และจะมีอาการเหงื่อออกมากตามมา

5. ผลกระทบต่อความรู้ เซาว์ปัญญา และอารมณ์ (cognitive function & mood) พบว่าผู้ชายวัยทองอาจจะแสดงอาการอย่างหนึ่งอย่างใดหรือหลายอย่างดังต่อไปนี้ คือ มีความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ ซึมเศร้า มีอารมณ์โกรธและปั่นป่วน ขาดความสนุกสนาน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และเบื่ออาหาร เป็นต้น

6. ผลกระทบต่อบทบาททางเพศ (sexual function) เพศชายสูงอายุจะมีระดับเทสโทสเทอโรนต่ำ อาจจะแสดงออกด้วยอาการอย่างหนึ่งอย่างใดดังนี้ คือ ลดความต้องการทางเพศ ลดอารมณ์ทางเพศ ลดความสามารถในการหลั่งน้ำอสุจิ และเกิดภาวะที่องคชาติไม่สามารถแข็งตัวจนสามารถมีเพศสัมพันธ์และทรงอยู่ได้จนกระทั่งมีการหลั่งน้ำอสุจิ ที่เรียกว่าหย่อนสมรรถภาพ (erectile dysfunction หรือ impotence) อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยอื่นอีกมากที่ทำให้บทบาททางเพศลดน้อยลงในเพศชายวัยทอง เช่น ความชรา สุขภาพอนามัยโรคบางอย่าง เช่น โรคเบาหวาน รวมทั้งทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความกังวลใจและอารมณ์-เศร้าหมอง ทางด้านสังคม ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

7. มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคอ้วน (Obesity)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นทำให้ทราบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคน เป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นกลุ่มวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเข้าสู่วัยทองและมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคได้ง่าย หากมีการดูแลตนเองและการปรับตัวกับพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไม่เหมาะสม

1.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจุบันการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง เพราะการดูแลรักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงขึ้นอยู่กับตนเองเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงควรศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวถึงการดูแลตนเอง ดังต่อไปนี้

ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

เพนเดอร์(Pender 1982, อ้างถึงใน หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ 2543 : 19) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นปกติสุขของตนเองไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอนและความต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลหรือภายนอกก็ได้

โอเรม (Orem 1991, อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2544 : 22) ได้กล่าวถึงความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำ อย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

เลวิน (Levin 1978, อ้างถึงใน สราวุธ ยงยุทธ 2546 : 19) ได้กล่าวถึงความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนทั่วไปสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเอง ในการส่งเสริมคุณภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระดับขั้นพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข เช่นเดียวกับฟราย (Fry 1973, อ้างถึงใน สราวุธ ยงยุทธ 2546 : 19) ที่ได้จำแนกบทบาทของการดูแลตนเองไว้ 4 ประการ คือ

1. การดูแลรักษาไว้ซึ่งสุขภาพแข็งแรง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
2. การป้องกันโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค
3. การวินิจฉัยโรค เช่น การให้ยาและการรักษาเบื้องต้น
4. การไปหาแพทย์เพื่อการรักษาขอคำแนะนำการปฏิบัติตน

จากนิยามและความหมายของการดูแลสุขภาพข้างต้น สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลในขั้นพื้นฐาน เพื่อการมีสุขภาพดีตามศักยภาพของตน

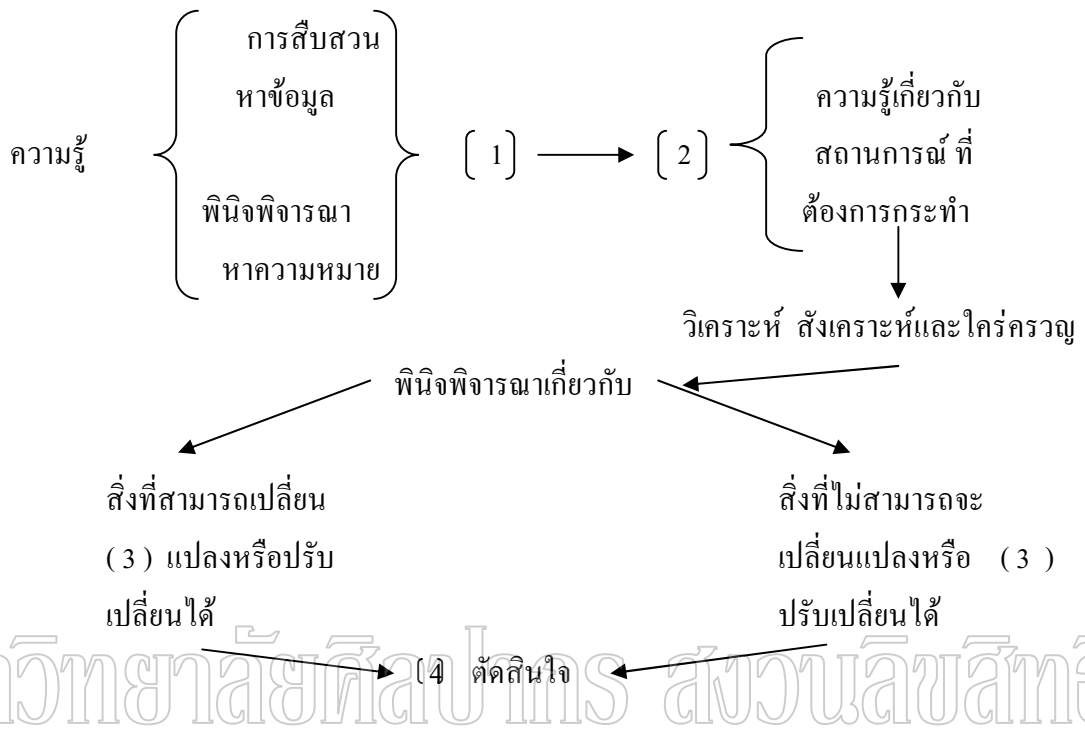
ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self - care)

ในแนวคิดของโอเรม (Orem 1985, อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล 2544 : 23) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action และ goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

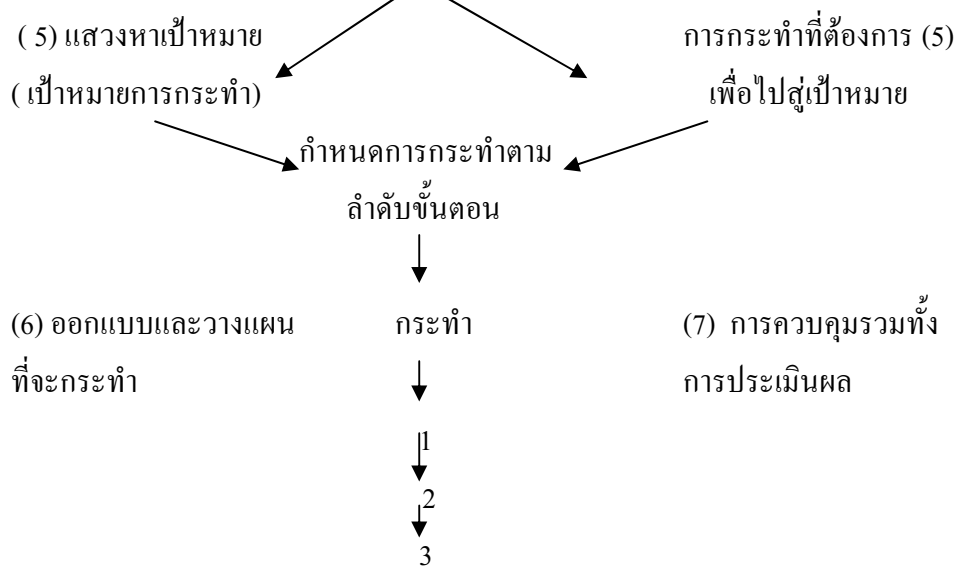
- ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ
- ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

ระยะที่ 1: การพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้



ระยะที่ 2: เป็นการกระทำและผลของการกระทำ



แผนภูมิที่ 1 ระยะของการดูแลตนเอง

ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก จะทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้อีกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้อีกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแลตนเองนั้นจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ การที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเอง เพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความสามารถหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand)

โอเรม(Orem 1991, อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล 2544 : 27) ได้แบ่งความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดออกเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยกรดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป(Universal self-care requisites)เป็นการดูแลเพื่อส่งเสริม การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับ

บุคคลทุกคนทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ เพื่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และการทำงานของอวัยวะต่างๆเป็นไปตามปกติ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการจับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นความต้องการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการของชีวิต เช่นการตั้งครรถ์ การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ หรือการดูแลตนเองเพื่อการปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือพ่อแม่ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การพัฒนาและการส่งเสริมกระบวนการของชีวิตเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆได้อย่างเหมาะสม คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ของมารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

2.2 การป้องกัน บรรเทาและแก้ไข ภาวะที่อาจเป็นผลเสียต่อการพัฒนาการของชีวิตจากภาวะต่างๆ เช่น

- 2.2.1 การขาดการศึกษา
- 2.2.2 ปัญหาการปรับตัวในสังคม
- 2.2.3 การสูญเสียญาติมิตร
- 2.2.4 การขาดเสถียรภาพในหน้าที่การงาน
- 2.2.5 การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม
- 2.2.6 ภาวะมีการถดถอยทางด้านสุขภาพหรือความสามารถ
- 2.2.7 ความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและภาวะที่จะต้องเผชิญกับความตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความเจ็บป่วยหรือพิการรวมทั้งในระหว่างการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 ประการ คือ

3.1. การแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับสถานการณ์หรือสภาวะของโรคที่เป็นอยู่

3.2. รับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของชีวิต

3.3. ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกันควบคุมและคงไว้ซึ่งความสามารถคงเดิม

3.4. รับรู้และเอาใจใส่ดูแลควบคุมความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษารวมถึงผลกระทบต่อนพัฒนาการของชีวิต

3.5. ปรับอัตมโนทัศน์และยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองตามภาวะสุขภาพและยอมรับว่าตนควรได้รับความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล

3.6. เรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ และรู้จักตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง

โอเรม (Orem 1991, อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล 2544 : 31) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการดูแลตนเอง โดยมีการอธิบายถึงความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) และความ

ต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล สามารถสรุปใจความสำคัญไว้ดังนี้
ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agent) เป็นคุณสมบัติของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โอเรมเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการคิด มีเหตุผลในการตรึกตรอง และกระทำการดูแลตนเองอย่างแบบแผน มีความจงใจในการกระทำ เมื่อพิจารณาถึงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components)
3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations)

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานอันได้แก่ ทักษะการเรียนรู้ การรับรู้ ความตั้งใจ ความเข้าใจตนเอง ความห่วงใยตนเอง การยอมรับตนเอง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานของพลังความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองต่อไป จะเห็นได้ว่าพลังความสามารถ 10 ประการ เป็นตัวกลางเชื่อมการเรียนรู้และการกระทำของมนุษย์ ประกอบกับพลังความสามารถ 10 ประการ เพื่อไปนำสู่การวิเคราะห์หาสาเหตุของความบกพร่องในการดูแลตนเองของบุคคลในการเจ็บป่วย

พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะกระทำการดูแลตนเองอย่างจริงจัง ประเมินได้จากสมรรถนะของร่างกาย การคิด การตัดสินใจ และสภาวะทางจิตใจรวม 10 ประการดังนี้

1. ความสนใจและความเอาใจใส่ตนเองและภาวะแวดล้อม
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย เพื่อการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายได้
4. ความสามารถที่จะใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้
8. มีทักษะในการจัดการและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
9. ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

1.3 นโยบายและมาตรการ 6 อ. เพื่อการสร้างสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขตามตัวชี้วัดปี 2548

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 และ 82 กำหนดให้คนไทยทุกคนได้รับโอกาสและมีความเสมอภาคเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานเดียวกันโดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

การมีสุขภาพแข็งแรง (Health) ในความหมายขององค์การอนามัยโลกครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพในมิติต่างๆ ทางด้านร่างกาย (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) สังคม (Social Health) และปัญญา/จิตวิญญาณ (Spiritual Health) ซึ่งถ้าคนไทยมีความแข็งแรงทางสุขภาพครอบคลุมความหมายทั้ง 4 มิติดังนี้ ย่อมจะสามารถเสริมสร้างให้ประเทศไทยมีความแข็งแรง และในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2545 รัฐบาลภายใต้การนำของพันตำรวจโท ดร.ทักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศนโยบายให้ปี 2545 เป็นปีเริ่มต้นแห่งการรวมพลังสร้างสุขภาพตามกรอบการณรงค์ 5 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม และโรคภัย หรือการลดโรคต่างๆ ซึ่งมีกิจกรรมระดับชาติในการรณรงค์ให้ประชาชนหันมาใส่ใจการสร้างสุขภาพ

อย่างเป็นทางการในปีพ.ศ.2548 ประเทศไทยได้รับเกียรติจากองค์การอนามัยโลก(World Health organization หรือ WHO) ให้เป็นเจ้าภาพประชุมนานาชาติการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เตรียมดำเนินนโยบายเมืองไทยแข็งแรง(Healthy Thailand) ซึ่งขยายการรณรงค์สร้างสุขภาพตามมาตรา 6 อ. โดยเพิ่มเรื่องนโยบายอีกด้านหนึ่ง ซึ่งลำพังกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวคงไม่สามารถผลักดันนโยบายการสร้างสุขภาพคนไทยให้ครอบคลุมมิติต่างๆ ดังนั้น คนไทยทุกคนทุกภาคส่วนจึงมีส่วนสำคัญที่จะส่งผลให้เกิด “เมืองไทยแข็งแรง”

โดยใช้พื้นที่เป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สุ่วิถีชุมชน โดยดึงเอาพลังทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาชนในพื้นที่ทุกระดับจากชุมชนสู่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการภายใต้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และทำงานอย่างเป็นเอกภาพ(กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ : 2552)

การดำเนินงานสร้างสุขภาพตามนโยบายและมาตรา 6 อ. ตามตัวชี้วัดปี 2548 มีแนวทางการดำเนินการให้สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่นและวิถีชีวิตของชาวบ้าน ดังนี้

อ.ที่1 อาหาร การเสริมสร้างให้ประชาชนรู้จักการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมีคุณค่าโภชนาการ รวมทั้งกวดขันควบคุมอาหารที่ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ที่จำหน่ายในตลาด ภายใต้โครงการ Food Safety, Clean Food Good Taste, Safe Food Good Health เป็นต้น

อ.ที่ 2 ออกกำลังกาย เสริมสร้างให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

อ.ที่ 3 อารมณ์ เสริมสร้างให้ประชาชนรู้จักวิธีควบคุมอารมณ์ ให้เป็นไปในทิศทางที่เสริมสร้างสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้ดีขึ้น ลดการเสพสิ่งเสพติดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ สุรา ตลอดจนรู้จักการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมทางเพศในทิศทางที่เหมาะสม

อ.ที่ 4 อนามัยสิ่งแวดล้อม การสร้างและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อหรือเหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนเสริมสร้างให้ประชาชนมีจิตสำนึกที่จะช่วยกันดูแลสุขภาพแวดล้อมในบ้าน และนอกบริเวณบ้าน ตลอดจนการช่วยกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

อ.ที่ 5 อโรคยา การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคตามอุบัติการณ์การเกิดโรคที่สำคัญ 6 อันดับแรกของไทย คือ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไข้เลือดออก โรคเอดส์ ที่มีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ความไม่รู้ ไม่เข้าใจ รู้แต่อดไม่ได้ เพราะฉะนั้นการสร้างปลูกฝังพฤติกรรมในเรื่องการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย

อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ถูกวิธี พอเหมาะจนเกิดเป็นนิสัยถาวร เชื่อว่าจะไม่ป่วยหรือตายก่อนวัยอันควร

อ.ที่ 6 อบายมุข เป็นบ่อเกิดของการทำลายสุขภาพ ได้แก่ สารเสพติด สุราหรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ น้ำชา กาแฟ เป็นปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลง ขาดสติทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย สูญเสียทรัพย์สิน เงินทอง ตลอดจนชีวิต เสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็ง แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ มะเร็งหลอดอาหารและโรคมะเร็งลำไส้ จึงควรงดหรือลด ละ เลิกอบายมุข จะทำให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจนโยบายและมาตรการ 6 อ. เพื่อการสร้างสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขตามตัวชี้วัดปี 2548 มาเป็นแนวทางศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

1.4 พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

เอมอร์ โพรธีประสิทธิ์ (2548 : 25) ได้แบ่งลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ออกได้เป็น 2 แบบตามลักษณะพฤติกรรม ดังนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงบวก หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคล ปฏิบัติแล้วมีผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเองและครอบครัว เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้ บุคคลปฏิบัติต่อไป และเพิ่มความถี่ขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเชิงลบ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคล ปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารเกินความจำเป็น บริโภคอาหารที่ไม่สะอาดสุกๆดิบๆ เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมไว้ให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรม ที่พึงประสงค์

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนโดยทั่วไปจะเหมือนกับวัยรุ่นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยชรา แต่สัดส่วนและปริมาณควรให้เหมาะสมตามพัฒนาการที่เปลี่ยนไปของช่วงวัย การที่ผู้ใหญ่วัยกลางคนจะมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จำเป็นต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ถูกต้อง เพื่อความมีศักยภาพสูงสุดของตนเอง สำหรับในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของชายและหญิงวัยกลางคน ตามนโยบายและมาตรการ 6 อ.ของกระทรวงสาธารณสุข คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยาหรือการลดโรคสำคัญต่างๆ และอบายมุข มีรายละเอียด ดังนี้

1.อาหาร

อาหาร หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ใหญ่วัยกลางคนเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อ สุก และสะอาด

เนื่องจากผู้ใหญ่วัยกลางคนไม่ต้องการอาหารที่มีพลังงาน และไขมันสูงเหมือนวัยเด็กและวัยรุ่น การรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูงๆจำพวก แป้ง ไขมันควรน้อยลงเพราะจะทำให้ร่างกายมีไขมันพอกพูนตามส่วนต่างๆของร่างกายมากเกินไป อาหารที่เหมาะสมกับผู้ใหญ่วัยกลางคนจึงเป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและไขมันต่ำ โปรตีน วิตามินและเกลือแร่สูง ซึ่งมีลักษณะของอาหารที่ผู้ใหญ่วัยกลางคนควรได้รับตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ของกองโภชนาการสาธารณสุข (พรสุข หุ่นรินทร์และคณะ 2550 : 107, กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2544 : 36-37) ดังนี้

1.1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว สารอาหารที่ร่างกายคนเราต้องการได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน แร่ธาตุ วิตามินรวมทั้งน้ำ และกากใยอาหาร แต่ไม่มีอยู่ในอาหารชนิดใดชนิดเดียวจึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยคำนึงถึงสัดส่วน ปริมาณและความหลากหลายของอาหารให้เหมาะสมกับน้ำหนักตัว และควรหมั่นดูแลโดยวัดดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) เพื่อเฝ้าติดตามภาวะโภชนาการที่เหมาะสม แต่ในบางกรณีต้องมีการปรับเปลี่ยนชนิดอาหาร เช่น ในกรณีที่เป็นโรคเบาหวานก็ควรลดอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต และน้ำตาลในกรณีที่มีไขมันในเลือดสูงก็ต้องควบคุมอาหารที่มีไขมัน เหล่านี้เป็นต้น

1.2. รับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทยที่ให้พลังงาน มีสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร ควรรับประทานข้าวขัดสีแต่น้อยและรับประทานสลับกับอาหารประเภทแป้งอื่นๆ เช่น ขนมจีน ขนมปัง เผือก และมัน เป็นต้น

1.3. รับประทานพืชผักให้มาก และรับประทานผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้ นอกจากจะมีแคลเซียม วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารแล้ว ยังมีสารอื่นๆ ที่ช่วยป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือดและช่วยให้เยื่อของเซลล์และอวัยวะต่างๆ แข็งแรงอีกด้วย วิตามินบางชนิด เช่น วิตามินอี พบมากในข้าวโพด ถั่วแดง ถั่วเหลือง ถั่วลิสง งาม ฯลฯ วิตามินซีพบมากในส้ม มะเขือเทศ มะนาว และผักผลไม้สด ฯลฯ เบต้าแคโรทีนพบมากในแครอท มะเขือเทศ ฟักทอง ผักบุ้ง ฯลฯ และธาตุซีลีเนียมพบมากในอาหารทะเล เนื้อสัตว์ สารเหล่านี้เชื่อว่าสามารถต่อต้านอนุมูลอิสระหรือโรคบางอย่าง ถ้าได้รับประทานสารอาหารครบ 5 หมู่ดังกล่าวข้างต้น ก็คงจะมีสารอาหารเหล่านี้ครบถ้วนแล้ว ฉะนั้นกรณีที่ไม่ได้รับประทานอาหารครบทุกหมู่ อาจจะต้องเสริมสร้างวิตามินดังกล่าวข้างต้นตามความเหมาะสม เพื่อทนุบำรุงระบบสมองและประสาท ซึ่งมีแนวโน้ม ที่จะเสื่อมในวัยนี้

1.4. รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ เนื้อสัตว์ทุกชนิดมีโปรตีน แต่ควรรับประทานชนิดไม่ติดมัน เพื่อลดการสะสมไขมันในร่างกาย และควรรับประทานปลาอย่างสม่ำเสมอ ไข่เป็นอาหารโปรตีนราคาถูกหาซื้อง่ายผู้ใหญ่ควรรับประทานไม่เกินสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์จากถั่ว เป็นโปรตีนที่ดีราคาถูก ควรรับประทานสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ

1.5. ดื่มนมให้เหมาะสมกับวัย ในวัยกลางคนควรได้รับธาตุแคลเซียมจากนมประมาณ วันละ 1 แก้ว ซึ่งในนมยังมีโปรตีน วิตามินบี ซึ่งสำคัญต่อการเจริญเติบโตและเสริมสร้างความแข็งแรงให้กระดูกและฟันซึ่งเป็นอาหารที่เหมาะสมกับบุคคลทุกวัยในคนอ้วนควรดื่มนมพร่องมันเนย

1.6. รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ไขมันให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ทั้งช่วยดูดซึมวิตามิน เอ ดี อี เค แต่ไม่ควรรับประทานมากเกินไป เพราะจะทำให้อ้วนและเกิดโรคต่างๆตามมาได้ การได้รับไขมันอิ่มตัวจากสัตว์ และอาหารที่มีคอเลสเตอรอลมากเกินไป จะทำให้คอเลสเตอรอลในเลือดสูง และเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เราควรรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ย่าง อบ เพื่อจะช่วยลดปริมาณไขมันในอาหาร

1.7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด การรับประทานอาหารรสจัดมากจนเป็นนิสัยให้โทษแก่ร่างกาย อาหารรสหวานจัดทำให้ได้พลังงานเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดโรคอ้วน อาหารรสเค็มจัดเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคไตได้

1.8. รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน การรับประทานอาหารที่สะอาดปรุงสุกใหม่ๆ มีการป้องกันเชื้อโรคและแมลงวัน โดยการบรรจุในภาชนะที่สะอาด มีอุปกรณ์หยิบจับที่ถูกต้อง ย่อมทำให้ปลอดภัยจากการเจ็บป่วย และร่างกายได้รับประโยชน์จากอาหารอย่างเต็มที่ อาหารพร้อมปรุงส่วนใหญ่มีการปนเปื้อนเชื้อโรค อาหารเป็นพิษ หรือสารพิษ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย

1.9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดื่มสิ่งเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ สำหรับเรื่องสุรานั้นก็คงเป็นที่ทราบกันดีว่า ทำให้เกิดอันตรายต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ รวมทั้งตับ เช่น ทำให้เกิดโรคตับแข็ง และสุดท้ายอาจจะกลายเป็นมะเร็ง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำเป็นโทษแก่ร่างกายทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลง ขาดสติ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง ตลอดจนชีวิต เสี่ยงต่อการเป็นโรคตับแข็ง แผลในกระเพาะอาหาร และลำไส้ โรคมะเร็งหลอดอาหาร และโรคขาดสารอาหาร จึงควรงดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และไม่จับขี้ยานพาหนะในขณะที่มีเมตาบอลิซึมสิ่งเสพติดการสูบบุหรี่ก็เป็นโทษต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจก่อให้เกิดโรคปอด เช่น ถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เหล่านี้เป็นต้น ปกติผู้ที่อยู่ในวัยนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคร้ายแรงดังกล่าวอยู่แล้ว โดยที่ไม่ต้องมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง ฉะนั้นการดื่มสุราและสูบบุหรี่ก็เท่ากับเป็นการสนับสนุนหรือซ้ำเติมให้เกิดโรดังกล่าวเร็วขึ้น

1.10. ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือ 2,000 มิลลิเมตร การที่ต้องมานั่งการดื่มน้ำให้มากขึ้นในวัยกลางคน เพราะว่าเซลล์ในร่างกายของผู้ที่อยู่ในวัยนี้ จะมีปริมาณน้ำน้อยลงกว่าเมื่ออยู่ในวัยหนุ่มสาว ฉะนั้นการเพิ่มน้ำดื่มก็เท่ากับเป็นการชดเชยปริมาณน้ำที่ลดน้อยลงในร่างกายดังกล่าวแล้ว การที่ร่างกายได้รับน้ำไม่เพียงพอ อาจทำให้เกิดโรคหรือภาวะผิดปกติบางอย่างได้ เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ระบบสมองเสื่อมหน้าที่ ได้แก่ หลงลืม ความคิดความอ่านสับสน เป็นต้น และยังช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย

1.11. การดื่มเครื่องดื่มบำรุงสุขภาพ อาหารเสริมและอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อช่วยบำรุงร่างกายและสร้างความสดชื่นให้กับอารมณ์และจิตใจ เช่น น้ำพืชผักสมุนไพร นมผึ้ง ชุปไก่สกัด สาหร่าย ชุปรงนก เป็นต้น ซึ่งประโยชน์หรือคุณค่าอาหารอาจมีน้อยกว่าอาหารที่รับประทานตามธรรมชาติ แต่มีผลทางจิตใจตามความเชื่อจากโฆษณาและคำแนะนำจากแหล่งอื่นๆ

1.12. การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง และน้ำอัดลม

ปริมาณอาหารที่พอเหมาะในผู้ใหญ่วัยกลางคน

ตารางที่ 1 แสดงปริมาณอาหารที่แนะนำสำหรับผู้ที่ต้องการพลังงานที่เหมาะสมในแต่ละวัย

กลุ่มอายุ	หญิงวัยทำงานอายุ 25 - 60 ปี	ชายวัยทำงานอายุ 25 - 60 ปี	หญิง - ชาย ที่ใช้พลังงานมากๆ
พลังงานที่ ได้รับ ใน 1 วัน	1,600 กิโลแคลอรี	2,000 กิโลแคลอรี	2,400 กิโลแคลอรี
อาหารที่ผู้ใหญ่วัยกลางคนควรรับประทานครบใน 1 วัน			
ข้าวสวยหรือบะหมี่หรือก๋วยเตี๋ยวหรือขนมจีน (จาน)			3
ผักใบเขียวสุก(ถ้วย)			½
หรือผักใบเขียวสด(ถ้วย)			1
เนื้อสัตว์ต่างๆ(กรัม)			100
ตับหรือเครื่องในสัตว์(กรัม/สัปดาห์)			100
นม(แก้ว)			1
ไข่(ฟอง/สัปดาห์)			2-3
น้ำตาล(ช้อนโต๊ะ)			2
ผลไม้ผลเล็ก			1
หรือน้ำผลไม้คั้น(ถ้วย)			½ - 1
น้ำมันหมูหรือน้ำมันพืชหรือกะทิ(ช้อนโต๊ะ)			½ - 3

*น้ำมัน น้ำตาล และเกลือใช้แต่น้อยเท่าที่จำเป็น

2. ออกกำลังกาย

การออกกำลังกายและการเล่นกีฬาทุกชนิดมีผลต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากประเภทของกีฬา วิธีการ ประสิทธิภาพ ความชำนาญ ความอดทน และความบ่อยครั้งในการออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬา มีผู้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้มากมาย สำหรับการวิจัยนี้การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ใหญ่วัยกลางคนในการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อสำหรับเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยสม่ำเสมอตามความสามารถของแต่ละบุคคลและเหมาะสมตามวัยและสุขภาพ ด้วยการออกกำลังกายแบบมีแบบแผน เช่น การเดินแอโรบิก เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน การเล่นกีฬาต่างๆ

ที่ไม่ใช่การแข่งขัน และการออกกำลังกายด้วยการเคลื่อนไหวร่างกายจากการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ไม่ได้มีรูปแบบในวิถีชีวิตประจำวัน เช่น การเคลื่อนไหวในการทำงานบ้านงานที่ต้องใช้แรงในชีวิตประจำวัน การเดินทางโดยการขี่จักรยาน หรือการเดิน

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในบุคคลที่มีอายุ 40-60 ปี

ผู้ใหญ่วัยกลางคนอายุระหว่าง 40-60 ปี ควรออกกำลังกายที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรง อดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือด รวมทั้งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความอ่อนตัวของข้อต่อ ซึ่งมีหลักการปฏิบัติ ดังนี้

1. ควรออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น ขา แขน และลำตัว
2. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
3. ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 20-30 นาที
4. ออกกำลังกายให้มีความเหนื่อยที่พอเหมาะ โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ในอายุ 40-50 ปี ให้มีอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 120-130 ครั้ง/นาที ในอายุ 50-59 ปี ให้มีอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 100-120 ครั้ง/นาที

5. ก่อนและหลังการออกกำลังกาย ควรอบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายร่างกาย โดยการเดิน ว่ายน้ำ หรือการออกกำลังกายอย่างเบาๆ

ตัวอย่างการออกกำลังกายในวัยนี้ เช่น

1. การเดินเร็วหรือวิ่งเหยาะๆ อย่างน้อยวันละ 30 นาที
2. การถีบจักรยาน อย่างน้อยวันละ 20 นาที
3. การว่ายน้ำ อย่างน้อยวันละ 20 นาที
4. การเดินแอโรบิก อย่างน้อยวันละ 30 นาที
5. การเล่นกีฬา อย่างน้อยวันละ 30 นาที

ในวันที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ท่านอาจจะออกกำลังกายโดยการทำงานบ้านหรือฝึกกายบริหารเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้ด้วย

กรมอนามัย(2538, อ้างถึงใน สุรรัตน์ ฉิมเพชร 2546 : 20) ได้ให้ความหมายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีการใช้ไขมันเป็นพลังงาน ใช้ออกซิเจนช่วยในการสันดาปเป็นระยะเวลานานติดต่อกันเพียงพอที่จะให้เกิดความอดทนของปอด หัวใจและระบบไหลเวียนเลือด จึงจะมีผลต่อสุขภาพ โดยมีหลัก 3 ประการ คือ ความถี่ (Frequency) ความหนัก (intensity) และความนาน (time or duration)

1. ความถี่ (Frequency) ถ้ามีสุขภาพคืออยู่เดิมการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ก็จะได้ประโยชน์ในการฝึกความทนทานของหัวใจและปอดสำหรับผู้เพิ่งจะเริ่มต้น

อาจออกกำลังกายวันเว้นวัน ไปก่อนจนกระทั่งระดับสมรรถภาพทางกายดีพอแล้วจึงเพิ่มความบ่อยขึ้น

2. ความหนัก (intensity) การออกกำลังกายควรมีความเข้มหรือความหนักมากกว่าร้อยละ 50-60 แต่ไม่เกินร้อยละ 75-78 ของความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด ($VO_2\max$) ซึ่งสามารถใช้อัตราเต้นหัวใจสูงสุด เป็นเกณฑ์ชี้บอกความหนักของการออกกำลังกายแทนความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดได้ โดยที่อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจเท่ากับ 220 หารด้วยอายุ เช่น ถ้ามีอายุ 40 ปี อัตราการเต้นของชีพจรในขณะที่ออกกำลังกายควรอยู่ในระดับ 180 ครั้งต่อนาที (220-40) จากนั้นหารร้อยละ 70 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจมาหาอัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมขณะออกกำลังกายจะเท่ากับ 126 ครั้ง/นาที ดังนั้นท่านที่อายุ 40 ปีควรออกกำลังกายให้หัวใจเต้นอย่างน้อยประมาณ 126 ครั้งต่อนาที ติดต่อกัน 25-30 นาที หรือถ้ามีอายุ 60 ปี อัตราการเต้นของชีพจรในขณะที่ออกกำลังกายควรอยู่ในระดับ 160 ครั้งต่อนาที (220-60) จากนั้นหารร้อยละ 70 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจมาหาอัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมขณะออกกำลังกายจะเท่ากับ 112 ครั้งต่อนาที ดังนั้นท่านที่อายุ 60 ปีควรออกกำลังกายให้หัวใจเต้นอย่างน้อยประมาณ 112 ครั้งต่อนาที

3. ความนาน (time or duration) ความนานที่จะให้ผลด้านสุขภาพของหัวใจ และปอด จะต้องใช้เวลาระยะประมาณ 15-60 นาที โดยระยะเริ่มต้นออกกำลังกายด้วยความหนักขั้นต่ำ เช่น ร้อยละ 60-70 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจนาน 15-20 นาที โดยใช้เวลาในการอบอุ่นร่างกาย (warm up) และผ่อนหยุด (cool-down) ต่างหาก เมื่อร่างกายมีการปรับตัวจนทนได้ดีแล้วจึงค่อยๆ เพิ่มความหนักและเพิ่มเวลาขึ้นจนถึง 60 นาที หรือเฉลี่ยควรจะเป็นประมาณ 30 นาทีต่อครั้ง

การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

การมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์นั้น ส่วนหนึ่งมาจากการออกกำลังกายเป็นประจำนั้นคือการออกกำลังกาย แบบแอโรบิก

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจัดเป็นการบริหารร่างกายที่ใช้กล้ามเนื้อเฉพาะส่วน โดยเฉพาะแขน-ขา ให้เคลื่อนไหวติดต่อกันเป็นจังหวะสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาต่างๆ ประมาณ 20 นาทีขึ้นไปแต่ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ตัวอย่างของชนิดกีฬา คือ เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ วัยน้ำ และเต้นแอโรบิก การออกกำลังกายแบบนี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ปอด และระบบไหลเวียนเลือดได้ด้วย ซึ่งทั้งหมดนี้ก็เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมและการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้เป็นอย่างดี และทุกครั้งที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิกควรมีขั้นตอนในการปฏิบัติดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนออกกำลังกายต้องมีการอบอุ่นร่างกาย เพื่อให้หัวใจมีร่างกายสูงขึ้นทีละน้อยเป็นการค่อย ๆ ปรับร่างกายให้ทำงานเพิ่มขึ้น จะเป็นการเดินหรือกายบริหารง่าย ๆ ประมาณ 3-5 นาที

ขั้นตอนที่ 2 เริ่มเพิ่มการออกกำลังกายให้มากขึ้นโดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งในขั้นตอนนี้ความหนักเบาของการออกกำลังกายจะต้องกำหนดให้เหมาะสมกับความแข็งแรงของร่างกายแต่ละคน โดยยึดหลักความเหนื่อยตามความเร็วของการเดินหัวใจ

ขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้าย ก็คือ การผ่อนคลายร่างกาย หลังจากที่ออกกำลังกายมาระยะหนึ่งแล้วไม่ควรหยุดทันที เพราะอาจทำให้เลือดไหลกลับไปที่เลี้ยงหัวใจไม่ทัน อาจทำให้ช็อคหรือเสียชีวิตได้ ควรผ่อนคลายด้วยการเดินหรือการบริหารเบา ๆ เพื่อปรับอุณหภูมิในร่างกาย อาจจะใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที

ตารางที่ 2 ตัวอย่างกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางร่างกายที่ทำให้มีการเผาผลาญพลังงาน 150 แคลอรีต่อครั้ง

กิจกรรมการเคลื่อนไหว	ระยะเวลาที่ควรปฏิบัติ(นาที)
1. ล้างและเช็ดรถยนต์	45-60 นาที
2. เช็ดดูบ้าน หน้าต่าง	45-60 นาที
3. ซักผ้าด้วยมือ	45-60 นาที
4. ทำสวน ทำไร่ ขุดดิน	35-40 นาที
5. เดิน 2.8 กิโลเมตร	35 นาที
6. คราดหญ้า โกยหญ้า	30 นาที
7. เดินรำจังหวะเร็ว	30 นาที
8. จักรยานประมาณ 8 กิโลเมตร	30 นาที
9. เดิน 3.2 กิโลเมตร	30 นาที
10. เดินแอโรบิกในน้ำ	30 นาที
11. วាយน้ำ	20 นาที
12. จักรยาน 6.4 กิโลเมตร	15 นาที
13. กระโดดเชือก	15 นาที
14. เดินขึ้นลงบันได	15 นาที

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. “สุขภาพและความสุขสบาย”, ในคู่มือการส่งเสริมการออกกำลังกาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2545),

การเดินเร็ว การเดินเป็นการออกกำลังกายพื้นฐานที่ง่ายที่สุดซึ่งสามารถทำได้ ใหนก็ได้ และใช้อุปกรณ์น้อยมาก การเดินเหมาะสมอย่างยิ่งกับผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่วัยกลางคนและผู้ี่ร่างกาย ยังไม่ฟิตหรือห่างเหินการออกกำลังกายมานาน หรือน้ำหนักเกิน ควรเดินวันละ 20 นาทีร่วมกับ การอบอุ่นร่างกาย 5 นาทีและการเบาเครื่อง 5 นาที รวมเป็น 30 นาที

การวิ่ง หมายถึง การวิ่งด้วยความเร็วประมาณ 5 กิโลเมตรต่อชั่วโมง การวิ่งจะทำให้ มีน้ำหนักลดลงส่วนรองรับ คือสั้นเท้ามากกว่าการเดิน 3 เท่าจึงควรสวมรองเท้าที่เหมาะสม การวิ่ง เพื่อลดการบาดเจ็บ

การปั่นจักรยาน การปั่นจักรยานมีประโยชน์สำหรับคนที่มีน้ำหนักตัวมาก มีปัญหาการบาดเจ็บจากการวิ่งหรือเดินเพราะจักรยานเป็นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อ โดยที่ขาไม่ต้องรับน้ำหนักตัว การปั่นจักรยานจะให้ประโยชน์กับกล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า ขณะที่การวิ่งจะให้ประโยชน์กับกล้ามเนื้อขาส่วนหลัง

การว่ายน้ำ เป็นการออกกำลังกายที่สมบูรณ์แบบอย่างหนึ่ง คือสามารถให้ความฟิตได้ เช่นเดียวกับการออกกำลังกายพื้นฐานอย่างอื่นและไม่เกิดการบาดเจ็บ การว่ายน้ำที่ถูกต้องคือ การว่ายน้ำติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที หากจะหยุดพักไม่ควรเกิน 20-90 วินาที เพื่อไม่ให้ระดับ การเต้นของหัวใจตกไปกว่ากำหนดโดยใช้การว่ายน้ำแบบมาตรฐาน เช่นฟรีสไตล์ ท่ากบ

โดยสรุปในคนหนุ่มสาวและผู้ใหญ่ การออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายแข็งแรงสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ช่วยการทำงานของระบบต่างๆ เช่น ระบบย่อยอาหาร ระบบประสาท ระบบ หายใจ ทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียดของบุคคลทำให้ อารมณ์แจ่มใส เบิกบานขึ้น ทำให้ร่างกายมีสมรรถภาพสูงสามารถประกอบกิจกรรมและการงาน ต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นระยะเวลายาวนานโดยไม่เหน็ดเหนื่อย และการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยช่วยป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บบางอย่างเช่น โรคหลอดเลือดแข็งตัว โรคอ้วน เป็นต้น

ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายของผู้ใหญ่ วัยกลางคนครั้งนี้ผู้วิจัยจะสอบถามถึงการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยสอบถามถึงความถี่ในการออกกำลังกาย และรูปแบบการออกกำลังกายเช่น การออกกำลังกาย ด้วยการทำกิจกรรมในวิถีชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน

3. อารมณ์

อารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมผ่อนคลายความเครียดและควบคุมอารมณ์ของผู้ใหญ่ วัยกลางคนเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลไม่สบาย มีวิธีในการทำให้ ความเครียดลดลง ควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดีเมื่อรู้สึกโกรธ มีการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิก

ครอบครัว การทำงานอดิเรกที่ชอบเพื่อการผ่อนคลายความเครียด เช่น อ่านหนังสือ เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณประโยชน์ในชุมชน และการทำงานจิตอาสาให้สงบด้วยการสวดมนต์ หรือละมวด หรือฟังธรรม หรือทำสมาธิ

พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2550:141) กล่าวว่าความเครียด (Stress) เป็นสภาพทางจิตใจของอารมณ์ที่ไม่ดี หรือไม่สมดุลที่บุคคลประสบ เช่น ความโกรธ ความกลัว ความกังวล เป็นต้น อารมณ์เหล่านี้บางคนเรียกว่า “อารมณ์เครียด” ความเครียดเป็นสิ่งรบกวน และอาจกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ ผู้ใหญ่วัยกลางคนจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ การปรับตัวที่ไม่ถูกต้องจะเกิดความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งกลไกการเผชิญความเครียดของบุคคลจะออกมาในรูปแบบพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจและอารมณ์ของแต่ละบุคคล เมื่อสามารถใช้กลไกถูกต้องเหมาะสมก็สามารถปรับตัวได้เป็นปกติ

การผ่อนคลายความเครียด เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อจัดการกับอารมณ์และความเครียด ส่งเสริมสุขภาพจิตให้อยู่ในสภาวะปกติ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

3.1 การป้องกันความเครียด องค์ประกอบสำคัญที่จะป้องกันความเครียดได้ คือ การดูแลตนเองไม่ให้เกิดความเครียดขึ้นได้ รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างความสามารถ และทักษะในการป้องกันความเครียดต่อไปนี้

3.1.1 รักษาสุขภาพทางกายให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ ดังคำกล่าวที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” นั่นคือถ้าสุขภาพกายดีสุขภาพจิตก็ดีด้วย

3.1.2 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งของชีวิต การนอนหลับให้สนิทจะทำให้ร่างกายและจิตใจสดชื่นและเป็นการผ่อนคลายความเครียดได้ดีที่สุดวิธีหนึ่ง

3.1.3 ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ตึงเครียด มีปัจจัยเสี่ยงหรือความกดดันจากการแข่งขัน

3.1.4 รู้จักมองโลกในแง่ดี อย่าคิดในด้านร้าย ทั้งตนเองและผู้อื่น

3.1.5 ฝึกตนเองให้เป็นคนเข้มแข็ง อดทนทำงานอย่างมีแบบแผนและมีเป้าหมาย ทำงานด้วยความสนุก รู้จักแบ่งเวลา ไม่ทำอะไรที่ซ้ำซากจำเจ หรือเคร่งครัดกับเรื่องใดนานเกินไป

3.1.6 ฝึกให้เป็นคนที่มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น รู้จักการผ่อนปรนและการให้อภัย รู้จักเห็นใจผู้อื่น ช่วยเหลือผู้อื่น

3.1.7 ฝึกตนให้เป็นคนที่มีอารมณ์ขัน ยอมรับความทุกข์ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างไม่หวาดกลัว

3.1.8 ฝึกจิตใจให้สงบ ไม่คิดฟุ้งซ่าน เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ เป็นต้น

3.2 การปฏิบัติเมื่อมีความเครียด การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีที่ถูกต้อง มีความสำคัญสำหรับการดำรงชีวิตประจำวันของเรา ซึ่งอุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2541, อ้างถึงในสุริรัตน์ นิมเพ็ชร 2546: 24) กล่าวว่า ความเครียดในระดับต้นๆนั้นสามารถคลี่คลายด้วยตนเองได้โดยวิธีคลายเครียด ดังนั้นเมื่อผู้ใหญ่วัยกลางคนเครียด ควรปฏิบัติตนดังนี้

3.2.1 หาทางระบายความเครียดออก เช่น การเล่าเรื่องหรือขอคำปรึกษาแนะนำจากผู้ใกล้ชิดหรือไว้ใจหรือเชี่ยวชาญ เช่น พ่อแม่ สามี ภรรยา เพื่อนสนิท ศูนย์ฮอตไลน์ของหน่วยราชการ หรือเอกชนที่เปิดบริการให้คำปรึกษา

3.2.2 การออกกำลังกาย หรือการทำกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ตามที่ตนชอบ และถนัดเพื่อเป็นการผ่อนคลาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ(อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม 2541, อ้างถึงในสุริรัตน์ นิมเพ็ชร 2546: 25) ทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนสารสุขเอนโดฟินออกมาซึ่งเป็นตัวทำลายฮอร์โมนสารทุกข์ได้ การออกกำลังกายควรเป็นแบบแอโรบิก

3.2.3 ไม่ควรใช้ยากระตุ้น ยานอนหลับหรือยาคลายเครียดโดยไม่ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ เพราะอาจเกิดอันตรายได้

3.2.4 ควรไปพบจิตแพทย์ ที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรง เพื่อขอคำปรึกษาแนะนำ ถ้าอาการเครียดยังไม่หายโดยไม่คิดว่าเป็นสิ่งที่น่าละอายหรือหวาดกลัวที่จะถูกกล่าวหาว่าป่วยทางจิต

อารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อสุขภาพ เช่น การไหลเวียนของโลหิตเร็วขึ้นเมื่อมีความรัก ความสุข สนุกสนาน ทำให้ร่างกายหลั่งสารแห่งความสุข(เอนโดฟิน) ส่งผลให้ร่างกายตื่นตัว การทำงานของสมองดี ความคิดอ่านดี เมื่ออารมณ์ไม่ดีจะทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงเช่นกัน เช่น รับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด ก้าวร้าว ความดันโลหิตสูง ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจแรงและเร็วขึ้น การรู้จักควบคุมและจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสมมีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้การดำรงชีวิตประจำวันมีความสุข ในการศึกษาพฤติกรรมผ่อนคลายความเครียดของผู้ใหญ่วัยกลางคนครั้งนี้ ผู้วิจัยจะสอบถามถึง การป้องกันความเครียด และการปฏิบัติเมื่อมีความเครียด และความถี่ในการปฏิบัติของผู้ใหญ่วัยกลางคน

4. อนามัยสิ่งแวดล้อม

อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ใหญ่วัยกลางคนในการสร้างหรือพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ สะอาดปลอดภัยไร้มลพิษ ได้แก่ การทำความสะอาดภายในและบริเวณบ้าน การกำจัดขยะที่ถูกต้อง และการหลีกเลี่ยงการใช้วัสดุที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

สภาพแวดล้อมในบ้านดีเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในครอบครัว ขณะเดียวกันก็ควรสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนโดยไม่ทิ้งขยะมูลฝอยในแหล่งน้ำลำคลองพัฒนาปรับปรุงสถานที่ใกล้บ้านให้เป็นสถานพักผ่อน ออกกำลังกาย เพื่ออนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ชุมชนสะอาดและน่าอยู่ พัฒนาดลาดศคน่าซื้อ มีการกำจัดแมลงและพาหะนำโรค เช่น แมงวัน แมลงสาบ หนู ยุง สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้จัดทำแผนสำหรับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมไว้ดังนี้ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2549:14-19)

การกำจัดขยะและควบคุมแมลง/ พาหะนำโรค

1. ขยะ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงและพาหะนำโรค จึงควรมีการเก็บรวมอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยเก็บรวบรวมไว้ในที่รองรับขยะ หรือถังขยะ ก่อนที่จะนำไปกำจัดอย่างถูกวิธี

2. ถังขยะที่เหมาะสมในบ้านเรือน

- 2.1 ทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทาน ไม้รั่วซึม
- 2.2 มีความจุไม่เกิน 20 ลิตร
- 2.3 มีฝาปิด
- 2.4 ควรใช้ถุงพลาสติกรองด้านในถังขยะ

3. ในกรณีฉุกเฉิน ไม่มีภาชนะรองรับถังขยะ ควรแยกจัดเก็บเป็น 2 ประเภท คือ ขยะเปียกและขยะแห้ง เพื่อสะดวกในการกำจัด โดยเก็บรวบรวมขยะ แยกขยะถุงดำ มัดปากถุงให้แน่นนำไปรวมที่ที่พักขยะ

4. การกำจัดขยะด้วยวิธีอย่างง่าย

- 4.1 การเผา เก็บรวบรวมเศษขยะ สิ่งปฏิกูล นำไปเผา
- 4.2 การฝัง ขยะสิ่งปฏิกูลที่ย่อยสลายได้ เช่น เศษอาหาร ซากสัตว์ มูล ฯลฯ ให้รวบรวมทิ้งในหลุม โรยทับด้วยปูนขาว และฝังกลบไม่ให้สัตว์คุ้ยเขี่ย หรือแมลงวันวางไข่
- 4.3 บริเวณใดที่ไม่เหมาะสมกับพื้นที่ฝังกลบให้นำขยะสิ่งปฏิกูลใส่ถุงดำ และมัดถุงให้แน่น นำไปรวมไว้เพื่อรอหน่วยงานท้องถิ่นนำไปกำจัด

5. การควบคุมแมลงและพาหะนำโรค

5.1 กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์แมลงและพาหะนำโรค โดยการเก็บขยะมูลฝอย ระบายน้ำขังในบริเวณพื้นที่ต่างๆ หรือขุดรางระบายน้ำเสียหรือกบฝังแหล่งน้ำเสียในระยะ 30 เมตร จากบ่อน้ำ

5.2 จัดหน่วยพ่นเคมีกำจัดแมลงและพาหะนำโรคตามแหล่งชุมชนและหมู่บ้าน

5.3 ส้วมที่ชำรุดเสียหายควรเร่งซ่อมแซมให้ใช้งานได้ดี ไม่มีสิ่งปฏิกูลรั่วไหล ออกมาภายนอก และดูรักษาความสะอาดอยู่เสมอ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่า การดูแลสิ่งแวดล้อมที่ดี จะช่วยลดมลภาวะที่เป็นพิษ และส่งเสริมให้สุขภาพทางกายและจิตใจที่ดีของผู้ใหญ่วัยกลางคน ในการศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้ใหญ่วัยกลางคนครั้งนี้ผู้วิจัยจะสอบถามถึง การปฏิบัติในการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้ใหญ่วัยกลางคน

5. อโรคยา

อโรคยา หมายถึง การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพหรือ การปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ใหญ่วัยกลางคนในการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ และ การตรวจสุขภาพประจำปี โรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพคนไทยและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรค มะเร็ง โรค เบาหวาน และ โรคเอดส์ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ขาดความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเอง เราควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคต่างๆเหล่านี้ โดย

1. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ลดการรับประทานอาหารเค็มจัด หวานจัด ไม่รับประทานอาหารสุกๆดิบๆหรืออาหารที่มีสารปนเปื้อน

3. จัดการกับความเครียด โดยทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ

การตรวจสุขภาพประจำปี จำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ต้องควบคุม และบอกแนวโน้มนการเป็นโรคหัวใจ เพราะการตรวจสุขภาพจะทำให้เราทราบว่าภาวะความดันโลหิต ไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูงหรือไม่ ถ้าสูงก็จะได้หาทางแก้ไขก่อนที่จะสายเกินไป นอกจากนี้ยังเป็นการตรวจและซักประวัติว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจต่างๆ เช่น ประวัติของครอบครัว ญาติพี่น้องว่าเป็นโรคหัวใจหรือไม่ เพราะโรคหัวใจบางชนิดถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ และหากท่านมีอายุ 40 ปีขึ้นไป จะต้องได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

เพื่อตรวจสอบสถานะการทำงานของหัวใจว่ามีความผิดปกติหรือไม่ หากมีความผิดปกติแพทย์จะทำการตรวจพิเศษอย่างอื่นต่อไป

การตรวจสุขภาพประจำปี หรือการตรวจร่างกายโดยทั่วไป เพื่อค้นหาความเจ็บป่วย (เลิก ณะสิริ 2550:132-134) ได้แนะนำไว้ ดังนี้

1. ตรวจปอดโดยรังสีปัลครั้ง เพื่อตรวจสอบมะเร็ง วัณโรค หลอดลมอักเสบ และถุงลมโป่งพอง

2. ตรวจหัวใจโดยตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography หรือ EKG) ปีละครั้ง เพื่อดูสมรรถนะของหัวใจ และควรให้แพทย์ตรวจหัวใจโดยทั่วไปเพื่อสำรวจลิ้นหัวใจ

3. ตรวจระบบประสาททั่วไป เพื่อดูสภาพสัมผัสทั้ง 5 นับตั้งแต่ ตา หู จมูก ปาก ฟัน ลิ้น และกายสัมผัส

4. เพศชายให้สังเกตการถ่ายปัสสาวะ ถ้ามีอาการถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย ก็ควรได้รับการตรวจต่อมลูกหมาก ซึ่งอาจโตกว่าธรรมดาหรือโตเพราะมะเร็ง

5. เพศหญิงให้รู้จักสังเกตก่อนเนื้องอกที่เต้านม (โดยสามารถตรวจด้วยตนเอง) มะเร็งปากมดลูกและก่อนเนื้องอกมดลูกหรือรังไข่ จำเป็นต้องให้แพทย์เฉพาะทางตรวจปีละครั้ง

6. ตรวจเลือด เพื่อหาความผิดปกติ เช่น ตรวจน้ำตาลเพื่อตรวจเบาหวาน ตรวจคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) เอชดีแอล (HDL) เพื่อหาระดับไขมันในเลือด ตรวจระดับเอนไซม์จากตับได้แก่ เอสจีโอที (SGOT หรือ Serum glutamic oxaloacetic transaminase) และ เอสจีพีที (SGPT หรือ Serum glutamic pyruvic transaminase) เพื่อตรวจหน้าที่ของตับ ตรวจยูเรีย-ไนโตรเจน (BUN หรือ blood urea nitrogen) ครีอะตินีน (Creatinine) กรดยูริก (Uric acid) แอลบูมิน (albumin) โกลบูลิน (Globulin) โซเดียม (Sodium) โพแทสเซียม (Potassium) เพื่อตรวจหน้าที่ของไต ตรวจวีดีอาร์แอล (VDRL) เพื่อตรวจหาเชื้อซิฟิลิส

จากที่กล่าวมาข้างต้นการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขจะส่งผลดีกับสุขภาพของผู้ใหญ่วัยกลางคนตามมา ในการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของผู้ใหญ่วัยกลางคนครั้งนี้ผู้วิจัยจะสอบถามถึงการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองโดยการลด ละ เลิกจากพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่วัยกลางคน

6. อบรมมุข

อบรมมุข หมายถึง การกระทำของผู้ใหญ่วัยกลางคนในการลด ละ เลิกจากสารเสพติดที่ทำลายสุขภาพ การเล่นการพนัน และการสำส่อนทางเพศ

บุหรี สุรา ยาเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ ล้วนเป็นอบายมุขและเป็นภัยร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตใจ โดยจะกล่าวถึงอบายมุขพอสังเขปดังนี้

บุหรี มีสารนิโคตินก่อให้เกิดอันตราย เช่น ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง เส้นเลือดเลี้ยงสมองและหัวใจตีบทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และเป็นสาเหตุของมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งปอด มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งไต และมะเร็งปากมดลูก

ควันบุหรี มีสารน้ำมันทาร์ และสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิดในจำนวนนี้มากกว่า 60 ชนิด เป็นสารก่อมะเร็ง 80% ของโรคมะเร็งปอดเกิดจากการสูบบุหรีปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่มากกว่า 10,000 รายต่อปี ถ้าไม่สูบบุหรีจะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปอดได้ประมาณ 8,000 รายต่อปี สำหรับผู้ที่สูบบุหรี ถ้าหยุดสูบสามารถป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปอดได้ 60-70% (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2550 : 38, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ม.ป.ท. : 9)

สุรา แอลกอฮอล์ที่แฝงอยู่ในสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดจะทำลายเซลล์ประสาทสมองในระยะแรกทำให้ขาดสติก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทและอุบัติเหตุ ทำให้เสียบุคลิกภาพในระยะยาวจะทำให้ความจำเสื่อม เป็นแผลในกระเพาะอาหาร ดับแข็ง ความดันโลหิตสูง เป็นพิษสุราเรื้อรัง และโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งหลอดอาหาร ผู้ที่ดื่มสุรามากกว่า 60 กรัมของเอทิลแอลกอฮอล์ต่อวัน (3 แก้ว) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเป็น 9 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่ม แต่ถ้าดื่มสุรามากกว่า 60 กรัม ของเอทิลแอลกอฮอล์ และเป็นผู้ที่สูบบุหรีมากกว่า 20 มวนต่อวันด้วยจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเป็น 50 เท่า

ข้อแนะนำ

1. ไม่ดื่มสุรา แต่ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ชายไม่ควรดื่มเกิน 2 แก้วต่อวัน ผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 1 แก้วต่อวัน

2. เบียร์ มีแอลกอฮอล์ 7 % = 288 มิลลิลิตร ไม่ควรดื่มเกิน 1 ขวดเล็ก

3. ไวน์ มีแอลกอฮอล์ 13 % = 153 มิลลิลิตร ไม่ควรดื่มเกิน 1 แก้ว

4. สุรา มีแอลกอฮอล์ 37.5 % = 53 มิลลิลิตร ไม่ควรดื่มเกิน 1 แก้ว

การดื่มสุราหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผู้ใหญ่วัยทำงานดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียดและลดความวิตกกังวล และมักจะใช้ในการพบปะสังสรรค์ หรือพักผ่อนหย่อนใจ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสังคมและสุขภาพเป็นปัญหาอาชญากรรม อุบัติเหตุ ปัญหาครอบครัว และปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆตามมา

(กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2550 : 39 , สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ม.ป.ท. : 11)

การพนัน เป็นอบายมุขที่ทำให้สูญเสียเงินทองและทรัพย์สินจำนวนมากรวมทั้งเสียสุขภาพ ผู้เล่นมักหมกมุ่น ต้องการเอาชนะ ทั้งๆที่โอกาสในการชนะมีน้อยมาก หากชนะก็สร้างศัตรู หากแพ้ก็เครียด เป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง และอาจทำใ้ครอบครัวแตกแยกกลุ่มจมน้ำได้ ดังนั้นจึงไม่ควรยุ่งเกี่ยวกับการพนันเด็ดขาด

สารเสพติด ตามราชกิจจานุเบกษา(กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข 2542 : 23) หมายถึง สารเคมีและวัตถุใดๆซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะ การรับประทาน ดม นิด และด้วยวิธีการใดๆแล้วทำให้เกิดผลทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา ทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจทรุดโทรมลง สิ่งเสพติดให้โทษทางกฎหมาย ได้แก่ ยาบ้า เฮโรอีน แอมเฟตามีน และอนุพันธ์ของฝิ่น และนอกจากนั้นยังประกอบด้วยสารเคมีทางอุตสาหกรรมบางตัวที่กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอุตสาหกรรมประกาศเป็นสารเสพติดชนิดระเหย ได้แก่ ทินเนอร์ แลคเกอร์ กาวอินทรีย์ธรรมชาติ และกาวอินทรีย์สังเคราะห์ เป็นต้น

สารเสพติดในปัจจุบันมี 4 ประเภท ซึ่งมีผลต่อร่างกาย จิต ประสาท แตกต่างกันไป ในแต่ละประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เป็นสารเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง ที่มีฤทธิ์ต่อการทำงานของประสาทส่วนกลาง มีผลต่อระบบการสัมผัส ความนึกคิด ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาจมีม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็วขึ้นได้ สารเสพติดประเภทนี้ได้แก่ ยาบ้า เฮโรอีน และแอมเฟตามีน

ประเภทที่ 2 เป็นสารเสพติดที่มีผลไปกระตุ้นประสาทส่วนกลาง จะทำให้ผู้เสพเกิดอาการซึมเศร้า กระตุ้นการหายใจให้ผิดปกติ ลดความอยากอาหาร มีผลในระยะสั้นๆแต่ถ้าใช้ยานี้บ่อยๆหรือใช้นานๆเข้า จะมีการติดยาตามมา ยาบางตัวทำให้ผู้เสพมีอาการง่วงนอน ถ้าไม่ใช้ก็จะนอนไม่หลับ แต่ถ้าใช้เกินขนาดก็ทำให้เกิดอาการหมดสติ สารเสพติดประเภทนี้ยังนำมาใช้ในทางการแพทย์ด้วย เช่น มอร์ฟีน โคเคอีน และฝิ่น

สารประเภทที่ 3 และ 4 เป็นสารเคมีที่นำมาผลิตเป็นสารเสพติดประเภทที่ 1 และ 2 ไม่ได้ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์เลย จะมีผลทำให้เกิดอาการกระวนกระวายและหากใช้เป็นประจำจะเกิดการขาดยาและมีอาการที่เรียกว่า ถอนยา มีอาการเกร็งที่กล้ามเนื้อและชัก สารเสพติดประเภทนี้ได้แก่ อาซิติกแอนไฮไดรด์ หรือเรียกว่า สารเอเอ และสารอาเซทิลคลอไรด์ เป็นต้น

สารเสพติด เป็นปัญหาสังคมที่รุนแรงและน่าเป็นห่วง สารเสพติดที่กำลังแพร่ระบาดในสังคมไทยขณะนี้ คือ ยาบ้า กัญชา กาว ทินเนอร์ เฮโรอีน รวมถึงสารต่างประเทศอื่นๆ เช่น โคเคน ยาอี ยาเลฟ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เชื่อว่าสารเสพติดบางชนิดช่วยให้สบายใจ หรือช่วยให้ทำงานได้มาก และลดความเครียดได้ จึงเสพติดเพื่อหนีปัญหา สารเสพติดจะส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมชุ่มพอม อารมณ์ฉุนเฉียว หรือบางคนเจ็บขริมผิปกติ บางคนมีอาการรุนแรงขึ้นลงแดง

การสำล่อนทางเพศ การสำล่อนทางเพศ เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น กามโรค และเอดส์ ซึ่งยังไม่มียารักษาให้หายได้ จึงควรงดการสำล่อนทางเพศ การไม่สำล่อนทางเพศเป็นวิธีการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดีที่สุด แต่หากไม่สามารถทำได้ต้องมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยการใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ กับหญิงบริการหรือคนแปลกหน้า ไม่ควรเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ควรมีรักเดียวใจเดียว ซื่อสัตย์กับสามีหรือภรรยาเท่านั้น งดเที่ยวสถานบริการทางเพศ หรือสถานเริงรมย์ จะสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข 2542 : 16)

จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ทราบว่าอบายมุขก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ถ้าผู้ใหญ่วัยกลางคนมีพฤติกรรมข้องเกี่ยวกับอบายมุข อาจส่งผลต่อสุขภาพตามมาในการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านอบายมุขของผู้ใหญ่วัยกลางคนครั้งนี้ผู้วิจัยจะสอบถามถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการลดละเลิกจากอบายมุข ของผู้ใหญ่วัยกลางคน

1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองและผู้ใหญ่วัยกลางคน

ในการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่หลายงาน ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองได้ดังนี้

วรรณิ จันทร์สว่าง(2548: บทคัดย่อ) ศึกษากระบวนการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในภาคใต้ และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพที่มีกระบวนการเรียนรู้แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพจำนวน 400 ราย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรค และการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก กลุ่มตัวอย่างที่มีแหล่งเรียนรู้ที่แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เรียนรู้ทั้งจากสื่อและบุคคลที่หลากหลายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า

กลุ่มที่เรียนรู้จากสื่อและบุคคลที่ไม่หลากหลาย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้และมีวิธีการเรียนรู้ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

เบญจมาศ เจริญสุข(2541: ง) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง 381 คน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้มีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรีได้ร้อยละ 53.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จรุง วรบุตร (2550 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคนอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 349 คน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการป้องกันโรคของประชาชนวัยกลางคนอยู่ในระดับมาก ส่วนพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 21.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ซินเดอร์ (Zehnder 1997, อ้างถึงในพรพิมล หงษ์ไทย 2543:41) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติดูแลตนเองในระหัดหมดประจำเดือนและความพร้อมในการดูแลตนเองของสตรีวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์จากสำนักทะเบียนการศึกษาศาสตร์รัฐมิชิแกนจำนวน 188 ราย ที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี พบว่า อายุ ทัศนคติ แรงจูงใจภายในสามารถทำนายได้ร้อยละ 49.00

วอกเกอร์และคณะ(Walker et al. 1988, อ้างถึงในเอมอร์ โพธิ์ประสิทธิ์ 2548: 73) ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยกลางคน จำนวน 542 คน แบ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น(18-34 ปี) จำนวน 137 คน วัยกลางคน(35-54 ปี) จำนวน 188 คน และวัยสูงอายุ(55-88 ปี) จำนวน 97 คน พบว่า วัยสูงอายุมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าวัยกลางคนและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และเมื่อพิจารณาวิถีชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านการบริโภค และการจัดการกับความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุดีกว่าวัยอื่น นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถชี้เป็นตัวทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 13.40

จากแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคนเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการในทางที่เสื่อมถอยลง ทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพหากมีพฤติกรรมดูแล

สุขภาพตนเองไม่เหมาะสม จึงมีความน่าสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองใน ผู้ใหญ่วัยกลางคน

1.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ใหญ่วัยกลางคน

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่ง que แสดงถึงค่านิยมที่บ่งบอกถึงคุณภาพพลังอำนาจ และ ความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และเพศยังป็นตัวแปรที่กำหนด ความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไปเพื่อกองไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ (Orem 1985, อ้างถึงใน จินตนา พรมลาย 2541 : 62) นอกจากนี้เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัวชุมชนและสังคมด้วย(Orem 1980 : 71) จึงมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับ เพศและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

ขวัญใจ ต้นต้วฒนเสถียร (2534 : 122) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เบญจมาศ เจริญสุข (2541: 97) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกััดสรรกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง 381 คน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนใน เขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี

จินตนา พรมลาย(2541 : 113) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย กลุ่มตัวอย่าง304 คน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่มีความสัมพันธ์รายด้านต่อความ แปรปรวนของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การบริหาร จัดการ ความเครียด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพประจำปีอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการ รับประทานอาหารได้ดีที่สุดร้อยละ 40.70

หวานใจ ขาวพัฒนพรธม (2543 : 96) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คนเก็บ รวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม พบว่า เพศ มีอิทธิพลในทางลบต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และ สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 4.50

นภาพร โดมทอง(2545 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

อุดมศักดิ์ แสงวนิช (2546 :78) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 482 คนพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จรุง วรบุตร (2550 : 76) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 349 คน พบว่า ประชาชนวัยกลางคนที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

พาแลงค์ (Palank 1991: 823) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่น พบว่าเพศ หญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และวัยรุ่นเพศหญิงจะมีสุขภาพอนามัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและวิธีผ่อนคลายดีกว่าเพศชาย

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าเพศมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรเพศมาศึกษาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่ วัยกลางคน

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นการช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและ ชีวิตในทุกด้าน ทำให้เกิดการพัฒนาตนเองให้เจริญงอกงามทางด้านสติปัญญา ดำรงชีวิตอยู่ใน สังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจึงมี ผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับระดับการศึกษากับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

เบญจมาศ เจริญสุข (2541 : 99) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี กลุ่ม ตัวอย่างเป็นประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 381 คน พบว่า ระดับ การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาล เมืองสุพรรณบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และประชาชนวัยกลางคนที่มีการศึกษา สูงกว่าประถมศึกษา มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าประชาชนวัยกลางคนที่มีการศึกษาสูงกว่า ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

ชลลดา ไชยกุลวัฒนา(2542 :128) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริม สุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่

ตอนต้นจำนวน 270 คน พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

หวานใจ ขาวพัฒนาพรรณ(2543 : 96) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน พบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลในทางบวกต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 1.90

วิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง (2547 : 76-77) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 คน พบว่าสตรีวัยทองที่มีการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพดีกว่าสตรีวัยทองที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ส่วนคู่อื่นไม่พบความแตกต่าง

วรารัตน์ รุ่งเรือง (2548 : 87) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง 248 คน พบว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรินทร์พร ฝีกวาจา (2548 : 89-92) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ซึ่งปฏิบัติราชการอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 220 คนพบว่า พยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

จรุง วรบุตร (2550 : 80) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคนอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 349 คน พบว่า ประชาชนวัยกลางคนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

วอคเกอร์และคณะ (Walker et al. 1988, เอเมอร์ โพรธีประสิทธิ์ 2548 : 73) ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยกลางคน จำนวน 542 คน แบ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น(18-34 ปี) จำนวน 137 คน วัยกลางคน (35-54 ปี) จำนวน 188 คน และวัยสูงอายุ(55-88 ปี) จำนวน 97 คน พบว่าวัยสูงอายุมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าวัยกลางคนและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และเมื่อพิจารณาวิถีชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านการบริโภค และการจัดการ

กับความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุดีกว่าวัยอื่น นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถใช้เป็นตัวทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 13.40

แจคสันและคณะ(Jackson et.al.1991, อ้างถึงในพรพิมล หงษ์ไทย 2543 : 41)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะการหมดประจำเดือนกับภาวะสุขภาพสตรีแอฟริกา-อเมริกาที่มีอายุระหว่าง 25-75 ปี จำนวน 522 คน พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพราะการศึกษาเป็นการเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีสติปัญญา สามารถเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารและการเรียนรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองได้ดี ดังนั้นบุคคลที่มีการศึกษาสูงจึงน่าจะมีความรู้และมีการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องและดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรด้านระดับการศึกษามาศึกษาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

อาชีพ เป็นหนทางของรายได้ของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจของครอบครัว มีผลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในครอบครัวและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง จึงได้มีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอาชีพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

สุทรนิจ หุณหสาร(2539 : 44) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี จำนวน 380 คน พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

เบญจมาศ เจริญสุข (2541 : 100) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 381ราย พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ศิริทิพย์ โคนสันเทียะ(2541: 60) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 450 คนพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยพบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอาชีพไม่ใช้แรงงานมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าสตรีวัยหมดประจำเดือน ที่มีอาชีพใช้แรงงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชลลดา ไชยกุลวัฒนา(2542 : 128) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจำนวน 270 คน พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กิริยา ลาภเจริญวงศ์(2543 : 106) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูในเขตจังหวัดราชบุรี พบว่าสตรีวัยหมดระดูที่ประกอบอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพอื่นๆ

พรพิมล พงษ์ไทย (2543 : 46) ศึกษาการดูแลตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 45-54 ปี จำนวน 399 ราย โดยแบบสัมภาษณ์ พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี สตรีวัยหมดประจำเดือนที่ประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรมมีความสามารถในการดูแลตนเองมากที่สุดร้อยละ 63.20 รองลงมา เป็นสตรีวัยหมดประจำเดือนที่เป็นแม่บ้านและประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม อาชีพของสตรีวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง

วิภาพร ศักดิ์สุริยผลคุณ(2547 : 79-80) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 145 คนพบว่าสตรีวัยทองที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

วรารัตน์ รุ่งเรือง(2548 : 87) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง 248 คน พบว่าสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จรุง วรบุตร(2550 : 80) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคนอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 349 คน พบว่า ประชาชนวัยกลางคนที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าอาชีพมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรอาชีพมาศึกษาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

รายได้ประจำ เป็นพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการครองชีพ และการดำรงชีวิตของมนุษย์ ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จึงมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับรายได้ประจำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

สุทรนิจ หุณทสาร(2539 : 44) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี จำนวน380คนพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เบญจมาศ เจริญสุข(2541: 100-101)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรีจำนวน381ราย พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กชกร สมมั่ง(2542 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลลพบุรี พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลลพบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชลลดา ไชยกุลวัฒนา(2542 :128) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจำนวน 270 คน พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ลัดดา อุษะฮาด (2546 : 80) ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ ณ.แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำนวน 364 คน พบว่าหญิงมีครรภ์ที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุดมศักดิ์ แสงวนิช (2546 : 80) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 482 คน พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง(2547 : 81-82) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทองโรงพยาบาลศูนย์นครปฐมกลุ่มตัวอย่างจำนวน145คนพบว่าสตรีวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วรินทร์พร ฝีกวาจา(2548 : 91) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ซึ่งปฏิบัติราชการอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 220 คน พบว่าพยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพของไม่แตกต่างกัน

จรุง วรบุตร(2550 : 77) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคนอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 349 คน พบว่า ประชาชนวัยกลางคนที่มีรายได้ครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

แจคสัน และคณะ(Jackson et.al. 1991, อ้างถึงใน พรพิมล หงษ์ไทย 2543 : 41) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะการหมดประจำเดือนกับภาวะสุขภาพสตรีแอฟริกา-อเมริกาที่มีอายุระหว่าง 25-75 ปี จำนวน 522 คน พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

วอคเกอร์ และคณะ(Walker et al.1988, อ้างถึงใน เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์ 2548 : 73) ศึกษาความสัมพันธ์และรูปแบบของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยกลางคนจำนวน 542 คน แบ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น(18-34 ปี)จำนวน 137 คน วัยกลางคน(35-54 ปี)จำนวน 188 คน และวัยสูงอายุ(55-88 ปี)จำนวน 97 คน พบว่า วัยสูงอายุมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่าวัยกลางคนและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและเมื่อพิจารณาวิถีชีวิตรายด้านพบว่าด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านการบริโภค และการจัดการกับความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุดีกว่าวัยอื่น นอกจากนี้ยังพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถใช้เป็นตัวทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 13.40

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ารายได้ประจำมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรรายได้ประจำมาศึกษาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

ดัชนีมวลกาย น้ำหนักเป็นปัจจัยทางสรีระที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตจากการศึกษาของกิลล์(Gillum, et al.1982, อ้างถึงใน จินตนา พรมลาย 2541:65-66) พบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มมีผลต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิต นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าลดน้ำหนักตัวลง ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงก็จะลดลงเช่นกัน และมีนักวิชาการหลายท่านให้ข้อคิดว่าการลดน้ำหนัก อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะอาหารที่บริโภค การออกกำลังกาย และพันธุกรรมด้วย ซึ่งการลดน้ำหนักเป็นวิธีลดความดันโลหิตที่ได้ผล คนอ้วนมีอัตราเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตสูง 5-10 เท่า ของคนผอมเมื่อน้ำหนักตัวลดลง ปริมาณเลือดที่หัวใจจะต้องสูบฉีดแต่ละครั้งก็น้อยลงด้วย เพียงน้ำหนักลดลงประมาณ 2-4 กิโลกรัมก็จะทำให้โอกาสที่ไขมันจะ

เกาะเส้นโลหิตจนตีบตันน้อยลงมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

จूरรัตน์ เพชรทอง(2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี ระดับสัญญาบัตร จำนวน 169 คน ระดับประทวน จำนวน 450 คน พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี

สุกัญญา ไพทโสภณ(2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

วันเพ็ญ พูลทวี(2540 : ก) ศึกษาความสัมพันธ์ของอาหารบริโภค ดัชนีมวลกายและระดับไขมันในเลือดของหญิงอ้วนวัยผู้ใหญ่ : กรณีศึกษาแผนกโภชนาวิทยาและโภชนบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ของแผนกโภชนาวิทยาและโภชนบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 70 คน อายุระหว่าง 20-50 ปี พบว่า ร้อยละ 74.30 มีดัชนีมวลกายระหว่าง 25-29.9 กก.เมตร² และร้อยละ 25.70 ดัชนีมวลกายระหว่าง 30-40 เมตร² ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับไตรกลีเซอไรด์(TG)ปริมาณพลังงานทั้งหมด คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จินตนา พรมลาย(2541 : 113) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย กลุ่มตัวอย่าง 304 คน พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่มีความสัมพันธ์รายด้านต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมรับประทานอาหาร การบริหารจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพประจำปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ร้อยละ 31.20

อุดมศักดิ์ แสงวนิช (2546 : 81) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 482 คน พบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพมี 5 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจในตน ความรู้สึกมั่นคงในหน้าที่การงาน เพศ รายได้ครอบครัว

และดัชนีมวลกาย สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ร้อยละ 50.40 ตัวแปรที่ทำนายได้ดีที่สุดคือความเชื่ออำนาจภายในตนเองสามารถทำนายได้ร้อยละ 46.70

แจคสัน (Jackson et. al. 1991, อ้างถึงใน พรพิมล หงษ์ไทย 2543 : 41) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะการหมดประจำเดือนกับภาวะสุขภาพสตรีแอฟริกา-อเมริกา ที่มีอายุระหว่าง 25-75 ปี จำนวน 522 คน พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าดัชนีมวลกายมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรดัชนีมวลกายมาศึกษาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

การมีโรคประจำตัว เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีลักษณะอาการ โรคเรื้อรังรักษาไม่หายสืบเนื่องจากพฤติกรรมของบุคคล ต้องรับการตรวจรักษาโดยแพทย์และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในขณะนี้อาจได้รับการรักษาอยู่หรือไม่ได้รับการรักษาก็ได้ มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

หวานใจ ชาวพัฒนาพรรณ(2543 : 91) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

วิภาพร ศักดิ์สุริยผล (2547 : 76-80) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลสุรนัยนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 คน พบว่า สตรีวัยทองที่มีโรคประจำตัวต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน

อรชร โวทวี(2548 : 127) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 378 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะการมีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

จรุง วรบุตร(2550 : 77)ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคนอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 349 คน พบว่า ประชาชนวัยกลางคนที่มีภาวะสุขภาพต่างกันคือ มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง และมีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำตัวแปรด้านระดับการศึกษามาศึกษาเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

2. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

ความหมายของความรู้

กู๊ด(Good 1973 : 325)ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง(Fact) ความจริง(Truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆที่มนุษย์ได้รับแล้วรวบรวมสะสมไว้จากมวลประสบการณ์ต่างๆ

บลูม (Bloom 1974 : 137) นักการศึกษาชาวอเมริกันกล่าวว่า ความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีและขบวนการต่างๆหรือระลึกถึงโครงสร้างวัตถุประสงค์ ในด้านความรู้เน้นในเรื่องขบวนการทางจิตวิทยา ความจำเป็นและขบวนการเชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบใหม่

ระดับความรู้

บลูม (Bloom1974 : 201)ได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้ หรือการตอบสนองทางสติปัญญา(Cognitive Domain) เป็น 6 ระดับโดยเรียงจากพฤติกรรมขั้นง่ายไปสู่พฤติกรรมขั้นยาก ดังนี้

1. ความรู้(Knowledge) หมายถึง การจำและการระลึกได้ที่มีต่อความคิด วัตถุ และประสบการณ์ต่างๆ

2. ความเข้าใจ(Comprehension) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับการสื่อความหมาย และสามารถ แปล สรุป หรือขยายความสื่อความหมายนั้น

3. การนำไปใช้(Application) หมายถึงการนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์จริง

4. การวิเคราะห์(Analysis) หมายถึง การพิจารณาแยกแยะเนื้อหาออกเป็นส่วนย่อยๆที่มีความสัมพันธ์กัน

5. การสังเคราะห์(Synthesis) หมายถึง ความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆเข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์

6. การประเมินผล(Evaluation) หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับค่านิยม ความคิด คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ที่เกิดจากประสบการณ์ โดยที่ความรู้มีหลายระดับและและวัดได้

งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิดแรงจูงใจและความเชื่อ กล่าวคือ การที่ประชาชนมีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นความรู้ในการดูแลตนเองน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ของบุคคลแต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจที่จะสามารถส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม เพราะความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังอยู่ในความคิด ความเข้าใจซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผล ก็ตาม(จรรยา สุวรรณทัต 2534, อ้างถึงใน รัชนิย์ ไกรยศรี 2543 : 4) จึงมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับความรู้กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

ศุภวารินทร์ หันกิตติกุล (2539, อ้างถึงใน เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์ 2548 : 69) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ศศิกันต์ เฟื่องพาศ(2541 : บทคัดย่อ)ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงรับจ้างทำงานบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 ราย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของหญิงอาชีพรับจ้างทำงานบ้าน มีความสำคัญที่จะส่งผลให้หญิงกลุ่มนี้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพราะอาชีพนี้ส่วนใหญ่เป็นแรงงานผู้หญิงย้ายถิ่น มีฐานะยากจน อายุน้อย มีชั่วโมงการทำงานไม่แน่นอน และจัดเป็นแรงงานนอกระบบ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปดี แต่ขาดความรู้เรื่องสรีระและการป้องกันปัญหาสุขภาพผู้หญิง มีการรับประทานอาหารวันละ3 มื้อแต่ไม่ตรงเวลาไม่มีการออกกำลังกาย ไม่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้รับอุบัติเหตุในบ้านคือ เตารีดนาบและไฟฟ้าช็อต ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่เคยตรวจเต้านมตนเองและไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก และปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยคือ ไข้หวัด และปวดประจำเดือน

ลัดดา อุษาสอาด(2546 : 88-91) ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ ณ.แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำนวน 364 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

และความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 31.1 ด้านการป้องกันสุขภาพของหญิงมีครรภ์ร้อยละ 19.60

เอมอร์ โพรธีประสิทธิ์ (2548 : 109) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลบางแพ กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรของโรงพยาบาลบางแพ จำนวน 140 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ซินเดอร์ (Zehnder 1997, อ้างถึงใน พรพิมล หงษ์ไทย 2543 : 41) ศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแลตนเองในระยะหมดประจำเดือนและความพร้อมในการดูแลตนเองของสตรีวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์จากสำนักทะเบียนการศึกษาศาสตร์รัฐมิชิแกนจำนวน 188 ราย ที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่าความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่

วัยกลางคน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

3. แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่บุคคลพึงมีและเลือกปฏิบัติตาม เนื่องจากเป็นความเชื่อที่มีความเป็นเหตุเป็นผลและสามารถพิสูจน์ได้ตามหลักวิทยาศาสตร์แตกต่างจากความเชื่ออื่นๆ ความเชื่อด้านสุขภาพ คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ข้อสมมติฐานที่ติดแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นจริงของสิ่งนั้นๆ หรือสิ่งที่ควรจะเป็น เมื่อบุคคลเชื่อในสิ่งใดก็จะกระทำตามความเชื่อนั้น (Cloxaton 1987, อ้างถึงใน รัชนิย์ ไกรยศรี 2543 : 50) ซึ่งสอดคล้องกับรอกคิช (Rokeach 1970, อ้างถึงใน รัชนิย์ ไกรยศรี 2543 : 50) ที่กล่าวว่าความเชื่อเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง หรือสมมติฐานซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อในสิ่งนั้นๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป

สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ว่าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยให้ความสำคัญกับความเชื่อสุขภาพว่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กับความเชื่อด้านสุขภาพ มีทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการป้องกันโรคของบุคคล ที่เกี่ยวข้องดัง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief)

ในช่วงต้นปีค.ศ. 1950 พบว่า การป้องกันโรคซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการให้บริการทางสาธารณสุขไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ในการที่จะทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจสุขภาพเมื่อยังไม่แสดงอาการของโรค จากปัญหาดังกล่าว ฮอชบัมและโรเซนสตอค (Hochbaum, Rosenstock 1974, อ้างถึงใน รัชนิย์ ไกรยศรี 2543 : 57-59) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องทางจิตวิทยาสังคม โดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีของนักจิตวิทยาเคิร์ทเลวิน(Kurt Lewin 1951, อ้างถึงใน รัชนิย์ ไกรยศรี 2543 : 51) ซึ่งในมโนทัศน์ของเลวินจะอธิบายถึง ความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลว่าเกี่ยวข้องกับ Life space โดยประกอบด้วยค่านิยมเชิงบวก(Positive value) ค่านิยมเชิงลบ(Negative value)และค่านิยมที่เป็นกลาง(Neutral value) ซึ่งกิจกรรมและการแสดงออกของแต่ละบุคคลนั้นจะเป็นกระบวนการของแรงดึงของค่านิยมในเชิงบวกและเป็นแรงผลักดันของค่านิยมในเชิงลบ ซึ่งถ้าแรงผลักดันจากเชิงลบมากก็จะทำให้เกิดโรครุนแรงขึ้น ดังนั้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อในค่านิยมเชิงบวกมากกว่าในเชิงลบ เช่น ความยากลำบากต่างๆ ในการปฏิบัติรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสตอค(Rosenstock 1974, อ้างถึงใน รัชนิย์ ไกรยศรี 2543 : 57-59) และความเชื่อที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออกทางสุขภาพนั้นจะประกอบด้วยความเชื่อที่ว่า

1. การมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล
2. การเกิดโรคอาจมีความรุนแรงน้อย ปานกลาง หรือมาก
3. การปฏิบัติตัวที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่างๆหรือจะช่วยลดความรุนแรงของโรคก็ได้ แต่ขณะเดียวกันก็จะมีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือความเจ็บป่วยต่างๆ

ต่อมาเบคเคอร์ และไมแมน (Becker and Maiman 1974, อ้างถึงใน รัชนิย์ ไกรยศรี 2543 : 57-59) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่ โดยนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลและได้อธิบายถึงพฤติกรรมและการตัดสินใจ โดยเพิ่มองค์ประกอบขึ้นอีก เน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่จะแสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and enabling factor) ซึ่งรวมทั้งตัวแปรด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cure to action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถ

ในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of health behaviors) แนวคิดนี้ได้อธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (พิชาภรณ์ จันทนกุล 2541: 36-39) ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไป ในแต่ละบุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และรักษาสุขภาพในระดับที่ต่างกัน ซึ่งฮอชบัม (Hochbaum 1958, อ้างถึงใน รัชনী ไรยศรี 2543 : 57-59) กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ มีการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติ เบกเกอร์ (Becker, อ้างถึงใน รัชনী ไรยศรี 2543: 57-59) จึงสรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

การที่จะทราบว่าบุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพียงใดนั้น สามารถวัดได้ 3 ทาง

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่คุกคามต่อชีวิต บุคคลที่ไม่มีความเชื่อมั่นในแพทย์ วิธีการวินิจฉัย หรือผู้ที่ไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์จะทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนบิดเบือนจากความเป็นจริง เนื่องจากบุคคลที่เชื่อในการวินิจฉัยโรคจะคิดถึงความยากลำบากที่จะต้องประสบ เมื่อเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพนั้น ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้บุคคลมีความเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ ที่ถูกต้อง มีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้ความร่วมมือในการรักษา (Becker and Maimam 1975, อ้างถึงใน รัชনী ไรยศรี 2543 : 57-59) โดยเพนเดอร์ (Pender 1987, อ้างถึงใน รัชনী ไรยศรี 2543 : 57-59) กล่าวว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อรักษาโรค สอดคล้องกับพิมพัลย์ ปริตาสวัสดิ์ (2530, อ้างถึงใน รัชনী ไรยศรี 2543 : 57-59) ที่กล่าวว่า ความเชื่อในการวินิจฉัยของแพทย์และความเชื่อถือในประสิทธิภาพของแผนการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพของบุคคลซึ่งตรงกันข้ามกับบุคคลที่ไม่เชื่อในการวินิจฉัยโรคโดย เบกเกอร์ แดรกแมน และเคิร์ท (Becker, Drachman and Kirscht 1974, อ้างถึงใน รัชনী ไรยศรี 2543:57-59) ได้กล่าวถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหุน้ำหนักเรื้อรัง ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อ

ว่าตนเองป่วยเป็นโรคหูดน้ำหนวกเรื้อรัง เนื่องจากแพทย์ผู้ตรวจเป็นแพทย์ที่จบใหม่อายุน้อยจึงขาดความเชื่อถือ หรือการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บคอ แต่แพทย์ไปทำการตรวจหูและวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคหูดน้ำหนวกเรื้อรัง การที่ผู้ป่วยไม่เชื่อว่าตัวเองเป็นโรคหูดน้ำหนวกเรื้อรัง จึงทำให้ผู้ป่วยละเลยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และไม่เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อรักษาโรคหูดน้ำหนวก

ถ้าบุคคลมีความเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นได้อีก หรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มากขึ้น (Rosenstock 1974 , อ้างถึงใน รัชনী ไกรยศรี 2543 : 57-59) ซึ่งเบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman 1975, อ้างถึงใน รัชনী ไกรยศรี 2543 : 57-59) กล่าวว่าบุคคลที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงจะทำให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์คิดถึงความยากลำบากที่จะต้องประสบ เมื่อเผชิญกับปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นมีประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีตเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความยุ่งยากของการรักษาส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัว และสัมพันธภาพทางสังคมจะทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี จากการศึกษาของเอลลิง ไวท์มอร์ และกรีน (Elling, Whittemore and Green 1960, อ้างถึงใน รัชনী ไกรยศรี 2543 : 57-59) พบว่าการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำของไข้รูมาติกในบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการนำบุตรมารับยาและการมาตรวจตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไฮล์เซลแมน (Heinzelmann 1962, อ้างถึงใน รัชনী ไกรยศรี 2543 : 57-59) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจจากไข้รูมาติกของกลุ่มนักเรียนที่มีประวัติเคยป่วยเป็นไข้รูมาติกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาเพนนิซิลินตามแผนการรักษาของแพทย์ เบคเกอร์ และคณะ (Becker 1974, อ้างถึงใน รัชনী ไกรยศรี 2543 : 57-59) ศึกษาพบว่ามารดาที่มีการรับรู้ว่าบุตรของตนเองมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการอักเสบของหูชั้นกลางซ้ำอีกจะให้ความร่วมมือในการให้นมบุตร และการพาบุตรมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอมากกว่ามารดาที่ไม่มีการรับรู้ดังกล่าว

ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความเจ็บป่วยทั่วไป โดยบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีรับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้มากขึ้นจากการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker 1977, อ้างถึงใน รัชনী ไกรยศรี 2543 : 57-59) พบว่าการรับรู้ของมารดาที่แพทย์วินิจฉัยว่าบุตรมีน้ำหนักมากเกินมาตรฐานเกี่ยวกับโอกาสที่บุตรจะเกิดโรคต่างๆมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการควบคุมอาหาร

และการมาตรวจตามนัดซึ่งสอดคล้องกับกรณีการ เรือนจันทร์(2535, อ้างถึงใน รัชนิย์ ไกรยศรี 2543 : 57-59) ศึกษาว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

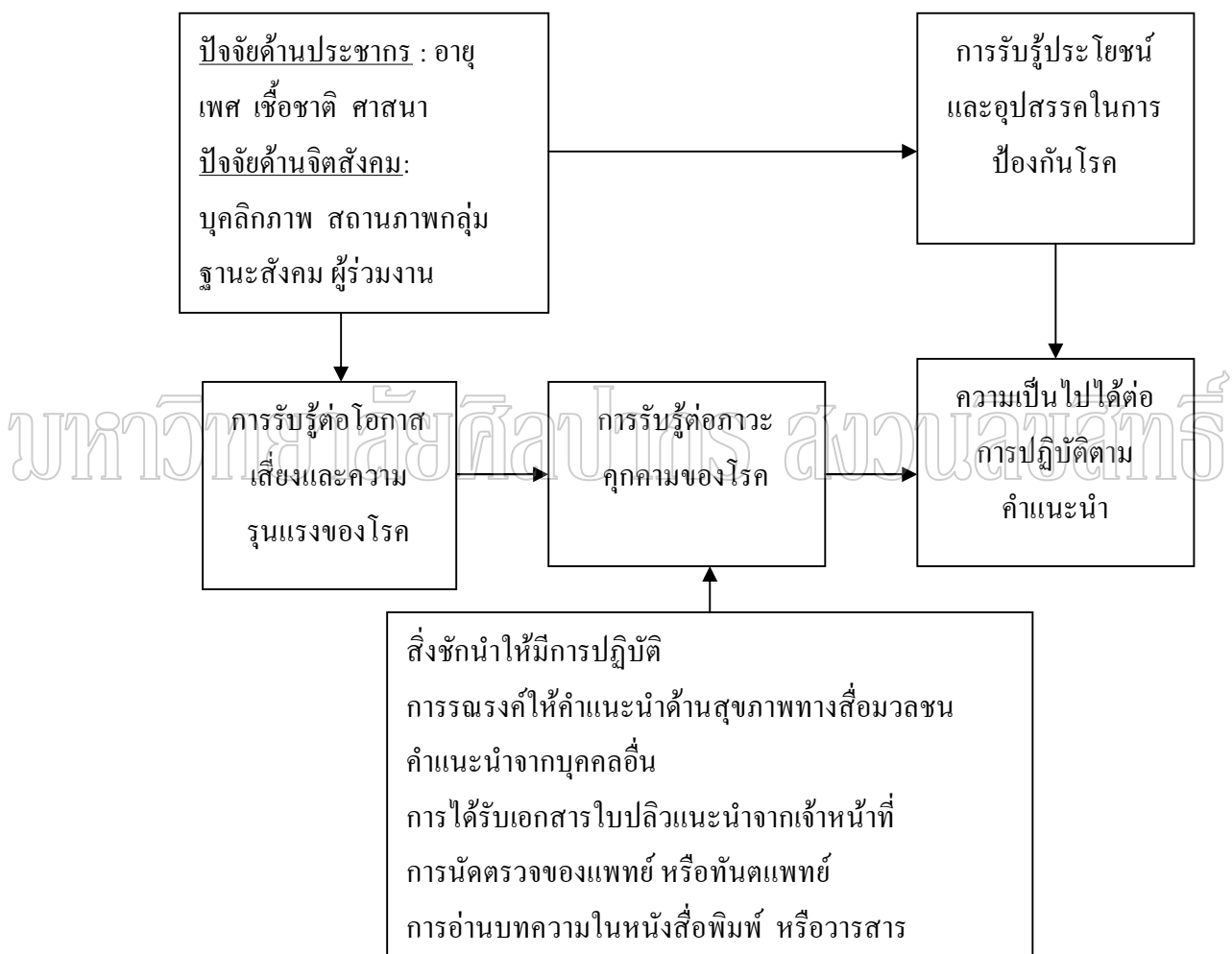
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค(Perceived Severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆจะมีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขาถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Backer 1977, อ้างถึงใน นิตยา ภาสุนันท์ 2529 : 1) สรุปว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ และผลที่ได้ในทางลบส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวลที่สูงหรือต่ำเกินไป

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค(Perceived benefits of taking the health action minus the barriers or cost of that action)และลดอันตรายจากการเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับ และปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติโดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรคหรือความยุ่งยากที่จะขัดขวางการปฏิบัติ นั้นจึงสรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคล

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ(Health motivation) (มาลินี จรูญธรรม 2541 : 38)ระดับความสนใจห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติรวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้

5. ปัจจัยร่วมต่างๆ (Modifying factor) หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพจะมีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำความต่อเนื่องในการรักษาหรือให้คำแนะนำทางสุขภาพและปัจจัยทางสังคม (social factors) เช่น บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนก็จะมีผลต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมทั้งสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การเจ็บป่วยต่างๆและสิ่งชักนำภายนอก

ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือสื่อสารมวลชนต่างๆ(Mass media communication) ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ยังต้องมีตัวแปรทางด้านประชากร (Demographic variables) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ รายได้ เป็นต้น ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง เป็นต้น



แผนภูมิที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน

ที่มา: Becker, M.H. *The health belief model and personal health behavior*. (New Jersey :Charles B. Slack, 1974), 7.

ในแนวคิดนี้อธิบายว่า เมื่อบุคคลจะแสวงหาการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยก็จะปฏิบัติตามความเชื่อสุขภาพโดยมีปัจจัยต่าง

เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามความเชื่อของแต่ละบุคคล ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์(Becker 1974, อ้างถึงใน รัชনী ไกรยศรี 2543 : 57-59)

งานวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงเลือกความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอสรุปรายละเอียดดังต่อไปนี้

กรณีการ เรือนจันทร์ (2535 : บทคัดย่อ)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 100 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมฤดี ชันยपालิต (2536 : ก-ข) ได้ศึกษารูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในหมู่บ้านโคกสะแบง จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 651 คน ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพ โดยส่วนรวม การรับรู้ต่ออุปสรรค การรับรู้ถึงประโยชน์ และการรับรู้ถึงความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ภาวินี โภคสินจรรย์ (2540 : บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลแม่และเด็ก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลนราธิวาส และโรงพยาบาลสตูลจำนวน 93 ราย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ผลการวิเคราะห์หัตถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 37.38

รัชনী ไกรยศรี(2543 : 119) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 180 คน พบว่า

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอยู่ในระดับสูง บุคลิกภาพที่เข้มแข็งอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.001 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผน การรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งด้านการควบคุม ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความเชื่อด้านสุขภาพด้าน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาเป็นกลุ่มตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยสามารถอธิบายความแปรผัน ได้ร้อยละ 42.72

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2545:บทคัดย่อ) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ศึกษาผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า รายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา และลักษณะครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 32.80

จากผลการศึกษาดังนี้เห็นได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ผู้วิจัยจึงมีสนใจที่จะศึกษาตัวแปรนี้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนอย่างไร

4 แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) มีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎี การเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งมีความเชื่อว่าคนและสิ่งแวดล้อมต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน คนไม่ได้เป็นเพียงผู้ตอบสนองต่ออิทธิพลของสิ่งเร้าจากภายนอกเท่านั้น แต่สามารถเลือก จัดระบบ และเปลี่ยนรูปลั้ที่มารกระทบได้ เป็นผู้ที่มีความว่องไวกระตือรือร้น มีความสามารถ ในการควบคุมตนเองและชี้นำตนเองได้ พฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทาง สิ่งแวดล้อมต่างมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

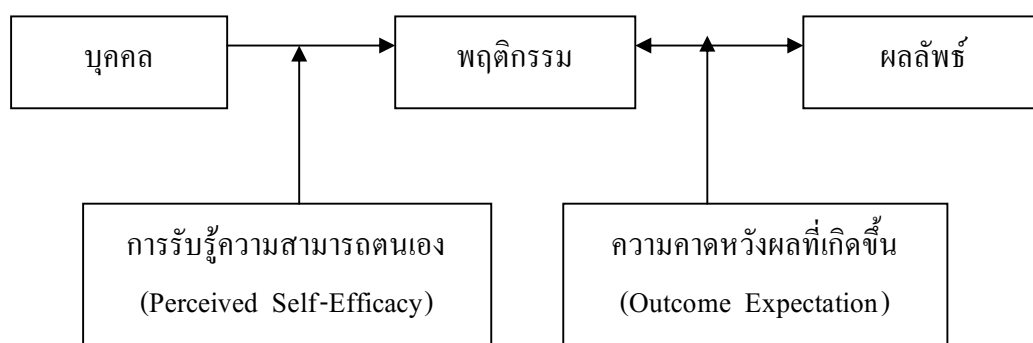
แบนดูรา(Bandura 1977, อ้างถึงใน เอมอร์ โพรธิ์ประสิทธิ์ 2548 : 35)ได้เสนอทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเน้นถึงความเชื่อของบุคคลในเรื่องที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยความสามารถของตนเองเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเองในลักษณะที่ เฉพาะเจาะจงและได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อ ในความสามารถของตนเอง ดังนั้น ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) จึงมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานเฉพาะ อย่างได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าจะต้องทำอะไรกับสิ่งที่ จะต้องปฏิบัติจริงๆ

ทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบนดูรา (Bandura 1977, อ้างถึงในเอมอร์ โพรธิ์ประสิทธิ์ 2548 : 35)เชื่อว่าการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ จะต้องวิเคราะห์ทั้งเงื่อนไข และสิ่งเร้าของพฤติกรรมซึ่งเน้นการเสริมแรงโดยเงื่อนไขนั้นๆให้คงอยู่ และศึกษาถึงตัวควบคุมภายนอกด้วยตัวเสริมแรงต่างๆ การมีปฏิกริยาสัมพันธ์ของพฤติกรรม อาจอธิบายได้ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ

1. พฤติกรรมเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
2. บุคคล
3. สิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura 1977, อ้างถึงใน เอมอร์ โพรธิ์ประสิทธิ์ 2548 : 36) ได้พัฒนาและทดสอบความสามารถของตนเอง โดยมีสมมติฐานของทฤษฎี คือ ถ้าบุคคล สามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเองโดยทราบว่า จะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีปฏิบัติตามดังกล่าว ต่อมาแบน ดูรา(Bandura 1977, อ้างถึงใน เอมอร์ โพรธิ์ประสิทธิ์ 2548 : 36)ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถ ตนเอง(Perceived Self-Efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จัดการและดำเนินการกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถ

ของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ หรือความเชื่อว่าตนจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวัง หรือการประมาณค่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับความคาดหวังผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome Expectation) แบบดูราได้เสนอเป็นแผนภูมิเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้



แผนภูมิที่ 3 แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา : Bandura ,A. "Self-Efficacy :Toward a Unifying Theory of Behavioral Change". *Psychological Reviewe* 84,3 (March 1977), 79.

จากโครงสร้างของทฤษฎีในแผนภูมิที่ 3 แสดงให้เห็นแนวคิดที่สำคัญ คือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ(Efficacy expectations)เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าสามารถทำพฤติกรรมต่างๆที่กำหนดไว้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต โดยพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรมเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์(Outcome expectations)เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะที่ปฏิบัติ อันนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้น สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำของตน

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองตัวนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ (Bandura 1977, อ้างถึงใน จารุวรรณ มณทิรัตน์ 2547 : 82) ดังนี้

ความคาดหวังในผลของการกระทำ

		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะ ทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
		มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน
		ต่ำ	

ภาพประกอบที่ 1 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

จากภาพประกอบที่ 1 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับความคาดหวังในผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นได้ว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกัน บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วย หรือมีความคาดหวัง ส่วนใดส่วนหนึ่งต่ำบุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำนั้นไม่สามารถจะ แยกแยะจากกันได้เด็ดขาดเพราะบุคคลจะมองผลการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งแสดงถึงความ พอเหมาะพอเพียงของพฤติกรรมที่ได้กระทำไปและยังเป็นสิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจอีกว่าจะ กระทำพฤติกรรมนั้น หรือพฤติกรรมอื่นใดต่อไปหรือไม่ และความคาดหวังในผลที่จะเกิดจาก การกระทำพฤติกรรม เนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใดแต่ความสามารถ ของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆมีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอีก ส่วนหนึ่งขึ้นกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ(Bandura 1977, อ้างถึงใน สุนันทา พันธุ 2544 : 46)

จากแนวคิดทฤษฎีข้างต้น สรุปได้ว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ เป็นการคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตในด้านสุขภาพ โดยบุคคลที่คาดว่าจะมีสุขภาพที่ดีในอนาคต และมีการวางแผนอนาคตเกี่ยวกับสุขภาพไว้ ซึ่งก็คือเป้าหมายเกี่ยวกับสุขภาพนั่นเอง เป้าหมายนี้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายหรือภาวะสุขภาพของตนและการ เปลี่ยนแปลงจากปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลกระทบกับความคาดหวังในการดูแลสุขภาพ ในกระบวนการของ ความคาดหวังในการดูแลสุขภาพนั้น บุคคลจะประมวลเหตุการณ์

ทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวในอดีตในการดูแลสุขภาพตนเองโดยบุคคลจะพิจารณาคุณค่าวิธีการและความคาดหวังที่สัมพันธ์ กับระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะเกิดผลที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม เพื่อต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรงปราศจากโรค

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถตนเองนั้นแบนดูรา(Bandura 1977 : 60) เสนอว่ามี 4 ประการดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ(Mastery experiences)แบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาความรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับทำให้บุคคลรับรู้ว่าเขาสามารถจะกระทำได้บุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถจะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ(modeling) การที่บุคคลได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองก็มีความสามารถประสบความสำเร็จได้ ถ้าพยายามอย่างจริงจังและไม่ย่อท้อ ลักษณะการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าบุคคลผู้สังเกตก็สามารถทำได้ ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆโดยให้ดูจากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับผู้สังเกต จะทำให้สามารถลดความกลัวต่างๆเหล่านั้นลงได้

3. การใช้คำพูดชักจูง(verbal persuasion)เป็นการบอกบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จ วิธีนี้ใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป แบนดูรากล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยได้ผลนักในการที่จะทำให้บุคคลสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองถ้าจะให้ได้ผลควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ โดยต้องค่อยๆสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน

4. การกระตุ้นอารมณ์(emotional arousal)ในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ตื่นเต้น อ่อนเพลีย หรือเมื่ออยู่ในสภาพการณ์ที่ถูกคุกคามกล่าว ตักเตือน จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะสร้างความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถตนเองต่ำ หรือกล่าวได้ว่าบุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อเขาอยู่ในสภาพการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่พอใจ

จากการอธิบายแนวคิดและทฤษฎีข้างต้น ทำให้ได้แนวทางในการศึกษาและกำหนดการรับรู้ความสามารถตนเองว่า ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การรับรู้ความสามารถของการดูแลสุขภาพ
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

สุครัตน์ ขวัญเงิน(2537 : จ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองสามารถทำนายวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 25.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุทธานิจ นุณทสาร (2539 : 160) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 380 คน ผลการวิจัยพบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนมีความเชื่อประสิทธิภาพในตนเองปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จุรีรัตน์ เพชรทอง(2540 : บทคัดย่อ)ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดสุพรรณบุรีระดับสัญญาบัตร จำนวน 169 คนระดับประทวน จำนวน 450 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนเองของข้าราชการระดับสัญญาบัตร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี และข้าราชการชั้นประทวนการรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี และเป็นตัวแปรลำดับที่ 1 ที่สามารถร่วมทำนาย กับทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 36.30

จินตนา พรมลาย (2541 : 113) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย กลุ่มตัวอย่าง 304 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่มีความสัมพันธ์ต่อความแปรปรวนของพฤติกรรมกรออกกำลังกายพฤติกรรมกรบริหารจัดการความเครียด

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายได้ดีที่สุดร้อยละ 33.10 และพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารได้ดีที่สุดร้อยละ 26.10

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541 : 118) ศึกษาอาการของภาวะหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน พบว่าความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จริยา สอนภักดี (2544 : 139) ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว อำเภอแกลง จังหวัดระยอง จำนวน 389 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารเป็นตัวแปรลำดับที่ 1 มีประสิทธิภาพในร่วมกับค่านิยมในการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหาร และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยภาพรวมร้อยละ 34.50

สุนันทา พันธุ(2544 : 98-100) ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือน ที่อยู่ในเขตอำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 300 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง ของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนอยู่ในระดับมาก และสามารถร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายนการปรับตัวต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 43.70

ลัดดา อุษะสะอาด (2546 : 88) ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จำนวน 364 คน พบว่า ความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และมีอิทธิพลในการทำนายนพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 24.60 ด้านการป้องกันสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 21.80

เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์ (2548 : 111)ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลบางแพกลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรของโรงพยาบาลบางแพจำนวน 140 คน พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบางแพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

วรินทร์พร ฝีกวาจา (2548 : 93) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ซึ่งปฏิบัติราชการอยู่ในโรงพยาบาล ศิริราช จำนวน 220 คน พบว่า ความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตน ของพยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือนอยู่ในระดับมาก และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือน ได้ร้อยละ 40.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

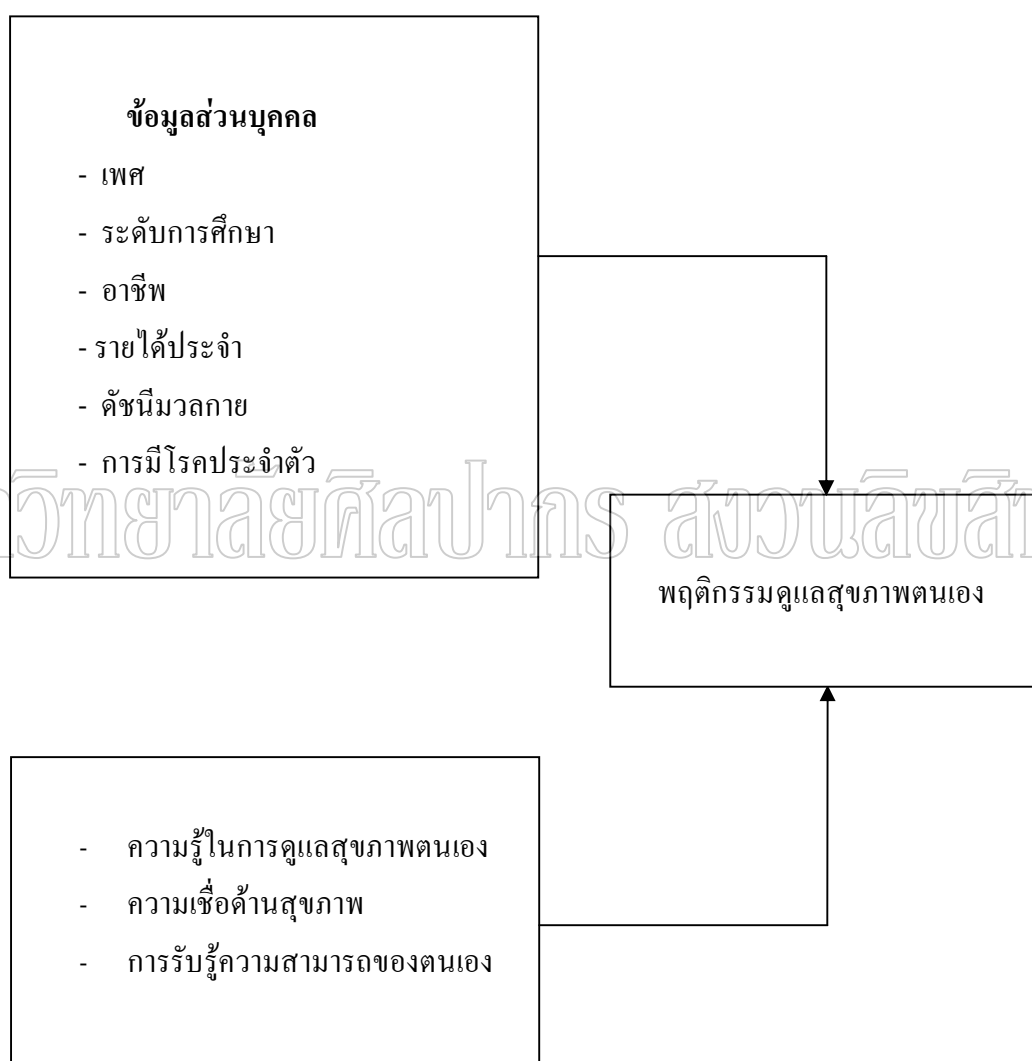
เพนเดอร์และคณะ (Pender et al. 1990, อ้างถึงใน เอมอร์ โพธิ์ประสิทธิ์ 2548 : 74) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในคนงานจำนวน 589 คนจาก 6 โรงงานที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของคนงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถร่วมทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31.00

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การก้าวสู่ภาวะวัยทองของผู้ใหญ่วัยกลางคนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆของร่างกายทั้งพัฒนาการทางกายจิตสังคม จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีปัจจัยเสี่ยงในการนำไปสู่โรคอันเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่สมดุลได้ง่าย และพบว่า งานวิจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ในวัยกลางคนเป็นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพจิต การออกกำลังกาย เป็นต้น ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางการแพทย์ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังเกตเห็นว่าประชากรกลุ่มอายุ 40-60 ปี เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อจากการมีพฤติกรรมที่ไม่สมดุล เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่เป็นจำนวนมาก จึงมีความสนใจในการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยนี้ เพื่อทราบถึงรูปแบบการปฏิบัติตนของผู้ใหญ่วัยกลางคนให้ชัดเจน และใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาให้เหมาะสม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่น่าสนใจ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง น่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดตัวแปรดังกล่าว มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัยไว้ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ตัวแปรที่ศึกษา
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นประชากรกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคนอายุระหว่าง 40-60 ปี ที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในอำเภอไทรโยคจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 7 ตำบล ได้แก่ กลุ่มสุขท่าเสา สิงห์ ไทรโยค วังกระแจะ ศรีมงคล และบึงต๋อ จำนวน 13,520 คน(อำเภอไทรโยค : 2550)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนอายุระหว่าง 40-60 ปี ที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 7 ตำบล ซึ่งการวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 375 คน โดยการเปิดตารางสุ่มของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, อ้างถึงใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2543 : 303) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มหมู่บ้าน

ใน 7 ตำบลมี 57 หมู่บ้าน ได้แก่ ตำบลสุขท่าเสาจำนวน 11หมู่บ้าน ตำบลท่าเสาจำนวน 11หมู่บ้าน ตำบลสิงห์จำนวน 6 หมู่บ้าน ตำบลไทรโยคจำนวน 8 หมู่บ้าน ตำบลวังกระแจะ

จำนวน 9 หมู่บ้าน ตำบลศรีมงคลจำนวน 8 หมู่บ้าน และตำบลบึงอู่จำนวน 4 หมู่บ้าน ทำการสุ่มแต่ละตำบลมาร้อยละ 50 จนครบ 28 หมู่บ้าน หมู่บ้านที่มีลักษณะคล้ายกันสุ่มมาเพียงหนึ่งได้จำนวนหมู่บ้าน ดังนี้

- 1.ตำบลลุ่มสุ่ม หมู่บ้านที่สุ่มได้ ได้แก่ 1,2,,6,8,10
- 2.ตำบลท่าเสา หมู่บ้านที่สุ่มได้ ได้แก่ 3,4,5,9,10
- 3.ตำบลสิงห์ หมู่บ้านที่สุ่มได้ ได้แก่ 3,4,6
- 4.ตำบลไทรโยค หมู่บ้านที่สุ่มได้ ได้แก่ 2,4,7,8
- 5.ตำบลวังกระแจะ หมู่บ้านที่สุ่มได้ ได้แก่ 1,2,4,6,7,8
- 6.ตำบลศรีมงคล หมู่บ้านที่สุ่มได้ ได้แก่ 1,2,6
- 7.ตำบลบึงอู่ หมู่บ้านที่สุ่มได้ ได้แก่ 1,3

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่มีอายุระหว่าง 40- 60 ปี ตามสัดส่วนจนครบจำนวน 375 คน หากครัวเรือนใดมีผู้ใหญ่วัยกลางคนมากกว่า 1 คนจะทำการสุ่มมา 1 คนโดยใน 1 ครัวเรือนจะสุ่มโดยการจับสลากมาเพียง 1 คนเท่านั้น

ตารางที่ 3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนอายุระหว่าง 40-60 ปี อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

ตำบล	หมู่ที่/ หมู่บ้านที่สุ่มได้	จำนวนประชากร(คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)	กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้(คน)
ลุ่มสุ่ม	1 วังโพธิ์	247	16	53
	2 เขาสามชั้น	215	15	
	6 ไทรทอง	83	7	
	8 ช่ออ้ายกลาง	53	5	
	10 ลุ่มสุ่ม	97	10	
ท่าเสา	3 ท่าเสา	679	37	81
	4 พองกะ	240	16	
	5 พุง	116	11	
	9 วังเขมร	135	12	
	10 หนองตาม่วง	49	5	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตำบล	หมู่ที่/ หมู่บ้านที่สุ่มได้	จำนวน ประชากร(คน)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง(คน)	กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ (คน)
สิงห์	3 หนองปลาไหล	91	10	40
	4 หนองปรือ	175	17	
	6 ท่าตาเสือ	148	13	
ไทรโยค	2 ท่าทุ่งนา	434	25	57
	4 แก่งจ้อ	258	17	
	7 วังนกแก้ว	68	5	
	8 ท่าเตียน	103	10	
วังกระแจะ	1 เขาช้าง	180	13	78
	2 หนองปลา	195	15	
	4 แก่งระเบิด	177	13	
	6 หาดจิว	167	12	
	7 พุทิวา	176	13	
	8 บึงตื้น้อย	153	12	
ศรีมงคล	1 หินดาด	207	15	42
	2 ท่ามะเดื่อ	156	12	
	6 หนองปลาชิว	201	15	
บึงตี้	1 บึงตื้นบน	164	12	24
	3 ท่าเหมือง	166	12	
รวมทั้งสิ้น	28	5,133	375	375

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่

1.1 เพศ แบ่งเป็น

1.1.1 ชาย

1.1.2 หญิง

- 1.2 ระดับการศึกษา แบ่งเป็น
 - 1.2.1 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
 - 1.2.2 มัธยมศึกษา
 - 1.2.3 อนุปริญญา/ ปวช/ปวส/ปวท
 - 1.2.4 ปริญญาตรีขึ้นไป
 - 1.3 อาชีพ แบ่งเป็น
 - 1.3.1 เกษตรกรรม
 - 1.3.2 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 - 1.3.3 รับจ้างทั่วไป
 - 1.3.4 รับราชการ/พนักงานรับเงินเดือน
 - 1.4 รายได้ประจำ แบ่งเป็น
 - 1.3.1 ไม่พอเพียง
 - 1.3.2 พอเพียง
 - 1.3.3 พอเพียงเหลือเก็บ
 - 1.5 มีโรคประจำตัว แบ่งเป็น
 - 1.5.1 มีโรคประจำตัว
 - 1.5.2 ไม่มีโรคประจำตัว
 - 1.6 ดัชนีมวลกาย แบ่งเป็น
 - 1.6.1 ผอม
 - 1.6.2 สมส่วน
 - 1.6.3 น้ำหนักเกิน
 - 1.6.4 เป็นโรคอ้วน
 2. ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง
 3. ความเชื่อด้านสุขภาพ
 4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง
- ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ใหญ่วัยกลางคน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ น้าหนักและส่วนสูงเพื่อคำนวณดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามนโยบายและมาตรการ 6 อ. ของ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ความรู้ด้านอาหาร ความรู้ด้านการออกกำลังกาย ความรู้ด้านการจัดการกับภาวะเครียด ความรู้ด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความรู้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพ ความรู้ด้านอบายมุข จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามโดยพัฒนาเครื่องมือตามคำนิยามศัพท์และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความรู้กำหนดดังนี้

ตอบถูกต้อง	ให้คะแนนเท่ากับ	1	คะแนน
ตอบผิด	ให้คะแนนเท่ากับ	0	คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 21 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างแบบสอบถาม โดยพัฒนาเครื่องมือตามคำนิยามศัพท์ และจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก และข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งลักษณะข้อคำถามทางบวก (Positive Statement) และลักษณะข้อคำถามทางลบ (Negative Statement) โดยกำหนดให้

5	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบคำถามมากที่สุด
4	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบคำถามมาก
3	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบคำถามปานกลาง
2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบคำถามน้อย
1	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของผู้ตอบคำถามน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการให้คะแนน สำหรับข้อคำถามที่แสดงถึงการมีความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ใหญ่วัยกลางคน หากตอบ 5, 4, 3, 2 และ 1 จะให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่ตรงกันข้ามได้แก่ข้อ 4, 6, 9, 11, 13, 18, 21 ให้คะแนนกลับกัน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 24 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างแบบสอบถาม โดยพัฒนาเครื่องมือตามคำนิยามศัพท์ และจากการทบทวนวรรณกรรม

ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) ประกอบด้วยตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ 5, 4, 3, 2, และ 1 โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก และข้อคำถามที่จะสร้างขึ้นมีทั้งลักษณะข้อคำถามทางบวก(Positive Statement) และลักษณะข้อคำถามทางลบ (Negative Statement) โดยกำหนดให้

5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ตอบคำถามมากที่สุด

4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ตอบคำถามมาก

3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ตอบคำถามปานกลาง

2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ตอบคำถามน้อย

1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแล
สุขภาพตนเอง ของผู้ตอบคำถามน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการให้คะแนน สำหรับข้อคำถามที่แสดงถึงการมี การรับรู้ความสามารถของ
ตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน หากตอบ 5, 4, 3, 2 และ 1 จะให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1
ตามลำดับ ไม่มีข้อคำถามทางลบ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน
ตามนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ 6 อ.ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 18 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยโดย
พัฒนาเครื่องมือตามค่านิยมศัพท์ และจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถาม
ปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale)ประกอบด้วยตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ 4, 3,
2, 1, 0 โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกและข้อคำถามที่จะสร้างขึ้นมีทั้งลักษณะข้อคำถาม
ทางบวก (Positive Statement) และลักษณะข้อคำถามทางลบ (Negative Statement) โดย
กำหนดให้

4 ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกรกระทำเพื่อดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้ตอบคำถามตั้งแต่ 5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์ หรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น

3 ปฏิบัติเป็นส่วนมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกรกระทำเพื่อดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้ตอบคำถามตั้งแต่ 3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์

2 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับกรกระทำเพื่อดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้ตอบคำถาม 2 วันในหนึ่งสัปดาห์

1 ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ตอบคำถาม 1 วันในหนึ่งสัปดาห์

0 ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับการกระทำเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ตอบคำถามเลย

เกณฑ์ในการให้คะแนน ลักษณะคำตอบของข้อคำถามที่แสดงถึงการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน หากตอบ 4, 3, 2, 1 และ 0 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย ไม่ปฏิบัติเลย ตามลำดับและจะให้คะแนน 4, 3, 2, 1 และ 0 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่ตรงกันข้ามได้แก่ข้อ 4, 14 ให้คะแนนกลับกัน

เกณฑ์การในการประเมินระดับของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ระดับคะแนนเฉลี่ย จากสูตรการหาอันตรภาคชั้น (กัลยา วานิชย์บัญชา 2545 : 27) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งจำนวนชั้นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง มาก โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนนดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{4 - 0}{3} = 1.33$$

การแปลความหมายคะแนนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0 - 1.33 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.66 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.67 - 4.00 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก

4. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

โดยในการสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบสอบถามโดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. กำหนดกรอบแนวคิดเพื่อสร้างแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

3. สร้างแบบสอบถามที่เนื้อหาครอบคลุมตามนิยามศัพท์ของการวิจัย และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิรวมทั้งสิ้น จำนวน 4 ท่าน

4. นำแบบทดสอบที่สร้างขึ้นและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตอำเภอไทรโยค ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย จำนวน 30 คน

5. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามดังนี้

5.1 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR_{20} ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson's Method, อ้างถึงใน มาเรียม นิลพันธ์ 2549 : 182) โดยใช้สูตรการหาความเชื่อมั่น ดังนี้

$$\text{สูตร } KR_{20} \quad R_u = (n/n-1) \left(1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right)$$

มหาวิทยาลัยศิลปากร สาขาวิชาศิลปการสงวนลิขสิทธิ์

เมื่อ	R_u	หมายถึง	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
	n	หมายถึง	จำนวนข้อสอบ
	p	หมายถึง	สัดส่วนของคนทำถูกในแต่ละข้อ
	q	หมายถึง	สัดส่วนของคนทำผิดในแต่ละข้อ ($q = 1 - p$)
	S^2	หมายถึง	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในวัยกลางคนเท่ากับ .625

5.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยโปรแกรมสำเร็จรูปได้ผลดังนี้

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	มีค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .786
ความเชื่อด้านสุขภาพ	มีค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .863
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	มีค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .927

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร เพื่อทำหนังสือขออนุญาตนายอำเภอไทรโยค และสาธารณสุขอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรผู้ใหญ่วัยกลางคน

2. ผู้วิจัยคัดเลือกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขกาญจนบุรีที่มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูล และมีความสนใจที่จะช่วยเก็บข้อมูล ตำบลละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 8 คน

3. ผู้วิจัยชี้แจงแบบสอบถามให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ช่วยเก็บข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกันในเรื่องที่ต้องการสอบถาม

4. ผู้วิจัยและทีมงานดำเนินการเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 375 คน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2551-31 มกราคม 2552

5. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ที่ได้จากการกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 375 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

6. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาจัดระเบียบข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้มาจัดระเบียบ ลงรหัส และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ เพื่อประมวลผลข้อมูลและทำการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว โดยใช้สถิติความถี่และค่าร้อยละ

2. การวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

กำหนดเกณฑ์ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า $\bar{X} - 1SD$ หมายถึง มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับน้อย (คะแนนระหว่าง 0-6.68 คะแนน)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง $\bar{X} - 1SD$ ถึง $\bar{X} + 1SD$ หมายถึง มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 6.69-11.39 คะแนน)

คะแนนเฉลี่ยสูงกว่า $\bar{X} + 1SD$ หมายถึง มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก (คะแนนระหว่าง 11.40-15 คะแนน)

การแปลความหมายคะแนนของความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best 1981: 197-184) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

กลาง

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

การแปลความหมายคะแนนของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best 1981: 197-184) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยวิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนจำแนกตาม เพศ และการมีโรคประจำตัวโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ประจำ และดัชนีมวลกายโดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA)และหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผู้วิจัยจะทำการทดสอบหาความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ้ (Scheffe' test for all possible comparison)

5. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน ได้แก่ ความรู้ในการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี” ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี ที่อาศัยอยู่ใน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 375 คน มาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ โดยใช้ ตารางประกอบคำบรรยาย 4 ตอน ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าความถี่และค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี โดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี จำแนกตามเพศ และการมีโรคประจำตัว โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแตกต่างของ อาชีพ รายได้ประจำ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย โดยสถิติเปรียบเทียบความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปรได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

Y	หมายถึง	พฤติกรรมดูแลสุขภาพ
X ₁	หมายถึง	ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง
X ₂	หมายถึง	ความเชื่อด้านสุขภาพ
X ₃	หมายถึง	การรับรู้ความสามารถของตนเอง
n	หมายถึง	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย

S.D.	หมายถึง	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
F	หมายถึง	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
t	หมายถึง	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
df	หมายถึง	ค่าองศาแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	หมายถึง	ความผันแปรของข้อมูล (Sum of Squares)
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean Square)
R	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient)
R ²	หมายถึง	ประสิทธิภาพในการทำนาย (Coefficient of Determination)
Adj R ²	หมายถึง	ประสิทธิภาพในการทำนายที่ปรับแล้ว
S.E.	หมายถึง	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (Standard Error of the Estimate)
R ² change	หมายถึง	ค่า R ² ที่เพิ่มขึ้นเมื่อตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอย
b	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย
Beta	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Standardized Regression Coefficients)
R	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
Sig	หมายถึง	ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติทดสอบ (Significance)
Constant	หมายถึง	ค่าคงที่

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอายุ 40-60 ปีที่อาศัยอยู่ในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 375 คน จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว มีรายละเอียดดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	136	36.30
หญิง	239	63.70
รวม	375	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	230	61.40
มัธยมศึกษา/ปวช.	107	28.50
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	24	6.40
ปริญญาตรีขึ้นไป	14	3.70
รวม	375	100.00
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	187	49.90
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	83	22.10
รับจ้างทั่วไป	74	19.70
ข้าราชการ / พนักงานรับเงินเดือน	31	8.30
รวม	375	100.00
รายได้ประจำ		
ไม่พอเพียง	191	50.90
พอเพียง	162	43.20
พอเพียงเหลือเก็บ	22	5.90
รวม	375	100.00

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
ผอม	22	5.90
สมส่วน	234	62.40
น้ำหนักเกิน	101	26.90
เป็นโรคอ้วน	18	4.80
รวม	375	100.00
การมีโรคประจำตัว		
มี	112	29.90
ไม่มี	263	70.10
รวม	375	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี จำนวนทั้งสิ้น 375 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.40 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.90 รายได้ประจำผู้ใหญ่วัยกลางคนส่วนมากมีรายได้ไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 50.70 ดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่วัยกลางคนส่วนมากมีดัชนีมวลกายสมส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.40 การมีโรคประจำตัวส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.10

เนื่องจากข้อมูลทั่วไปด้านระดับการศึกษาเมื่อแยกกลุ่มย่อยแล้วมีจำนวนของผู้ใหญ่วัยกลางคนบางกลุ่มน้อยเกินไป ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มแตกต่างกันมาก ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มใหม่ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่จัดกลุ่มใหม่

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	230	61.40
มัธยมศึกษา/ปวช.	107	28.50
อนุปริญญา/ปวท./ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป	38	10.10
รวม	375	100.00

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของผู้ใหญ่วัยกลางคน

2.1 การวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้วิเคราะห์จากค่าคะแนนที่กลุ่มตัวอย่าง และนำมาจัดระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับของความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับมาก (คะแนน11.40-15)	54	14.40
ความรู้ระดับปานกลาง (คะแนน 6.69-11.39)	276	73.60
ความรู้ระดับน้อย (คะแนน 0- 6.68)	45	12.00
รวม	375	100
$\bar{X} = 9.04$ S.D = 2.35		Min = 1 Max = 14

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคน ส่วนมากมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.60 ความรู้ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 14.40 ความรู้ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 12.00 ตามลำดับ

2.2 การวิเคราะห์ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

ตารางที่ 7 แสดงการวิเคราะห์ค่าระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของ
ตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคน
อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ค่าระดับ
ความเชื่อด้านสุขภาพ	3.774	.403	มาก
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.706	.613	มาก
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	2.493	.506	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนมีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับ
มาก ($\bar{X} = 3.77$) การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.706$) ส่วนพฤติกรรม
ดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.493$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน จำแนก
ตาม เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว
ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
ของผู้ใหญ่วัยกลางคนโดยจำแนกตามเพศ และการมีโรคประจำตัวของผู้ใหญ่วัยกลางคน
อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ด้วยการทำการทดสอบค่าที (t-test) ดังรายละเอียด
ในตารางที่ 8-9

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนจำแนกตาม
เพศ

เพศ	n	\bar{X}	S.D	t
ชาย	136	2.421	.501	-2.087*
หญิง	239	2.534	.505	

* $p < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้ใหญ่วัยกลางคนที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรม
ดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนเพศชาย ($\bar{X} = 2.534$ และ 2.421 ตามลำดับ)

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนจำแนกตามการมีโรคประจำตัว

การมีโรคประจำตัว	n	\bar{X}	S.D	t
มี	112	2.407	.465	-2.155*
ไม่มี	263	2.529	.519	

* $p < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีโรคประจำตัวต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ใหญ่วัยกลางคนที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีโรคประจำตัว ($\bar{X} = 2.529$ และ 2.407 ตามลำดับ)

3.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนโดยจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ และดัชนีมวลกายของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอ ไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ด้วยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) ดังรายละเอียดในตารางที่ 10-16

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	230	2.449	.516	ปานกลาง
มัธยมศึกษา/ปวช.	107	2.580	.497	ปานกลาง
อนุปริญญา/ปวท./ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป	38	2.511	.445	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและอนุปริญญา/ปวท./ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไปและมัธยมศึกษา/ปวช. มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.449$, 2.511 และ 2.580 ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงที่สุด ($\bar{X} = 2.580$)

ตารางที่ 11 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนจำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	1.252	.626	2.462
ภายในกลุ่ม	372	94.638	.254	
รวม	374	95.890		

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนอำเภอ ไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	\bar{X}	S.D.	ระดับ
เกษตรกร	187	2.494	.498	ปานกลาง
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	83	2.394	.479	ปานกลาง
รับจ้างทั่วไป	74	2.539	.559	ปานกลาง
ข้าราชการ/ พนักงานรับเงินเดือน	31	2.636	.465	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวและอาชีพเกษตรกรและอาชีพรับจ้างทั่วไปและข้าราชการ/พนักงานรับเงินเดือนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง(\bar{X} = 2.394, 2.494, 2.539, และ 2.636 ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพข้าราชการ/ พนักงานรับเงินเดือนมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงที่สุด (\bar{X} = 2.636)

ตารางที่ 13 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนจำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.592	.531	2.088
ภายในกลุ่ม	371	94.298	.254	
รวม	374	95.890		

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนอำเภอ ไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนอำเภอ ไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี โดยจำแนกตามรายได้ประจําปีนั้นจากการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของรายได้ประจําในแต่ละกลุ่มไม่เท่ากันจึงไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ One Way ANOVA ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มใหม่โดยรวมกลุ่มรายได้พอเพียงกับพอเพียงเหลือเก็บเข้าด้วยกันและตั้งชื่อว่า พอเพียง/พอเพียงเหลือเก็บ

ตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนจำแนกตามรายได้ประจํา

รายได้ประจํา	n	\bar{X}	S.D	t
ไม่เพียงพอ	191	2.484	.538	-3.47
เพียงพอ/เพียงพอเหลือเก็บ	184	2.502	.472	

จากตารางที่ 14 พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนอำเภอ ไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีรายได้ประจําต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ
กลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย	n	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ผอม	22	2.563	.406	ปานกลาง
สมส่วน	234	2.483	.504	ปานกลาง
น้ำหนักเกิน	101	2.471	.516	ปานกลาง
เป็นโรคอ้วน	18	2.651	.587	ปานกลาง

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายดัชนีมวลกายน้ำหนักเกินและ
ดัชนีมวลกายสมส่วนและดัชนีมวลกายผอมและดัชนีมวลกายเป็นโรคอ้วนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ตนเองอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X} = 2.471, 2.483, 2.563,$ และ 2.651 ตามลำดับ)โดยกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายเป็นโรคอ้วนมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงที่สุด
($\bar{X} = 2.651$)

ตารางที่ 16 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน จำแนกตาม
ดัชนีมวลกาย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.133	.067	.259
ภายในกลุ่ม	372	95.757	.257	
รวม	374	95.890		

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคนอำเภอ ไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรีที่มีดัชนี
มวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของตัวแปรอิสระ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยใช้วิธีการถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ตารางที่ 17 แสดงการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง (X_1) ความเชื่อด้านสุขภาพ (X_2) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (X_3) กับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน (Y)

ตัวแปร	X_1	X_2	X_3	Y _{total}
X_1	1.000			
X_2	.306**	1.000		
X_3	.082	.361**	1.000	
Y _{total}	.062	.208**	.544**	1.000

** $p < .01$

จากตารางที่ 17 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ (X_2) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (X_3) มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน (Y) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .208$ และ $.544$ ตามลำดับ) โดยที่การรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ใหญ่วัยกลางคน มีความสัมพันธ์กันทางบวกมากที่สุด ($r = .544$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระด้วยกันเองพบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง (X_1) มีความสัมพันธ์กันทางบวก กับความเชื่อด้านสุขภาพ (X_2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .306$) และความเชื่อด้านสุขภาพ (X_2) มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (X_3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .361$) ส่วนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง (X_1) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (X_3) ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 18 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับ ความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามาสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ลำดับการทำนาย	R	R ²	Adj R ²	R ² change	b	Beta	t
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง(X ₃)	.544	.296	.294	.296	.449	.544	12.520***
Constant = .828		S.E. est. = .425		F overall = 156.757 ***			

*** p < .001

จากตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปร ที่นำเข้ามาสมการ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง(X₃) เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้า สมการเพียงตัวเดียว มีประสิทธิภาพในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่ วัยกลางคนได้ร้อยละ 29.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความคลาดเคลื่อน ในการทำนายเท่ากับ .425

ซึ่งสามารถเขียนสมการการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = .828 + .449 (X_3)$$

สามารถเขียนสมการในการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$Z = .544 (X_3)$$

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยจำแนกตาม เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว และ 3) เพื่อศึกษาว่าความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้หรือไม่ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน ที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปีที่อาศัยในอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี จาก 7 ตำบล จำนวน 375 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและค่าระดับของตัวแปร วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) และการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจะดำเนินการทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยวิธีของเซฟเฟ (Scheffe') และวิเคราะห์ตัวแปรในการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปร ที่นำเข้ามาสมการ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 375 คน พบว่าวัยกลางคนส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.70 ส่วนมากการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 61.40 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 49.90 ส่วนมากมีรายได้ไม่พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 50.70 ส่วนมากมีดัชนีมวลกายสมส่วน คิดเป็นร้อยละ 61.90 และส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.10

2. การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนอำเภอ ไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.774$ และ 3.706 ตามลำดับ) ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 9.04$) คิดเป็นร้อยละ 73.60 และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.493$)

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มี เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่เพศต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคนเพศหญิง ($\bar{X} = 2.534$) มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนเพศชาย ($\bar{X} = 2.421$)

3.2. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ไม่แตกต่างกัน

3.3. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

3.4. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีรายได้ประจำต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

3.5. ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ไม่แตกต่างกัน

3.6. ผู้ใหญ่วัยกลางคน ที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนที่ไม่ มีโรคประจำตัว ($\bar{X} = 2.529$) มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีโรคประจำตัว ($\bar{X} = 2.407$)

4. การวิเคราะห์ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรตัวเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน ได้ร้อยละ 29.60

การอภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี มีรายละเอียดดังนี้

1.1. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน พบว่า มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 9.04$, S.D = 2.35) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนได้รับรู้การดูแลสุขภาพตามมาตรการ 6 อ.จากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และรับรู้จากการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆตลอดจนจากบุคคลในครอบครัว และแหล่งสนับสนุนขององค์กรสาธารณสุขใกล้บ้าน แต่ด้วยระยะเวลาที่ผ่านมาหลายปีความสนใจลดลง ความรู้ความจำอาจลดลงได้ ข้อคำถามใดที่รับรู้มาอย่างชัดเจนถูกต้องและจดจำได้แม่นยำก็จะตอบคำถามได้ถูกต้อง ส่วนข้อใดที่รับรู้มาไม่ชัดเจนก็จะใช้ความรู้ดั้งเดิมมาตัดสินว่าถูกหรือผิดและเลือกตอบตามนั้นทำให้เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามพบว่าความรู้บางอย่างเกิดการจดจำคลาดเคลื่อนไปจากเดิม โดยดูจากข้อคำถามดังนี้ จากข้อคำถามที่ว่า การวิ่งเร็วๆ การเดินเร็ว แอโรบิค ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยกลางคนมีผู้ตอบผิดร้อยละ 80.3 และจากข้อคำถามที่ว่า การนอนหลับพักผ่อนวันละ 5-6 ชั่วโมงจะช่วยให้ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ มีผู้ตอบผิดร้อยละ 64 ซึ่งในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางการนอนหลับพักผ่อนยังจำเป็นที่จะต้องนอนหลับ 7-8 ชั่วโมงเหมือนวัยอื่น ต่อเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุแล้วการนอนหลับจึงจะน้อยลง และจากข้อคำถามที่ว่า การใช้น้ำมันจากสัตว์หรือกะทิปรุงอาหารประจำทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันในเส้นเลือดมีผู้ตอบผิดร้อยละ 52 และจากข้อคำถามที่ว่าการทำงานบ้าน ทำสวนให้เหงื่อออกเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้วไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายแบบอื่นก็มีผู้ตอบผิดร้อยละ 46.9 และจากข้อคำถามที่ว่า การรับประทานไข่มากกว่าสัปดาห์ละ 4 ฟอง จะช่วยป้องกันโรคหัวใจได้ก็มีผู้ตอบผิดร้อยละ 38.9 และจากข้อคำถามที่ว่า หญิงชายอายุ 40 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อมีอาการผิดปกติเท่านั้น มีผู้ตอบผิดถึงร้อยละ 33.3 และจากข้อคำถามที่ว่า การดื่มชากาแฟเป็นประจำช่วยลดไขมันในเส้นเลือดก็มีผู้ตอบผิดถึงร้อยละ 30.7 จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นผู้ใหญ่วัยกลางคนจึงมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามมาตรการ 6 อ. อยู่ในระดับปานกลาง

1.2. ผลการวิเคราะห์ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนส่วนมากมีความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$) โดยภาพรวมเป็นความเชื่อด้านบวกจึงเป็นผลดีต่อการดูแลสุขภาพ อธิบายตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพของ

เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman 1974, อ้างถึงในรัชনী ไรยศรี 2543 : 57-59) แสดงว่าผู้ใหญ่วัยกลางคน 1) มีความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเข้าใจว่าวัยตนเองมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางสุขภาพต่างๆ ทำให้เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และมีการดูแลสุขภาพเพื่อให้มีความสุขที่ดี 2) มีความเชื่อในความรุนแรงจากการเกิดโรค ว่าถ้าหากตนเองเกิดโรคจะทำให้เกิดการเจ็บป่วย การตายหรือมีผลกระทบต่อครอบครัว หน้าที่การงานและสังคม ทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองและการดูแลสุขภาพเพื่อให้มีความสุขที่ดี 3) มีความเชื่อในประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ โดยสามารถประเมินคุณค่าที่จะได้รับการปฏิบัติ และอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ เช่น การใส่ใจดูแลสุขภาพดีจะมีผลให้สุขภาพดี ถ้าไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพจะทำให้สุขภาพไม่ดี และส่งผลให้เลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมได้ จากการพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายชื่อของทั้งสามด้านพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพส่วนมากเป็นความเชื่อด้านบวกโดยดูจากข้อคำถาม ด้านบวกตอบอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ได้แก่ ด้านความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จากข้อคำถามที่ว่า การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้สุขภาพแข็งแรง ($\bar{X} = 4.58$) และจากข้อคำถามที่ว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ($\bar{X} = 4.29$) และจากข้อคำถามที่ว่า การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันจะทำให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรง ($\bar{X} = 4.15$) และจากข้อคำถามที่ว่า การบริโภคน้ำตาลมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายอาจเป็นเบาหวานได้ ($\bar{X} = 4.03$) และจากข้อคำถามที่ว่า การที่เกิดการเจ็บป่วยเพราะพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ($\bar{X} = 3.81$) และจากข้อคำถามที่ว่า การรับประทานเต้าหู้ยี้ ปลาเค็ม ของหมักดองเป็นอันตรายต่อสุขภาพของคนโรคความดันโลหิตสูง ($\bar{X} = 3.75$) และจากข้อคำถามที่ว่า การงดรับประทานอาหารทอด แกงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมันติดหนังจะช่วยลดไขมันได้ ($\bar{X} = 3.71$) ด้านความเชื่อในความรุนแรงจากการเกิดโรค จากข้อคำถามที่ว่า การรับประทานยา และการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเคร่งครัดจะทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้นได้ ($\bar{X} = 4.43$) และจากข้อคำถามที่ว่า หากมีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ท่านสามารถป้องกันความรุนแรงของโรคด้วยตัวเองได้ ($\bar{X} = 3.42$) และจากข้อคำถามที่ว่า เมื่อเจ็บป่วยการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ($\bar{X} = 4.33$) และจากข้อคำถามที่ว่า การคิดว่าถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจสามารถออกกำลังกายเบาๆตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ($\bar{X} = 4.31$) และจากข้อคำถามที่ว่า หากบุคคลขาดการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จะทำให้การเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น ($\bar{X} = 4.27$) ด้านความเชื่อในประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพจากข้อคำถามที่ว่า การรับประทานยาและปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเคร่งครัดจะทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้นได้ ($\bar{X} = 4.43$) และจากข้อคำถามที่ว่าถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจสามารถออกกำลังกายเบาๆตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ ($\bar{X} = 4.31$) และจากข้อคำถามที่ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ($\bar{X} = 4.29$) และจากข้อคำถามที่ว่าคนที่บุคคลมาตรวจสุขภาพหรือมาตรวจตามนัดของแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้งเป็นการป้องกันโรค ($\bar{X} = 4.24$) และจากข้อคำถามที่ว่าวัยกลางคนควรมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีอาการผิดปกติ ($\bar{X} = 2.67$) ส่วนข้อคำถามด้านลบที่เมื่อกลับค่าคะแนนแล้วมีแนวโน้มตอบอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ข้อคำถามระดับน้อยได้แก่ข้อคำถามที่ว่าท่านคิดว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพมีความยุ่งยากเกินไป ($\bar{X} = 2.37$) และจากข้อคำถามที่ว่าคนอ้วนและคนน้ำหนักปกติมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงหรือโรคหัวใจเท่าๆ กัน ($\bar{X} = 2.21$) และมีเพียงสองข้อคำถามที่เป็นด้านลบที่ตอบอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าน่าจะใช้ความเชื่อในการเลือกตอบคำถามโดยไม่ใช้ข้อเท็จจริงเลย หรืออาจจะเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติสิ่งนี้ได้จึงเลือกตอบเช่นนั้น ได้แก่ข้อคำถามที่ว่า คนที่เป็นเบาหวานสามารถรับประทานข้าวเหนียวขนมจีนได้ดั่งปกติ ($\bar{X} = 3.75$) และข้อคำถามที่ว่า การดื่มชา และกาแฟจะช่วยลดไขมันในเส้นเลือดได้ ($\bar{X} = 3.45$) และข้อคำถามที่ว่า วัยกลางคนต้องออกกำลังกายให้เหนื่อยมากที่สุดจึงจะเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ($\bar{X} = 3.36$) มีเพียงสองข้อที่อยู่ในระดับมากได้แก่ข้อคำถามที่ว่า การจะหายจากการเจ็บป่วยเร็วหรือช้าขึ้นกับโชคชะตา ($\bar{X} = 4.05$) และข้อคำถามที่ว่าไม่จำเป็นต้องมาตรวจสุขภาพหรือมาตรวจตามนัดเพราะทำให้เสียเวลาในการทำงาน ($\bar{X} = 3.80$) จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นจึงทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก

1.3. ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนส่วนมากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.70$) แสดงว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนมีการตัดสินใจว่าตนเองสามารถจะปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และจากการพิจารณาข้อคำถามเป็นรายข้อพบว่า การตอบคำถามอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก แสดงว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนมีความคาดหวังสูงที่จะให้ตนเองมีสุขภาพดี และมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแน่นอน ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามมาตรการ 6 อ. ด้านที่ตัดสินใจว่าสามารถทำได้แน่ ได้แก่ ด้านอบายมุข เกี่ยวกับสารเสพติด จากข้อคำถามที่ว่า ท่านสามารถหลีกเลี่ยงสารเสพติด เช่น กาว ยาบ้า กัญชา และกระท่อม ($\bar{X} = 4.49$) ด้านอาหารจากข้อคำถามที่ว่าท่านสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ($\bar{X} = 4.08$) ท่านสามารถควบคุมตัวเองให้หลีกเลี่ยง

การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากได้ ($\bar{X} = 3.77$) ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัยได้ ($\bar{X} = 3.70$) ท่านสามารถงดการดื่มชา หรือกาแฟ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ($\bar{X} = 3.52$) ท่านสามารถดูแลตนเองให้ได้รับแคลเซียมตามความต้องการของร่างกายได้ ($\bar{X} = 3.44$) ด้านออกกำลังกายจากข้อคำถามที่ว่า ท่านสามารถดูแลตนเองในการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรงได้ ($\bar{X} = 3.82$) ด้านอารมณ์จากข้อคำถามที่ว่า ท่านสามารถทำให้ตัวเองมีอารมณ์ดี จิตใจสดชื่นแจ่มใสอย่างสม่ำเสมอได้ ($\bar{X} = 3.72$) เมื่อท่านมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่นท่านสามารถปรับความเข้าใจกันได้ ($\bar{X} = 3.67$) ท่านสามารถหาวิธีผ่อนคลายเมื่อมีความวิตกกังวลไม่สบายใจได้ ($\bar{X} = 3.65$) ท่านสามารถควบคุมอารมณ์เมื่อมีเรื่องร้ายแรงเกิดขึ้นกับตัวเองได้ ($\bar{X} = 3.58$) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจากข้อคำถามที่ว่า ท่านสามารถดูแลบ้านและบริเวณที่พักอาศัยให้สะอาดถูกหลักอนามัยได้ ($\bar{X} = 3.91$) ด้านโรคจากข้อคำถามที่ว่า ท่านสามารถปรึกษาหรือศึกษาความเปลี่ยนแปลงของร่างกายท่านได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์ได้ ($\bar{X} = 4.04$) ถ้าท่านมีโรคประจำตัวท่านเชื่อว่าสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ($\bar{X} = 3.95$) ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นตามวัยได้ ($\bar{X} = 3.77$) ท่านสามารถปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ ($\bar{X} = 3.72$) สุขภาพที่แข็งแรงเป็นสิ่งที่ท่านสามารถกำหนดเองได้ ($\bar{X} = 3.61$) ท่านสามารถดูแลตนเองจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นในวัยกลางคนได้ ($\bar{X} = 3.59$) เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเพื่อให้ท่านหายเร็วได้ ($\bar{X} = 3.58$) แม้อายุมากขึ้นแต่ท่านสามารถดูแลสุขภาพให้ปราศจากโรคได้ ($\bar{X} = 3.56$) ถ้าท่านมีโรคประจำตัวท่านเชื่อว่าสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ($\bar{X} = 3.51$) เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านสามารถเดินทางไปสถานพยาบาลได้ด้วยตนเอง ($\bar{X} = 3.48$) ท่านสามารถดูแลตนเองต่ออาการวูบวาบอารมณ์แปรปรวนได้ ($\bar{X} = 3.41$) ท่านสามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ ($\bar{X} = 3.37$) จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น จึงทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก

1.4. ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.493$) อธิบายได้ว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองถูกต้องปานกลางตามมาตรการ 6 อ. โดยพบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องเหมาะสมปานกลาง ได้แก่ ด้านอาหารจากข้อคำถามที่ว่า การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด และไขมันมาก ($\bar{X} = 2.51$) และข้อคำถามที่ว่า การรับประทานอาหารปรุงสำเร็จหรือขนมกรุบกรอบ ($\bar{X} = 2.51$) และข้อคำถามที่ว่า ด้านการออกกำลังกาย จากข้อคำถามที่ว่า มีการออกกำลังกายด้วยการทำงาน เช่น การขุดดิน การถางหญ้า หรือทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรง ($\bar{X} = 2.50$) และข้อคำถามที่ว่า การออกกำลังกายจนเหนื่อย และมีเหงื่อออก หัวใจเต้นแรงและเร็วมากกว่า

ปกติทุกครั้ง ($\bar{X} = 1.77$) ด้านอารมณ์ จากข้อความที่ว่า เมื่อท่านมีปัญหาท่านสามารถปรึกษาคนใกล้ชิดที่สามารถรับฟังและให้คำแนะนำท่านได้ ($\bar{X} = 2.44$) และข้อความที่ว่า คลายเครียดด้วยการสวมมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ ($\bar{X} = 1.67$) ด้านโรคยาจากข้อความที่ว่าท่านตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ($\bar{X} = 2.62$) และข้อความที่ว่าในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาท่านไม่เคยตรวจสุขภาพเลย ($\bar{X} = 2.07$) ด้านอบายมุขจากข้อความที่ว่า สามารถหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสำคัญทางเพศ ($\bar{X} = 2.53$) และข้อความที่ว่า งดเล่นการพนัน เช่น หวย พนันบอล ไฮโล โกงขงไพ่ ($\bar{X} = 1.99$) ส่วนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านโรคยาข้อที่เหลืออยู่ในระดับมาก และด้านการออกกำลังกายแบบในวิถีชีวิตประจำวันและมีข้อความที่ปฏิบัติน้อยเพียงข้อเดียวคือ การออกกำลังกายแบบมีแบบแผนจากข้อความที่ว่าท่านไปเดินแอโรบิกหรือออกกำลังกายประเภทอื่นๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 20-30 นาทีที่อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.27$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ใหญ่วัยกลางคนกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยส่วนบุคคลเช่นเพศ และการมีโรคประจำตัว หรือปัจจัยอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาเป็นตัวกำหนดการรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้หรือไม่ได้เข้าประกอบกันพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองจึงอยู่ในระดับปานกลาง

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนตามเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ประจำ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว มีรายละเอียด ดังนี้

2.1. จากสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคน ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสอดคล้องกับสมมติฐาน โดยพบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงสนใจและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย และมีความเกี่ยวข้องกับอบายมุขได้น้อยกว่าเพศชาย ซึ่งตามปกติวิถีชีวิตทั่วไปของเพศชายจะมีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เล่นการพนัน และมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่คนรักหรือคู่อุปถัมภ์ได้ง่ายกว่าเพศหญิงที่ส่วนใหญ่อยู่บ้านดูแลบุตรและทำงานบ้าน ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของอุดมศักดิ์ แสงวนิช(2546 : 65,78) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับผลการวิจัยของนภาพร โคมทอง (2545:บทคัดย่อ) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของหวานใจ ขาวพัฒนาพรณ (2543 : 90) ที่พบว่าอาสาสมัครประจำหมู่บ้านเพศ

หญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับผลการวิจัยของพาแลงค์ (Palank 1991:823) พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าเพศชาย และวัยรุ่นเพศหญิงจะมีสุขภาพอนามัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและวิธีผ่อนคลายดีกว่าเพศชาย

2.2 จากสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคน ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนจะมีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นพื้นฐาน แต่โอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารจากการรณรงค์ของภาครัฐ และแสวงหาความรู้จากการอ่านหนังสือ การฟังวิทยุ การดูโทรทัศน์ และจากการรณรงค์ของเจ้าหน้าที่ตามสถานพยาบาลใกล้บ้านของแต่ละบุคคลไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตามมาตรการ 6 อ.ของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของชลดา ไชยกุลวัฒนา(2542 : 128) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของวรินทร์พร ฝีกวาจา(2548 : 89-92) พบว่าพยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพของไม่แตกต่างกัน และผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของจรุง วรรณบุตร(2550 : 80) ที่พบว่าประชาชนวัยกลางคนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

2.3 จากสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันจึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานสามารถอธิบายได้ว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอาชีพรับราชการส่วนมากมีการศึกษาสูงมีรายได้ดีน่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพดี แต่กลับมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพเกษตรกรรม หรือ ค้าขายหรือรับจ้างที่การศึกษาน้อยรายได้น้อย อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างทุกอาชีพอยู่ในสังคมชนบท ซึ่งเป็นท้องถิ่นห่างไกลการคมนาคมไม่ค่อยสะดวก คนในแต่ละหมู่บ้านจึงมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลาในชีวิตประจำวันมีการพักผ่อนหย่อนใจ และการพบปะสังสรรค์กันเมื่อมีเวลาว่างหรือเมื่อมีงานเทศกาลรื่นเริงประจำหมู่บ้าน และออกงานสังคม เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ งานแต่งงาน ขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานรื่นเริงอื่นๆ ฯลฯ ก็จะมีการดื่มสุราหรือของมีเมาต่าง ๆ ทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยภาพรวมจึงไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของวิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง (2547 : 79-80)ที่พบว่าสตรีวัยทองที่เข้ารับบริการในคลินิก

วัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน และผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของจรุง วรรณบุตร (2550 : 81) ที่พบว่า ประชาชนวัยกลางคนที่มามีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

2.4 จากสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มามีรายได้ประจำต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีรายได้ประจำต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานสามารถอธิบายได้ว่าเป็นเพราะผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มามีรายได้ประจำไม่เพียงพอและผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มามีรายได้ประจำเพียงพอ/เพียงพอเหลือเก็บ แม้จะมีรายได้ประจำต่างกันแต่มีพฤติกรรมในการใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพตนเองคล้ายกัน เนื่องจากเป็นสังคมชนบทมีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดแบบกลุ่มเครือญาติ การจับจ่ายสินค้าและบริการต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการดูแลสุขภาพจะเหมือนกัน คือซื้อจากแหล่งผลิตหรือห้างร้านเดียวกัน หรือจะซื้อของตามตลาดนัดที่จะมาขายเป็นประจำทุกสัปดาห์หรือร้านค้าใกล้บ้านซึ่งราคาจะไม่ต่างกันมาก และคุณภาพสินค้าไม่ต่างกันจึงส่งผลให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของวรินทร์พร ฝักวาจา (2548 : 91) ที่พบว่าพยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ซึ่งปฏิบัติราชการอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของจรุง วรรณบุตร (2550 : 78) ที่พบว่า ประชาชนวัยกลางคนที่มามีรายได้ประจำต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

2.5 จากสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีดัชนีมวลกายต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานสามารถอธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะผู้ใหญ่วัยกลางคนไม่ให้ความสนใจต่อดัชนีมวลกาย ไม่มีความรู้ในดัชนีมวลกาย ไม่ให้ความสำคัญในดัชนีมวลกาย และคิดว่าอ้วนดีกว่าผอม กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักตัวเกินแล้วหรือเป็นโรคอ้วนจึงไม่ได้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักปกติยังคงมีการปฏิบัติพฤติกรรมเหมือนเช่นกลุ่มคนที่มีน้ำหนักปกติ จึงทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่วัยกลางคนไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของจินตนา พรมลาย (2541 : 113) ที่พบว่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.6 จากสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่าผู้ใหญ่วัยกลางคน ที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนอำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับสมมติฐาน โดยพบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากผู้ใหญ่วัยกลางคนที่ไม่มีโรคประจำตัวสนใจและให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะคาดหวังให้ตัวเองมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป จึงเลือกที่จะปฏิบัติตามมาตรการ 6 อ. เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ตนเองมีโรคประจำตัว ส่วนผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีโรคประจำตัวไม่ได้ใส่ใจและให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามมาตรการ 6 อ. จึงทำให้ป่วยและมีโรคประจำตัว ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของหวานใจ ขาวพัฒนพรหม(2543 : 91) ที่พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐมและผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของจรุง วรบุตร(2550 : 77) ที่พบว่า ประชาชนวัยกลางคนที่มีภาวะสุขภาพต่างกัน คือมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง และมีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. จากสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่าความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน ผลการวิจัยพบว่ามีเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน ได้ร้อยละ 29.60

3.1 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน ได้ร้อยละ 29.60 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน เนื่องจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพนั้นตามความเชื่อของตนจึงส่งผลให้สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ ดังนั้นหากเพิ่มให้ผู้ใหญ่วัยกลางคนรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้นจะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura 1977, อ้างถึงใน จารุวรรณ มณเฑียรรัตน์ 2547 : 82) ที่กล่าวว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้

ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลของการกระทำสูงเช่นเดียวกันบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอนในทางตรงกันข้ามกัน ถ้าบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำและมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วย หรือมีความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งต่ำบุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุคาร์ตัน ขวัญเงิน(2537 : จ) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นจังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองสามารถทำนายวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 25.08 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของจัวร์ตัน เพชรทอง(2540 : บทคัดย่อ)ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองของข้าราชการระดับสัญญาบัตรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี และข้าราชการชั้นประทวนการรับรู้ความสามารถในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี และเป็นตัวแปรลำดับที่ 1 ร่วมกับทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 36.30 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของจริยา สอนภักดี (2544 : 139) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารเป็นตัวแปรที่ร่วมกับ ค่านิยมในการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการบริโภคอาหาร และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว อำเภอแกลง จังหวัดระยองโดยภาพรวมร้อยละ 34.50 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุนันทา พันธุ (2544 : 98-100) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนอยู่ในระดับมาก และสามารถร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายการปรับตัวต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 43.70 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของเอมอร์ โพธิ์ประสิทธิ์ (2548 : 111) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลบางแพ้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของวรินทร์พร ฝีกวาจา (2548 : 93) พบว่าความเชื่อแห่งประสิทธิภาพในตนเองของพยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือนอยู่ในระดับมาก และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือนได้ร้อยละ 40.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของเพนเดอร์ และคณะ (Pender et al.1990, อ้างถึงใน เอมอร์ โพธิ์ประสิทธิ์ 2548 : 74) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในคนงานจาก 6 โรงงาน ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน

พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ คนงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถร่วมทำนายวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้ ร้อยละ 31.00

3.2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นตัวแปรที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าสมการจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ จึงไม่สอดคล้องกับ สมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่า เพราะคนในชุมชนขาดความตระหนัก ขาดความใส่ใจในสุขภาพ หรืออาจมีแบบแผนการปฏิบัติตัวที่ทำงานเป็นนิสัย ห้ามใจไม่ได้ แม้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพ แต่ไม่ได้ปฏิบัติตามความรู้ที่มี ดังนั้นจึงอาจเป็นเหตุผลว่า ความรู้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรม ดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเอมอร์ โพรซ์ประสิทธิ์ (2548 : 109) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบางแพ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ซินเดอร์ (Zehnder 1997, อ้างถึงใน พรพิมล หงษ์ไทย 2543 : 41) พบว่าความรู้ของสตรีวัย กลางคน ที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ แต่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสามารถบอกได้ว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนมีความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพมากจะมีความเชื่อด้านสุขภาพมาก และถ้ากลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่วัยกลางคนมีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพน้อยจะมีความเชื่อด้านสุขภาพน้อยเช่นกัน

3.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าสมการจึงไม่สามารถทำนาย พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ แต่จากผลการวิเคราะห์พบว่า ความเชื่อ ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .208$) ทั้งนี้อาจเพราะว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ กันทางบวกกับการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .361$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน จึงอาจมีผลทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพไม่ถูกนำเข้ามาสมการทำนาย พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของกรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535 : บทคัดย่อ) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ สอดคล้องกับการวิจัยของ ภาวินี โภคสินจำรูญ (2540 : บทคัดย่อ) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ สอดคล้องกับการวิจัยของรัชนิษฐ์ ไกรยศรี (2543 : 119) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ใน ระดับสูง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของ

กลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.001 และสอดคล้องกับการวิจัยของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2545:บทคัดย่อ) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน ซึ่งจะนำไปสู่การลดปัญหาสุขภาพในสังคม ดังต่อไปนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน หากเพิ่มให้ผู้ใหญ่วัยกลางคนรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้นจะทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นด้วย ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองให้สอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง 6 อ. หรือมีการฝึกทักษะการพัฒนารับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จได้ง่ายขึ้น เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้จริง พร้อมกับเสริมแรงจูงใจให้ผู้ใหญ่วัยกลางคนให้รับรู้ว่ามีขีดความสามารถที่จะทำเช่นนั้นได้ ใช้การจัดกิจกรรมในกลุ่มในชมรมสร้างเสริมสุขภาพ ชมรมแม่บ้าน และแกนนำสาธารณสุขในชุมชน โดยอาจใช้ตัวแบบที่มีความเชี่ยวชาญ หรือมีสุขภาพดีในชุมชนมาให้คำแนะนำ จูงใจ ให้เกิดการกระตุ้นความรู้สึกว่าตนเองก็สามารถดูแลสุขภาพได้ดีเช่นเดียวกัน

2. เนื่องจากโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันเกิดจากนิสัย การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำงานเป็นนิสัย จำเป็นจะต้องแก้ไขโดยให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองไปพร้อมกันในผู้ใหญ่วัยกลางคนในกลุ่มที่มีความเสี่ยงควรมีการกระตุ้นเตือนและให้เฝ้าระวังสังเกตพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง กลุ่มบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเร่งพัฒนาได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคนผู้ชาย กลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีโรคประจำตัว ซึ่งยังพบว่า มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องจึงควรจัดการให้คำปรึกษาเป็นกรณีพิเศษ เช่น มีการเข้าค่ายฝึกอบรมเฉพาะกลุ่ม และมีการติดตามผลสำเร็จของพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดทฤษฎีของ โอเรมที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมาย และสร้างสุขนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความสามารถหรือความรู้สึกว่าเป็นภาระอีกต่อไป

3. หน่วยงานที่จะเป็นผู้เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กับกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคน เช่น หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องที่จะมีส่วนช่วยในการสนับสนุนการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ควรมีการจัดอบรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ. แก่บุคลากรทุกระดับ เพื่อให้สามารถเป็นผู้ให้คำแนะนำและเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองแก่ประชาชนได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดแผนรณรงค์การเสริมสร้างสุขภาพ 6 อ. ในแกนนำ/ชมรม/กลุ่มสตรีหรือกลุ่มอื่นๆ เพื่อเป็นผู้นำและขยายเครือข่ายในการเผยแพร่ความรู้ เพื่อให้ผู้ใหญ่วัยกลางคนเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยมีแนวคิดสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. ในการวิจัยในลำดับต่อไป ควรเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพหรือการศึกษาแบบเจาะลึกในกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคนถึงความต้องการ และปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อจะได้แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้ใหญ่วัยกลางคนได้อย่างครอบคลุม

2. ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน เช่น ความตระหนักในประโยชน์และโทษของการดูแลสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข

3. ควรมีการศึกษารูปแบบพฤติกรรมในกลุ่มวัยอื่นๆเช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแกนนำสาธารณสุข เป็นต้น โดยพิจารณาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลของกลุ่มหรือชุมชน เพื่อนำไปวางแผนในการสร้างเครือข่ายสุขภาพ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กชกร สมมั่ง. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลากรโรงพยาบาลลพบุรี. ลพบุรี:โรงพยาบาลลพบุรี,2542.
- กรรณิกา เรือนจันทร์. “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.” วิทยานิพนธ์ (พย.ม) สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. หลักสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS for Windows. พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- กระทรวงสาธารณสุข. “สุขภาพและความสุขสบาย”, ในคู่มือการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, 2-3. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2545.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. คู่มือสุขภาพ 5 ทำ 5 ไม่ ห่างไกลมะเร็ง. ม.ป.ท., ม.ป.ป.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. กองโภชนาการ. วิชาการ “โภชนบัญญัติ” [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2552. เข้าถึงได้จาก <http://nutrition.anamai.moph.go.th>
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค.สำนักโรคไม่ติดต่อ. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. สถานการณ์ของปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 5 ปัจจัยต่อการเกิดโรคเรื้อรังจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2548 [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2550. เข้าถึงได้จาก <http://www.tncdreducerisk.com>.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา. รายงานการสำรวจภาวะพฤติกรรมสุขภาพระดับประเทศตามนโยบาย 50 ของกลุ่มสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ. [ออนไลน์]เข้าถึงเมื่อ12 สิงหาคม 2549. เข้าถึงได้จาก <http://www.tncdreducerisk.com>
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา. สรุปนโยบายและมาตรการ 6 อ. เพื่อการสร้างสุขภาพตามตัวชี้วัดปี 2548. [ออนไลน์]เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2552. เข้าถึงได้จาก www.thaihed.com/html

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุกศึกษา. คู่มือ 10 แนวทางสร้างสุขภาพตามวัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2550.

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุกศึกษา. รายงานการสำรวจความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ พ.ศ. 2549. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2549.

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสาธารณสุข. สุขบัญญัติแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2550.

กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. คู่มือประชาชน การสุขภาพใกล้สิ่งแวดล้อมสำหรับกรณีฉุกเฉินและพิบัติภัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2548.

กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. อาการและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัย 40 - 59 ปีใน 4 จังหวัด ได้แก่ สระบุรี นครสวรรค์ นครราชสีมา และนครศรีธรรมราช. 2537. [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 12 กรกฎาคม 2550. เข้าถึงได้จาก <http://www.google.co.th>

กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์. องค์การอนามัยโลกชี้เหตุคนป่วยง่ายและเร็วเกิดจาก “บุหรี่ยุคใหม่ ออกกำลังกาย กินผักผลไม้ไม่พอ” [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2550. เข้าถึงได้จาก <http://www.moph.go.th>

กิริยา ลากเจริญวงศ์. “พฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู: กรณีศึกษาในเขตเมืองและชนบท จังหวัดราชบุรี.” วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

ขวัญใจ ต้นติวฒนเสถียร. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก, 2541.

จินตนา พรมลาย. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากรเขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุกศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

จรรยา สอนักดี. “ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว อำเภอแกลง จังหวัดระยอง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร, 2544 .

จรุง วรบุตร. “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร, 2550 .

จารุวรรณ มณเฑียรรัตน์. “ความพร้อมในการเป็นมารดาของวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2547.

จุรีรัตน์ เพชรทอง. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจนคร จังหวัดสุพรรณบุรี”. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

แจก ชนะศิริ. ทำอย่างไรจะปราศจากโรคและชะลอความชรา. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์, 2550.

ชลลดา ไชยกุลวัฒนา. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)สาขาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย.” วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

นภาพร โคมทอง. “ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของครู สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตเกษตรศาสตร์, 2545.

เบญจมาศ เจริญสุข. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี.” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

พรพิมล พงษ์ไทย. “การดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.

พรสุข หุ่นนิรันดร์. หนังสือเรียนสาระการเรียนรู้พื้นฐาน กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา สุขศึกษาม.1 ช่วงชั้นที่ 3 . กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์, 2550.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2543.

พิชาภรณ์ จันทนกุล. “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะชีวิต กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ภาวิณี โภคสินจำรูญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิม ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์.

[ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2550. เข้าถึงได้จาก

http://hpo6.anamai.moph.go.th/research%5Cmch_42.doc.

มาเรียม นิลพันธ์. วิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 นครปฐม :

โครงการส่งเสริมการผลิตตำรา และเอกสารการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2549.

มาลินี จรูญธรรม. “การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดต่อเนื้อครั้งแรก ณ. โรงพยาบาลรามาริบัติ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุข) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

รัชนีย์ ไกรยศรี. “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกที่เข้มแข็งและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2543.

ลักณา อุษาสอด. “ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2546.

วรรณิ์ จันทร์สว่าง. “ศึกษากระบวนการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพในภาคใต้.” สำนักงานสาธารณสุขสงขลา, 2548.

วันเพ็ญ พูลทวี. “ความสัมพันธ์ของอาหารบริโภค ดัชนีมวลกายและระดับไขมันในเลือดของหญิงอ้วนวัยผู้ใหญ่ : กรณีศึกษาแผนกโภชนวิทยาและ โภชนบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร”. ปรินญาวิทยาสาสตรมหาบัณทิต(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาโภชนวิทยา, 2540.

วรารัตน์ รุ่งเรือง. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดลพบุรี.” สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณทิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2548.

วรินทร์พร ฝักวาจา “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนหมดประจำเดือน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณทิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณทิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2548.

วิภาพร ศักดิ์สุริยผดุง “พฤติกรรมกรบริโภคเพื่อสุขภาพของสตรีวัยทอง ที่เข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณทิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณทิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2547.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2549.

ศราวุธ ขงยุทธ. “การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มารับบริการศูนย์บริการทางด้านสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณทิต สาขาวิชาพลศึกษา บัณทิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

ศศิกานต์ เพ็งพาศ. “ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงอาชีพรับจ้างทำงานบ้านในกรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณทิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณทิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณทิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณทิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ. พรินติ้ง, 2544.

สมฤดี รัชชปาไลติ. “รูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในหมู่บ้านโลกสะแบง จังหวัดปราจีนบุรี.” วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโรคติดต่อและวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

สุทธนิจ หุณฑสาร. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย. ปฏิทินสาธารณสุข พ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร:ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์, 2550.

สุกัญญา ไพทโสภณ. “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

สุดารัตน์ ขวัญเงิน. “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น.” วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

สุนันทา พันธุ์. “ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงในวัยหมดประจำเดือนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน ที่อยู่ในเขตอำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2544.

สุภา อินทร. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดนครสวรรค์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

สุรรัตน์ นิมเพ็ชร. “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2546.

เสวก วีระเกียรติและคณะ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2548.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารวิชาการส่งเสริมสุขภาพผู้ชายวัยทอง. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2544.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสุขศึกษา. ความรู้เพื่อสุขภาพ ชุด สาธารณสุข(เล่ม3).

นนทบุรี :โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2542.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสุขศึกษา. คุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2542.

หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ. “พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล, 2543.

อรชร โททวี “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี.”

วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2548.

เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบางแพ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2548.

อุดมศักดิ์ แสงวนิช. “ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2546.

ภาษาต่างประเทศ

Bandura, A. “Self-Efficacy:Toward a Unifying Theory of Behavioral Change”. *Psychological Review* 84, 3 (March 1977)

Becker, M.H. The health belief model and personal health behavior. New Jersey :Charles B. Sluck, 1974.

Best, John W. Research in Education . New Jersey:Prentice Hall inc, 1981.

Bloom, Benjamin S.,J. Hasting Thomas, and Madaus F. George. Handbook on Formative and Summative Education of Student Learning. New York:Mc Graw -hill Book Company, 1974.

Good, Carter V. Dictionary of Education. New York:MC Graw-Hill Book Company Inc, 1973.

Palank,C.L. “Determinants of Health–PromotiveBehavior”.Nursing Clinics of NorthAmerica, 26,4 (1991):815-832.

Orem,D.E. Nursing Concepts of Practice. 2nd ed. New York:McGraw Hill Book Co, 1980.

Smolak, Linda, Adult development. New Jersey:Prentice Hall inc, 1993.

มหาวิทยาลัยศิลปากร ภาคผนวก สงวนลิขสิทธิ์

มหาวิทยาลัยศิลปากร ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย สงวนลิขสิทธิ์

แบบสอบถามชุดที่.....

แบบสอบถาม

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

คำอธิบายประกอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปเป็นข้อมูลการวิจัยระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา และการแนะแนว มหาวิทยาลัยศิลปากร

ดังนั้น จึงขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามชุดนี้ให้ครบทุกข้อ เพื่อผลการวิจัยฉบับนี้จะได้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ท่านตอบจะนำเสนอในภาพรวมสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ไม่มีการนำไปเผยแพร่แก่สาธารณะ แต่ประการใด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามครั้งนี้

ทัศนาวดี เมยไชสง

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยาชุมชน

ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว

มหาวิทยาลัยศิลปากร

ส่วนที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ใหญ่วัยกลางคน

คำอธิบาย กรุณาเติมคำในช่องว่างให้ชัดเจนและถูกต้องตามความเป็นจริง และทำเครื่องหมาย
 ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นความจริงเกี่ยวกับท่าน

ผู้ตอบแบบสอบถามอาศัยอยู่หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	
1. ท่านเป็นเพศใด ()	1. เพศชาย () 2. เพศหญิง
2. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับใด	() 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า () 2. มัธยมศึกษา/ปวช. () 3. อนุปริญญา/ปวท./ ปวส. () 4. ปริญญาตรีขึ้นไป
3. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหลักอะไร	() 1. เกษตรกรรม () 2. ค้าขาย /ธุรกิจส่วนตัว () 3. รับจ้างทั่วไป () 4. ข้าราชการ /พนักงานรับเงินเดือน
4. รายได้ประจำต่อเดือนในปัจจุบันเป็นอย่างไร	() 1. ไม่พอเพียง () 2. พอเพียง () 3. เพียงพอเหลือเก็บ

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	
<p>5. ปัจจุบันท่านมีส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กิโลกรัม (ส่วนของผู้วิจัย คิดเป็นดัชนีมวลกายเท่ากับ.....)</p>	
<p>6. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่</p> <p style="padding-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> 1. มี ระบุโรค <input type="checkbox"/> 1. เบาหวาน <input type="checkbox"/> 2. ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> 3. โรคหัวใจและหลอดเลือด <input type="checkbox"/> 4. โรคหอบหืด <input type="checkbox"/> 5. โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ โรค _____ </p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 2. ไม่มี</p>	

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 2

แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง

1. พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนตามหลัก 6 อ.

ตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา

4 หมายถึงปฏิบัติประจำ คือ ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติของท่านเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ตอบคำถามตั้งแต่ 5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์ หรือ ทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์

3 หมายถึงปฏิบัติเป็นส่วนมาก คือ ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ตอบคำถามตั้งแต่ 3 - 4 วันในหนึ่งสัปดาห์

2 หมายถึงปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ตอบคำถามตั้งแต่ 2 วันในหนึ่งสัปดาห์

1 หมายถึงปฏิบัติเป็นส่วนน้อย คือ ข้อความนั้นตรงกับการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ตอบคำถามตั้งแต่ 1 วันในหนึ่งสัปดาห์

0 หมายถึงไม่ปฏิบัติเลย คือ ข้อความนั้นไม่ตรงกับการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้ตอบคำถามเลย

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 6 อ.	ระดับการปฏิบัติ				
	4	3	2	1	0
1. ในการรับประทานอาหารแต่ละวัน ท่านเปลี่ยนประเภทอาหารให้แตกต่างกันแต่ละมื้อ เพื่อให้ได้อาหารครบทั้งประเภทแป้ง ไขมัน เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้					
2. ท่านรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวัน					
3. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด และอาหารไขมันมาก					
4. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูปหรือขนมกรุบกรอบ					
5. ท่านออกกำลังกายด้วยการทำงานเช่น การขุดดิน การถางหญ้า หรือทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรง					

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 6 อ.	ระดับการปฏิบัติ				
	4	3	2	1	0
6. ท่านมีการเคลื่อนไหวออกแรงประกอบอาชีพ และทำงานบ้านจนเหนื่อยและเหงื่อออกใน 1 สัปดาห์มากกว่า 5 วันๆละ 45 นาทีขึ้นไป					
7. ท่านไปเดินแอโรบิค หรือ ออกกำลังกาย ประเภทอื่นๆอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 20 - 30 นาที					
8. ท่านออกกำลังกายจนเหนื่อย และมีเหงื่อออก หัวใจเต้นแรงและเร็วกว่าปกติทุกครั้ง					
9. ท่านคลายเครียดด้วยการ สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ					
10. เมื่อท่านมีปัญหาจะปรึกษาคนใกล้ชิดที่สามารถรับฟังและให้คำแนะนำท่านได้					
11. ท่านทำความสะอาดด้วยการกวาดและถูบ้านที่อยู่อาศัย					
12. ท่านทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร หรือ ครั้วทุกครั้งหลังประกอบอาหาร					
13. บ้านท่านมีส่วนที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ					
14. ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมามีท่านไม่เคยตรวจสุขภาพเลย					
15. ท่านตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
16. ท่านตรวจวัดความดันโลหิตเพื่อค้นหาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
17. ท่านงดเล่นการพนัน เช่น หวย พนันบอล ไฮโล ไก่ชน ไพ่					
18. ท่านหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ					

ส่วนที่ 3

แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน

คำอธิบาย โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ท่านคิดว่าถูก หรือทำ

เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านเห็นไม่ถูก (แต่ละข้อตอบคำถามได้เพียงข้อเดียว)

ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน	ถูก	ไม่ถูก
1. การใช้ไขมันจากสัตว์หรือกะทิปรุงอาหารประจำ ทำให้ลดการเสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันในเส้นเลือดได้		
2. การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบ เช่น ปลาหมึก กุ้ง เครื่องในสัตว์ จะทำให้ไขมันในเลือดสูง		
3. การรับประทานไข่มากกว่า สัปดาห์ละ 4 ฟอง จะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดบางชนิดได้		
4. ในบ้านที่มีฝุ่นมาก อาจส่งผลเป็นโรคติดเชื้อ หรือภูมิแพ้ต่างๆได้		
5. การนอนหลับวันละ 5 - 6 ชั่วโมงจะช่วยให้ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่		
6. การกำจัดสิ่งปฏิกูล น้ำเน่าเสียและขยะมูลฝอย กำจัดแมลงวัน หนูหรือยุง ควรทำเดือนละครั้ง		
7. การรับประทานอาหารที่ทอด ด้วยน้ำมัน เป็นประจำทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งได้		
8. การปิดประตู หน้าต่าง เป็นประจำทุกวัน จะทำให้อากาศภายในบ้านถ่ายเทได้ดี		
9. ไม่ควรดื่มสุรา แต่ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ผู้ชายไม่ควรดื่มเกิน 2 แก้วต่อวัน ผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 1 แก้วต่อวัน		
10. การดื่มชา กาแฟเป็นประจำ ช่วยลดไขมันในเส้นเลือด		
11. การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เส้นเลือดเลี้ยงสมองและหัวใจตีบ		
12. ผู้ใหญ่วัยกลางคนถ้าสุขภาพแข็งแรงดีไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพประจำปี		
13. หญิงชายอายุ 40 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อมีอาการผิดปกติเท่านั้น		
14. การวิ่งเร็วๆ การเดินเร็ว แอโรบิค ว่ายน้ำ ฝึกจักรยาน เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยกลางคน		
15. การทำงานบ้าน ทำสวนให้เหงื่อออก เป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายแบบอื่น		

ส่วนที่ 4

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

คำอธิบาย ตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความคิด ความเข้าใจของท่านจริงๆ โดยมีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านที่สุด
 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านมาก
 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความเชื่อของท่านปานกลาง
 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านน้อย
 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านน้อยที่สุดหรือไม่เชื่อเลย

ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพในด้านต่อไปนี้อย่างไร	ระดับความเชื่อ				
	5	4	3	2	1
1. การที่ท่านเจ็บป่วยเพราะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง					
2. การบริโภคน้ำตาลเกินความต้องการอาจเป็นเบาหวานได้					
3. การงดรับประทานอาหารทอด แกงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน ติตหนัง จะช่วยลดไขมันได้					
4. คนอ้วนและคนน้ำหนักปกติมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจเท่าๆ กัน					
5. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน จะทำให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรง					
6. วัยกลางคนต้องออกกำลังกายให้เหน็ดเหนื่อยมากที่สุด จึงจะเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย					
7. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ					
8. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้สุขภาพแข็งแรง					

ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพในด้านต่อไปนี้ อย่างไร	ระดับความเชื่อ				
	5	4	3	2	1
9. การดื่มชา และกาแฟจะช่วยลดไขมันในเส้นเลือด ได้					
10. หากท่านมีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ท่านสามารถป้องกันความ รุนแรงของโรคด้วยตัวเองได้					
11. ท่านจะหายจากการเจ็บป่วยเร็วหรือช้าขึ้นกับ โชคชะตา					
12. การรับประทานเต้าหู้ยี้ ปลาเค็ม ของหมักดอง เป็นอันตรายต่อสุขภาพของคนเป็น โรคความดัน โลหิตสูง					
13. คนที่เป็นเบาหวานสามารถรับประทานข้าว เหนียว ขนมน้ำตาลได้ตามปกติ					
14. หากบุคคลขาดการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเมื่อเกิด การเจ็บป่วยจะทำให้ การเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น					
15. วัลยกลางคนควรมาพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เมื่อมีอาการผิดปกติเท่านั้น					
16. การที่บุคคลมาตรวจสุขภาพและมาตรวจตามนัด ของแพทย์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้งเป็นการ ป้องกันโรคได้					
17. เมื่อเจ็บป่วย การดูแลตนเองของท่านมี ความสำคัญ					
18. ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องมาตรวจสุขภาพหรือมา ตรวจตามนัดเพราะทำให้เสียเวลาในการทำงาน					
19. การรับประทานยา และ การปฏิบัติตามคำสั่ง แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างเคร่งครัด จะทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้นได้					

ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพในด้านต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร	ระดับความเชื่อ				
	5	4	3	2	1
20. ท่านคิดว่าถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจสามารถออกกำลังกายเบาๆตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้					
21. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นสิ่งยุ่งยากมากเกินไป					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ส่วนที่ 5

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

คำอธิบาย ตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของท่านโดยมีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้ความสามารถของท่านมากที่สุด
 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้ความสามารถของท่านมาก
 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้ความสามารถของท่านปานกลาง
 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้ความสามารถของท่านน้อย
 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้ความสามารถของท่านน้อยที่สุดหรือไม่รับรู้เลย

ท่านรับรู้หรือดูแลตนเองในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร	ระดับการรับรู้				
	5	4	3	2	1
1. ท่านสามารถดูแลตนเองจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นในวัยกลางคนได้					
2. สุขภาพที่แข็งแรงเป็นสิ่งที่ท่านสามารถกำหนดเองได้					
3. ท่านสามารถดูแลตนเองต่ออาการวูบวาบ อารมณ์แปรปรวนได้					
4. แม้จะอายุมากขึ้นแต่ท่านสามารถดูแลสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากโรคได้					
5. ท่านสามารถปรึกษาหรือศึกษาความเปลี่ยนแปลงของร่างกายท่านได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์ได้					
6. ท่านสามารถควบคุมตัวเองในการหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันมากได้					
7. ท่านสามารถดูแลตนเองให้ได้รับแคลเซียมตามความต้องการของร่างกายได้					
8. ท่านสามารถงดการดื่มชา หรือกาแฟ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้					

ท่านรับรู้หรือดูแลตนเองในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร	ระดับการรับรู้				
	5	4	3	2	1
9. ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัยได้					
10. ท่านสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงได้					
11. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงยาเสพติดเช่น กาว ยาบ้า กัญชา กะท่อมได้					
12. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นตามวัยได้					
13. ท่านสามารถดูแลตนเองในการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรงได้					
14. ถ้าท่านเจ็บป่วยท่านสามารถเดินทางไปสถานพยาบาลได้ด้วยตัวเอง					
15. เมื่อเจ็บป่วยท่านสามารถปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายได้					
16. ท่านสามารถหาวิธีผ่อนคลายเมื่อมีความวิตกกังวลไม่สบายใจได้					
17. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์เมื่อมีเรื่องร้ายแรงเกิดขึ้นกับตัวเองได้					
18. ท่านสามารถทำให้ตัวเองมีอารมณ์ดี จิตใจสดชื่นแจ่มใสอย่างสม่ำเสมอได้					
19. ท่านสามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้คงที่ได้					
20. ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆได้					
21. ถ้าท่านมีโรคประจำตัวท่านเชื่อว่าสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้					
22. เมื่อเจ็บป่วยท่านคิดว่าสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ท่านหายเร็วได้					

ท่านรับรู้หรือดูแลตนเองในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่	ระดับการรับรู้				
	5	4	3	2	1
23. ท่านสามารถดูแลบ้านและบริเวณที่พักอาศัยให้ สะอาดถูกสุขอนามัยได้					
24. เมื่อมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่นท่านสามารถปรับ ความเข้าใจกันได้					

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

มหาวิทยาลัยศิลปากร ภาคผนวก ข สงวนลิขสิทธิ์
จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับรายข้อ

ตารางที่ 19 แสดงค่าเฉลี่ย จำนวนและร้อยละของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคนเป็นรายข้อ

ข้อ ที่	คำถาม	คนที่ตอบถูก		คนที่ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	การใช้ไขมันจากสัตว์หรือกะทิปรุงอาหารประจำ ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันในเส้นเลือดได้	180	48.0	195	52.0
2.	การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบ เช่น ปลาหมึก กุ้ง เครื่องในสัตว์จะทำให้ไขมันในเลือดสูง	272	72.5	103	27.5
3.	การรับประทานไขมันมากกว่า สัปดาห์ละ 4 ฟอง จะช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดบางชนิดได้	229	61.1	146	38.9
4.	ในบ้านที่มีฝุ่นมากอาจส่งผลเป็นโรคติดเชื้อ หรือภูมิแพ้ต่างๆได้	357	93.6	24	6.4
5.	การนอนหลับวันละ 5 - 6 ชั่วโมงจะช่วยให้ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่	135	36	240	64.0
6.	การกำจัดสิ่งปฏิกูล นำน้ำเสียและขยะมูลฝอย กำจัดแมลงวัน หนูหรือยุงควรทำเดือนละครั้ง	215	57.3	160	42.7
7.	การรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันเป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งได้	78	20.8	297	79.2
8.	การปิดประตู หน้าต่าง เป็นประจำทุกวัน จะทำให้อากาศภายในบ้านถ่ายเทได้ดี	277	73.9	98	26.1
9.	ไม่ควรดื่มสุรา แต่ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ผู้ชายไม่ควรดื่มเกิน 2 แก้วต่อวัน ผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 1 แก้วต่อวัน	246	65.6	129	34.3
10.	การดื่มชา กาแฟเป็นประจำ ช่วยลดไขมันในเส้นเลือด	260	69.3	115	30.7
11.	การสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เส้นเลือดเลี้ยงสมองและหัวใจตีบ	332	88.5	43	11.5

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ข้อ ที่	คำถาม	คนที่ตอบถูก		คนที่ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
12.	ผู้ใหญ่วัยกลางคนถ้าสุขภาพแข็งแรงดีไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพประจำปี	293	78.1	82	21.9
13.	หญิงชายอายุ 40 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดเมื่อมีอาการผิดปกติเท่านั้น	250	66.7	125	33.3
14.	การวิ่งเร็วๆ เดินเร็ว แอโรบิค ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยกลางคน	74	19.7	301	80.3
15.	การทำงานบ้าน ทำสวนให้เหงื่อออก เป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้วไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายแบบอื่น	199	53.1	176	46.9

ตารางที่ 20 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับของความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

เชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D	ระดับ
1. การที่ท่านเจ็บป่วยเพราะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง	3.81	1.048	มาก
2. การบริโภคน้ำตาลเกินความต้องการอาจเป็นเบาหวานได้	4.03	1.121	มาก
3. การงดรับประทานอาหารทอด แกงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน ติดหนัง จะช่วยลดไขมันได้	3.71	1.482	มาก
4. คนอ้วนและคนน้ำหนักปกติมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงหรือโรคหัวใจเท่าๆ กัน	2.21	1.1527	น้อย
5. การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันจะทำให้ร่างกายสดชื่นแข็งแรง	4.15	1.316	มาก

ตารางที่ 20 (ต่อ)

เชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D	ระดับ
6. วัยกลางคนต้องออกกำลังกายให้เหนื่อยมากที่สุด จึงจะเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	3.36	1.36875	ปานกลาง
7. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ	4.29	.845	มาก
8. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้สุขภาพแข็งแรง	4.58	.734	มากที่สุด
9. การดื่มชา และกาแฟจะช่วยลดไขมันในเส้นเลือดได้	3.45	1.34545	ปานกลาง
10. หากท่านมีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ท่านสามารถป้องกันความรุนแรงของโรคด้วยตัวเองได้	3.42	1.230	ปานกลาง
11. ท่านจะหายจากการเจ็บป่วยเร็วหรือช้าขึ้นกับโชคชะตา	4.05	1.23576	มาก
12. การรับประทานเต้าหู้ ปลาเค็ม ของหมักดอง เป็นอันตรายต่อสุขภาพของคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง	3.75	1.216	มาก
13. คนที่เป็นเบาหวานสามารถรับประทานข้าวเหนียว ขนมจีนได้ตามปกติ	3.75	1.28435	มาก
14. หากบุคคลขาดการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะทำให้ การเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น	4.27	.914	มาก
15. วัยกลางคนควรมาพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมีอาการผิดปกติ	2.67	1.428	ปานกลาง
16. การที่บุคคลมาตรวจสุขภาพและมาตรวจตามนัดของแพทย์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้งเป็นการป้องกันโรค	4.24	.881	มาก
17. เมื่อเจ็บป่วย การดูแลตนเองของท่านมีความสำคัญ	4.33	.901	มาก
18. ท่านคิดว่าไม่จำเป็นต้องมาตรวจสุขภาพหรือมาตรวจตามนัดเพราะทำให้เสียเวลาในการทำงาน	3.80	1.39134	มาก
19. การรับประทานยา และ การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างเคร่งครัด จะทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้นได้	4.43	.834	มาก

ตารางที่ 20 (ต่อ)

เชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D	ระดับ
20. ท่านคิดว่าถ้าเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจสามารถออกกำลังกายเบาๆตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้	4.31	.878	มาก
21. ท่านคิดว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในดูแลสุขภาพมีความยุ่งยากเกินไป	2.37	1.39417	น้อย

ตารางที่ 21 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	\bar{X}	S.D	ระดับ
1. ท่านสามารถดูแลตนเองจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นในวัยกลางคนได้	3.59	.902	มาก
2. สุขภาพที่แข็งแรงเป็นสิ่งที่ท่านสามารถกำหนดเองได้	3.61	1.093	มาก
3. ท่านสามารถดูแลตนเองต่ออาการวูบวาบ อารแปรปรวนได้	3.41	.985	ปานกลาง
4. แม้จะอายุมากขึ้นแต่ท่านสามารถดูแลสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากโรคได้	3.56	1.060	มาก
5. ท่านสามารถปรึกษาหรือศึกษาความเปลี่ยนแปลงของร่างกายท่านได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์ได้	4.04	.852	มาก
6. ท่านสามารถควบคุมตัวเองในการหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีไขมันมากได้	3.77	.911	มาก
7. ท่านสามารถดูแลตนเองให้ได้รับแคลเซียมตามความต้องการของร่างกายได้	3.44	1.027	ปานกลาง
8. ท่านสามารถงดการดื่มชา หรือกาแฟ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้	3.52	1.306	มาก
9. ท่านสามารถเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัยได้	3.70	.914	มาก
10. ท่านสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงได้	4.08	.828	มาก

ตารางที่ 21 (ต่อ)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	\bar{X}	S.D	ระดับ
11. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงยาเสพติดเช่น กาว ยาบ้า กัญชา กะท่อมได้	4.49	.959	มาก
12. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นตาม วัยได้	3.77	.910	มาก
13. ท่านสามารถดูแลตนเองในการออกกำลังกายเพื่อให้ ร่างกายสดชื่นแข็งแรงได้	3.82	.956	มาก
14. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านสามารถเดินทางไป สถานพยาบาลได้ด้วยตัวเอง	3.48	1.219	ปานกลาง
15. เมื่อเจ็บป่วยท่านสามารถปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเพื่อ ฟื้นฟูสภาพร่างกายได้	3.72	.910	มาก
16. ท่านสามารถหาวิธีผ่อนคลายเมื่อมีความวิตกกังวลไม่ สบายใจได้	3.65	.898	มาก
17. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์เมื่อมีเรื่องร้ายแรงเกิด ขึ้นกับตัวเองได้	3.58	.924	มาก
18. ท่านสามารถทำให้ตัวเองมีอารมณ์ดี จิตใจสดชื่น แจ่มใสอย่างสม่ำเสมอได้	3.72	.927	มาก
19. ท่านสามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้คงที่ได้	3.37	1.103	ปานกลาง
20. ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อป้องกันการเกิดโรค ต่างๆได้	3.95	.897	มาก
21. ถ้าท่านมีโรคประจำตัวท่านเชื่อว่าสามารถดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้	3.51	1.002	มาก
22. เมื่อเจ็บป่วยท่านคิดว่าสามารถดูแลตนเองได้อย่าง ถูกต้อง เพื่อให้ท่านหายเร็วได้	3.58	1.072	มาก
23. ท่านสามารถดูแลบ้านและบริเวณที่พักอาศัยให้ สะอาดถูกหลักสุขอนามัยได้	3.91	.923	มาก
24. เมื่อมีความขัดแย้งกับบุคคลอื่นท่านสามารถปรับ ความเข้าใจกันได้	3.67	.908	มาก

ตารางที่ 22 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและค่าระดับของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ใหญ่
วัยกลางคน อำเภอไพรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

พฤติกรรมดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D	ระดับ
1. ในการรับประทานอาหารแต่ละวัน ท่านเปลี่ยนประเภทอาหารให้แตกต่างกันแต่ละมื้อ เพื่อให้ได้อาหารครบทั้งประเภทแป้ง ไขมัน เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้	2.72	.974	มาก
2. ท่านรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวัน	2.87	.999	มาก
3. ท่านหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด และอาหารไขมันมาก	2.51	1.062	ปานกลาง
4. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูปหรือขนมกรุบกรอบ	2.51	1.20126	ปานกลาง
5. ท่านออกกำลังกายด้วยการทำงานเช่น การขุดดิน การถางหญ้า หรือทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรง	2.50	1.316	ปานกลาง
6. ท่านมีการเคลื่อนไหวออกแรงประกอบอาชีพ และทำงานบ้านจนเหนื่อยและเหงื่อออกใน 1 สัปดาห์มากกว่า 5 วันๆละ 45 นาทีขึ้นไป	2.77	1.068	มาก
7. ท่านไปเดินแอโรบิค หรือ ออกกำลังกายประเภทอื่นๆอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 20 - 30 นาที	1.27	1.243	น้อย
8. ท่านออกกำลังกายจนเหนื่อย และมีเหงื่อออก หัวใจเต้นแรงและเร็วมากกว่าปกติทุกครั้ง	1.77	1.294	ปานกลาง
9. ท่านคลายเครียดด้วยการ สวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ	1.67	1.375	ปานกลาง
10. เมื่อท่านมีปัญหาจะปรึกษาคนใกล้ชิดที่สามารถรับฟังและให้คำแนะนำท่านได้	2.44	1.126	ปานกลาง
11. ท่านทำความสะอาดด้วยการกวาดและถูบ้านที่อยู่อาศัย	3.00	1.057	มาก

ตารางที่ 22 (ต่อ)

พฤติกรรมดูแลตนเอง	\bar{X}	S.D	ระดับ
12. ท่านทำความสะอาดที่ประกอบอาหาร หรือครัว ทุกครั้งหลังประกอบอาหาร	3.01	1.099	มาก
13. บ้านท่านมีส่วนที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ	3.49	.855	มาก
14. ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาท่านไม่เคยตรวจสุขภาพ เลย	2.07	1.55635	ปานกลาง
15. ท่านตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง	2.62	1.522	ปานกลาง
16. ท่านตรวจวัดความดันโลหิตเพื่อค้นหาภาวะ ความดันโลหิตสูงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.11	1.215	มาก
17. ท่านงดเล่นการพนัน เช่น หวย พนันบอล ไฮโล ไก่ชน ไพ่	1.99	1.615	ปานกลาง
18. ท่านหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ	2.53	1.800	ปานกลาง

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวทัศนาวดี เมย์ไธสง
ที่อยู่ 236/227 หมู่บ้านสัมพันธ์นิเวศน์ ตำบลบ้านใต้
 อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี 71000
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลไทรโยค ตำบลลุ่มสุ่ม อำเภอไทรโยค
 จังหวัดกาญจนบุรี 71150

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2538 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น
 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

พ.ศ. 2545 สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีราชบุรี

สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2548

ศึกษาต่อระดับปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545 พยาบาลเทคนิค 2 - 4 ปฏิบัติงานโรงพยาบาลไทรโยค
 ตำบลลุ่มสุ่ม อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552 พยาบาลวิชาชีพ 4 - 7 ปฏิบัติงานโรงพยาบาลไทรโยค
 ตำบลลุ่มสุ่ม อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

พ.ศ. 2552 - ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานโรงพยาบาลไทรโยค
 ตำบลลุ่มสุ่ม อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี