

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



นางสาวสโรชา อยู่ยงสินธุ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

A RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LOCUS OF CONTROL WITH HEALTH BEHAVIOR
AND THE QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY OF THE NORTHEASTERN

Miss Sarocha Yuyongsin



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Sports Science

Faculty of Sports Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
กับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ

โดย

นางสาวสโรชา อyoungสินธุ์

สาขาวิชา

วิทยาศาสตร์การกีฬา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา สุขนครทรัพย์

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชรินทร์ชัย อินทிரามภรณ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์ ดร. ธนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา สุขนครทรัพย์)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา สรายุทธพิทักษ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์)

สโรชา อยู่ยงสินธุ์ : ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (A RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LOCUS OF CONTROL WITH HEALTH BEHAVIOR AND THE QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY OF THE NORTHEASTERN) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
หลัก: รศ. ดร. สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์, 76 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 450 คน โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานคุณภาพชีวิต WHOQOL- 26 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (r) เท่ากับ 0.79 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนและความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี

2. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และที่ระดับ .05ตามลำดับ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนและความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และที่ระดับ .05ตามลำดับ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และมีคุณภาพชีวิต

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5578331539 : MAJOR SPORTS SCIENCE

KEYWORDS: HEALTH LOCUS OF CONTROL / HEALTH BEHAVIOR / QUALITY OF LIFE / ELDERLY

SAROCHA YUYONGSIN: A RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LOCUS OF CONTROL WITH HEALTH BEHAVIOR AND THE QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY OF THE NORTHEASTERN. ADVISOR: ASSOC. PROF.SUCHITRA SUKONTHASAB SUCHITRA SUKONTHASAB, Ph.D., 76 pp.

The purposes of this study were to study health locus of control, health behavior, and quality of life and to find a relationship between health locus of control, health behavior, and quality of life in the elderly of the northeastern. This study was descriptive study, consisted of 450 elderly subjects in the northeastern. The Data were collected by using questionnaires which is the WHOQOL-26 Scale. The item of objective congruent (IOC) of the health locus of control questionnaire and the health behavior questionnaire were 0.97 and 0.96 respectively, also the reliability were 0.79 and 0.85 respectively. The data analysis was conducted by using percentages, mean, standard deviations and Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this study were as follows

1. The elderly in the northeastern had a high level of internal health locus of control and powerful others health locus of control. Chance health locus of control had a moderate. The overall health behavior was in very good level and the overall quality of life of the elderly in the northeastern was in good level.

2. The internal health locus of control and powerful others health locus of control had a low level of a significant positive correlation with health behavior ($P < .01$, $.05$ respectively). Chance health locus of control a low level of a significant negative correlation with health behavior ($P < .01$).

3. The internal health locus of control and powerful others health locus of control had a low level of a significant positive correlation with quality of life ($P < .01$, $.05$ respectively). Chance health locus of control a moderate level of a significant negative correlation with quality of life ($P < .01$).

Conclusion: Mostly, the elderly had a high level of internal health locus of control which is very useful for having preferred health behavior and quality of life.

Field of Study: Sports Science

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากการได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา ตลอดจนความเมตตากรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิด คำแนะนำ และ ตรวจแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ส่งผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์ รองศาสตราจารย์ ดร.วิภาวดี ลีมีงสวัสดิ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา สรายุทธพิทักษ์ รองศาสตราจารย์ ดร.กรัณพรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และ ดร.อะเคื้อ กุลประสูติติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาในการตรวจพิจารณา เครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะวิทยาศาสตร์การกีฬาทุกท่านที่ให้ข้อแนะนำและความรู้ที่นำไปใช้ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยอย่าง ดีตลอดการทำวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นางสาวยุพิน อยู่ยงสินธุ์ ผู้ซึ่งให้การสนับสนุนด้านการศึกษา ให้คำแนะนำ อบรม สั่งสอน ตลอดจนเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต และเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งให้ประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	4
คำจำกัดความของการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่จะได้รับ.....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	18
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	23
บทที่ 3 วิธีการวิจัย.....	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	28
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	29
วิธีการสร้างเครื่องมือ.....	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	33
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ.....	36

ตอนที่ 2 ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ	37
ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ	41
ตอนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	43
ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	44
ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	45
ตอนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	46
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	47
สรุปผลการวิจัย	48
อภิปรายผลการวิจัย	49
รายการอ้างอิง	54
ภาคผนวก	60
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	61
ภาคผนวก ข ใบรับรองโครงการวิจัย	63
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	68
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	76

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และลักษณะความเป็นอยู่.....	36
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุด้านความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ.....	37
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน จำแนกตามรายชื่อ	38
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น จำแนกตามรายชื่อ	39
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ แบบบังเอิญ จำแนกตามรายชื่อ	40
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน	41
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม	42
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม	43
ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	44
ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	45
ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	46

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 แบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน – ภายนอกตน (Rotter, 1966).....	12
แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	27



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์และงานสาธารณสุขของไทยมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนไปตามยุคสมัย ส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย พบได้จากแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต ทำให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2548 พบผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนร้อยละ 10.3 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) ซึ่งเป็นไปตามค่านิยมขององค์การสหประชาชาติที่ว่า ประเทศใดพบผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศถือว่าเป็นประเทศที่ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (Aging Society) และประเทศใดพบผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 20 หรือพบผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าเป็นประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งสังคมไทยใกล้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ขึ้นทุกขณะ สังเกตจากโครงสร้างประชากรไทย ในปี 2555 พบผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สัดส่วนร้อยละ 12.59 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง มหาดไทย, 2555) ทั้งยังคาดการณ์ต่ออีกว่าในปี 2564 สังคมไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในที่สุด (Super Aging Society) เนื่องจากจะพบผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555)

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้หน่วยงานทางการแพทย์และการสาธารณสุขไทยตั้งเป้าหมายสำคัญในการมีชีวิตรอยู่ไว้ 2 ประการ คือ การมีอายุยืนยาวและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากประชาชนดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอจะทำให้ช่วงบั้นปลายเป็นผู้ที่มีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาวะการเจ็บป่วยลง ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะประกอบด้วยการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ตามที่องค์การอนามัยโลกให้คำนิยามคำว่า “สุขภาพ” เป็นความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ไม่เพียงแต่เกิดจากการปราศจากโรคเท่านั้น การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีจึงควรเริ่มจากการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมตามแต่ละช่วงวัย (WHO, 2009)

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพเล็งเห็นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ และออกเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพขึ้น โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ ประชาชนจะต้องมีการสร้างสุขภาพ มากกว่า ซ่อมสุขภาพ และควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในเบื้องต้น อาจต้องพึ่งระบบบริการทางการแพทย์บ้างเมื่อถึงเวลาจำเป็น (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) ในการสร้างสุขภาพอย่างยั่งยืนนั้น เริ่มจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และต้องทำให้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นี้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากวัฒนธรรมไทยจะยกย่องและให้ความสำคัญพร้อมจัดการดูแลและส่งเสริมกิจกรรมต่างๆแก่บุพการี ทำให้ผู้สูงอายุยังคงดำเนินกิจกรรมเพื่อตนเองได้ดี

เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว และการรับประทานอาหาร ยกเว้นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเท่านั้นที่ต้องมีผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุสามารถทำงานบ้านเช่น การกวาดถู ทำความสะอาด การซักผ้า และการดูแลเด็ก ๆ ในครอบครัวได้ด้วย ดังนั้นในเรื่องของการออกกำลังกายผู้สูงอายุจึงคิดว่าไม่จำเป็นเพราะว่าในชีวิตประจำวันทำงานที่ค่อนข้างหนักและได้เหงื่ออยู่แล้วการใช้เวลาว่างและงานอดิเรกนั้น รวมถึงผลการสำรวจที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพ รับประทานอาหารประเภทของทอดและมีไขมันสูง หรือพบการดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ (การสำรวจสภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 2, 2540) นับเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ วิธีการแก้ปัญหาสุขภาพที่ได้ผลดีที่สุด คือ การสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นเกิดจากการเลือกที่จะทำกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของแต่ละบุคคล โดยการดูแลตนเองให้มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ Pender (1987) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุขและไม่เป็นภาระของสังคม

การเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป โดยการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยร่วมในการตัดสินใจก่อนการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1987) และมีความเชื่อเป็นปัจจัยสนับสนุนด้วย ความเชื่อที่เป็นตัวกำหนดการกระทำของแต่ละบุคคล และส่งผลต่อสุขภาพ เรียกว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (Health Locus of Control) แบ่งออกเป็น 3 ประเภทด้วยกัน คือ ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพภายในตน (Internal Belief) เป็นผู้ที่เชื่อว่าตนเองเท่านั้นที่เป็นผู้ที่มีสิทธิ์เลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น (Powerful Others Belief) เป็นผู้ที่เชื่อว่าการที่ตนเองจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่นั้น ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ (Chance Belief) เป็นผู้ที่เชื่อว่าการที่สุขภาพดีนั้นเกิดขึ้นเพราะตนเองโชคดี ส่วนสุขภาพร่างกายที่แย่นั้นเกิดขึ้นเพราะเคราะห์กรรม ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งแต่ละคนจะมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแตกต่างกันออกไปตามสภาพแวดล้อมและสภาพความเป็นอยู่ที่ทำให้พฤติกรรมการแสดงออกแตกต่างกันด้วย หากเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพที่ดี จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ร่าเริง แจ่มใส ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับการดูแลจากสังคมรอบข้าง ทั้งจากการสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน ที่จัดให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคนให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพจากการจำแนกคุณภาพชีวิตด้านวัตถุพิสัยโดยเป็นการสังเกตถึงการมีความสุข การมีสุขภาพที่ดีในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีภาระพึ่งพิงผู้อื่น และอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข (Green and Happiness Society) ตรงตามการสนับสนุนที่องค์การสหประชาชาติกำหนดไว้ว่าต้องการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่ดีและมั่นคงด้วยกระบวนการ Active Aging เพื่อนำไปสู่การเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว และชุมชน และ

ด้านความมั่นคงในชีวิต ในปัจจุบันการพัฒนาประเทศส่งผลต่อการขยายความเป็นตัวเมืองขึ้นอย่างรวดเร็ว และกระทบต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อม รวมถึงประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เข้าสู่สังคมเมืองเพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพแวดล้อม วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ อันมีผลลบต่อสภาพจิตใจ ซึ่งคุณภาพชีวิตจัดเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมหลายประการ ทั้งการศึกษา การรับรู้ส่วนบุคคล สภาพแวดล้อม หรือวัฒนธรรม และควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นการนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตยิ่งขึ้น

ซึ่งจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยปี 2555 พบจำนวนผู้สูงอายุอาศัยมากที่สุดอยู่บริเวณภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพบผู้สูงอายุจำนวน 2,592,525 คน จากผู้สูงอายุทั้งประเทศจำนวน 8,114,144 คน (สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2555) แม้จะพบจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ขณะเดียวกันกลับพบสถิติการเข้ารับการรักษาทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามมาด้วย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) ปัญหาสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ การไปทำงานต่างถิ่นของวัยแรงงานเป็นจำนวนมาก จึงทำให้เกิดการรวมตัวกันดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีปัจจัยสำคัญ คือ การมีภูมิหลังด้านอาชีพเหมือนกัน และบริบทของชุมชนที่ง่ายต่อการเดินทางติดต่อ แต่การหวังพึ่งนโยบายของทางภาครัฐไม่สามารถสร้างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพได้ ต้องอาศัยความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ และควรเน้นให้เห็นถึงการสร้างสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุอีกด้วย ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงควรได้รับความสำคัญและได้รับการตระหนักถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้มีการดำรงอยู่และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จำเป็นต้องมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ครอบคลุม 3 เขตการปกครอง คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

คำจำกัดความของการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุในช่วง 60-69 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย และปัจจุบันอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีต่อการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำด้วยตนเองและส่งผลต่อความสมบูรณ์ของทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีการปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต โดยครอบคลุมพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการมีชีวิตที่ดีเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ และเกิดความสุขความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างโปรแกรมพฤติกรรมสุขภาพแก่กระทรวงสาธารณสุข เพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานการแก้ไขระบบปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยระดับภูมิภาค

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย โดยที่ครอบคลุมหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ผู้สูงอายุ
 - 1.2 กระบวนการชราภาพ
 - 1.3 ระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
 - 1.4 ผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพ
 - 1.5 มาตรฐานผู้สูงอายุสุขภาพดี
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
 - 2.1 ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
 - 2.2 ความเชื่อและการแสดงออกกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.3 การพัฒนาความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
 - 2.4 การประเมินความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
3. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1 พฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.2 ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.3 ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.4 พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 3.5 พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ
 - 3.6 การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.7 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
 - 4.1 คุณภาพชีวิต
 - 4.2 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 4.3 การเตรียมตัวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 - 4.4 หลักสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

- 4.5 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- 4.6 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

- 5 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอำนาจควบคุมทางสุขภาพ
 - 5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้มีการให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ ไว้อย่างหลากหลายแตกต่างกันไปตามสภาพร่างกาย สภาพสังคม สภาพสิ่งแวดล้อม สภาพเศรษฐกิจ และตามวัฒนธรรม จึงพบความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ ได้ดังต่อไปนี้

สิทธิอาภรณ์ ชวนปี (2543) กล่าวว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป ที่พบการเปลี่ยนแปลงทางทั้งด้านร่างกายและจิตใจและนำไปสู่ความเสื่อมถอยและควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเพื่อให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) เสนอผลการศึกษาเกี่ยวกับการกำหนดอายุที่เรียกว่าเป็น “คนแก่” ส่วนใหญ่จะระบุอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แต่บางครั้งมีข้อพิจารณาอื่นๆประกอบ เช่น ภาวะสุขภาพบางคนอายุประมาณ 50-55 ปี แต่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคภัยและทำงานไม่ไหว ผมขาวหลังโกงก็เรียกว่า “คนแก่” บางคนมีหลานก็รู้สึกว่าเป็นคนแก่และเริ่มลดกิจกรรมลง กลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุแต่พิจารณาตัดสินจากองค์ประกอบเช่น สภาพร่างกาย ปวดแหว ปวดตามข้อ เดิน ไปไกลๆไม่ไหว ทำงานหนักไม่ค่อยได้ เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เป็นต้น

จากความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จากที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวไว้ อาจจะสรุปได้เพื่อความเข้าใจที่ง่ายขึ้นว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของวงจรชีวิต ที่เริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา (วัยผู้สูงอายุ) ตรงตามทีประชุมสมัชชาโลกที่ว่าด้วยผู้สูงอายุที่กำหนดเกณฑ์ความเป็นผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป และถือได้ว่าเป็นมาตรฐานเดียวกันหมดทั่วโลก

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528) จำแนกผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุที่ปรากฏจริง ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ ความสามารถ ความรู้สติปัญญา และบทบาททางสังคม
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น สายตายาว ศีรษะล้าน ซึ่งเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ รวมถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญา เช่น ระบบความจำเปลี่ยนแปลงตลอดจนบุคลิกภาพที่แสดงออก
4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจาก ลักษณะบทบาททางสังคม บทบาททางครอบครัว และบทบาทกับเพื่อนฝูง

ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนภาคตะวันออกเฉียง (2543) ได้เสนอข้อมูลการแบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุของประเทศไทย ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 60-69 ปี
2. อายุตั้งแต่ 70-79 ปี
3. อายุ 80 ปีขึ้นไป

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552)

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี)
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) แบ่งผู้สูงอายุเป็น

1. ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 – 69 ปี)
2. และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป)

ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จุลลิตี คงสุวรรณ, 2543)

จากบริบทวิถีชีวิตของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้ส่วนใหญ่การมีชีวิตอยู่ยังคงประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม และคงมีการใช้ชีวิตโดยอาศัยการดำเนินตามระบบศาสนา ยึดถือความเชื่อหรือข้อห้ามและขนบประเพณี ระบบศาสนา ชาวอีสานส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ แต่ในทางปฏิบัติยังยึดมั่นอยู่ในความสถาบันหลัก 3 สถาบัน คือ ผี พราหมณ์ และพระพุทธรูปศาสนา ทั้งสามสถาบันนี้บรรพบุรุษได้จัดระบบและกลั่นกรองทำการสั่งสอน สืบทอดกันมาเป็นเวลายาวนาน โดยเรียกรวมกันว่า “ฮีดสิบสองคองสิบสี่” หรือเรียกสั้นๆ ว่า “ฮีดคอง” แต่จากการพัฒนาทางเทคโนโลยีได้เข้ามาเปลี่ยนบทบาทบางอย่างของผู้สูงอายุขึ้น อาทิเช่น รับประทานอาหารสำเร็จรูป การพบแพทย์เมื่อไม่สบาย เป็นต้น แต่สิ่งธรรมเนียมการปฏิบัติบางอย่างยังคงฝังลึกจนไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ และทำได้เพียงแต่การเฝ้าระวัง คือ การกินอาหารประเภทสุกๆดิบๆ แม้ว่าจะพบจำนวนผู้สูงอายุทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้น และสุขภาพแข็งแรงอยู่ก็ควรได้รับการดูแลใส่ใจให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ

กระบวนการชราภาพ

กระบวนการชราภาพ (Aging Process) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต่างไปตามบุคคล เกิดได้ทั้งจากปัจจัยภายใน ได้แก่ พันธุกรรม และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม การดำเนินชีวิต ความเครียด เป็นต้น โดยที่ความชราภาพนั้น (Age-related Changes) จะเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความรู้ด้านการดูแลรักษา เพื่อใช้แยกตามสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการชราภาพออกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2539)

ระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

สำหรับระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยนั้นวางนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อจัดทำแผนแม่บทในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ตั้งแต่ระดับ ชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด เขต และภูมิภาค โดยมีแผนการรองรับทั้งระยะสั้นและระยะยาวด้านการดูแลสุขภาพด้วย และมีการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ

1. การสร้างหลักประกันในวัยผู้สูงอายุ ที่เน้นการสร้างความมั่นคงให้กับสังคม โดยเฉพาะหลักประกันสุขภาพ ซึ่งมุ่งให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้

2. สร้างให้ผู้สูงอายุมีคุณค่า ศักยภาพ มีศักดิ์ศรี สมควรได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการทำประโยชน์และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุกับและการดูแลสุขภาพ (อัมพรพรรณ ธีรานุตร, 2556)

ความสูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง นับตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น อากาศ อาหาร เป็นต้น โดยจะแสดงออกมาในรูปแบบของความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ความสูงอายุไม่ใช่เรื่องที่น่ากลัว หากเป็นสิ่งที่นำไปตามธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้ แต่สิ่งที่พึงปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุทุกคน คือ การดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจให้แข็งแรง สามารถพึ่งตนเองได้โดยเป็นภาระต่อครอบครัว ลูก หลาน และผู้อื่นให้น้อยที่สุด

มาตรฐานผู้สูงอายุสุขภาพดี (ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา, 2555)

เกณฑ์ประเมินผู้สูงอายุสุขภาพดี ประกอบด้วย

1. การมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเอง และไม่มีโรคหรือมีโรคแต่สามารถควบคุมได้ ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวที่สามารถเดินขึ้น และเดินลงบันไดได้เองโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือ การรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง และ สามารถใช้ห้องสุขาด้วยตนเอง
2. การมีสุขภาพจิตดี เป็นผู้ที่ประกอบไปด้วยการมีอารมณ์ดี แจ่มใส มองโลกในแง่ดี และเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจสามารถแก้ไขได้โดยไม่ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์
3. การมีสุขภาพสังคมดี เป็นผู้มีจิตอาสา หรือ จิตสาธารณะ หมายถึง ในรอบ 1 ปี ผู้สูงอายุเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือชุมชนหรือสังคม โดยเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ
4. การมีดัชนีมวลกาย หรือ รอบเอว อยู่ในเกณฑ์ปกติ หมายถึง ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.9–22.9 กิโลกรัม/เมตร² หรือวัดรอบเอวผ่านเกณฑ์ ได้แก่ เพศชายน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และเพศหญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร
5. มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้อายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ กล่าวคือ มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี หรือแม้แต่การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพให้อายุยืนยาวอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร อารมณ์ เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (Health Locus of Control)

ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพนั้น เป็นการกล่าวถึงความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งมีความคาดหวังหรือความเชื่อที่ว่าคนที่ตนจะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงที่เกิดจากการกระทำของตนและเชื่อว่าตนสามารถหลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บได้จากการดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกสุขลักษณะ ส่วนความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกตนด้านสุขภาพ เป็นการกล่าวถึงความเชื่อหรือ

ความคาดหวังของบุคคลว่าการที่ตนจะมีสุขภาพดีหรือไม่เป็นเพราะผู้อื่น โชคชะตา ซึ่งสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมอนามัยของบุคคลได้ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยได้ โดยบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพจะเป็นผู้สนใจต่อสุขภาพและสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี โดยมีการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและนำไปซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมีความแตกต่างจากบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกตนด้านสุขภาพที่เชื่อว่าการที่มีสุขภาพดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับโชคชะตา ความบังเอิญ และสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดส่วนใหญ่บุคคลประเภทนี้มักจะเฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้หรือพฤติกรรมที่ถูกต้อง จึงทำให้สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมและไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สุดท้ายจะทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลเปลี่ยนแปลง

Wallston (1978) กล่าวถึงความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ และอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ทั้งในยามปกติและเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมที่สามารถคาดว่าจะใช้ความเชื่อมาใช้อธิบาย ได้แก่ การหาความรู้ด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ การนอนหลับพักผ่อนและการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมทางบวกต่อสิ่งเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนจะเป็นผู้ที่สนใจต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอทั้งร่างกายและจิตใจ จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและดูแลสุขภาพ

Strickland (1978) กล่าวว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตน จะเชื่อว่าการมีสุขภาพดีเป็นผลจากการกระทำของตนเอง ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจึงเป็นไปทางบวกคือ จะเป็นผู้ที่สนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพ หาความรู้เพื่ออนามัยที่ดีของตนอยู่เสมอ ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมจากบุคคลอื่นนั้นจะมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจึงมักปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตรงกันข้ามกับผู้ที่เชื่อเรื่องดวงหรือโชคชะตาก็จะเป็นบุคคลที่เฉื่อยชาไม่สนใจในการแสวงหาความรู้ในการป้องกันการเกิดโรคและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

Lefcourt (1983) สรุปว่า ความเชื่ออำนาจแห่งตน (Locus of control) เป็นความเชื่อทั่วไปในเรื่องคุณสมบัติส่วนตัวหรือการกระทำกับผลของการกระทำที่เกิดขึ้น ซึ่งจะอธิบายบุคคลตามความเชื่อที่ยึดถือเป็นแบบไม่ว่าจะเป็น “ภายใน” หรือ “ภายนอก” โดยดูจากเหตุผลและการควบคุมคนที่ยึดแบบ “ภายใน” จะเป็นบุคคลที่คิดว่าผลต่างๆที่เกิดขึ้นมาจากการกระทำของตน ดังนั้นพวกนี้จะพยายามให้ได้มาซึ่งผลการกระทำนั้นส่วนคนที่ยึดแบบ “ภายนอก” จะเป็นบุคคลที่คิดว่าความสำเร็จเป็นเรื่องโชค สิบบน ความไม่ยุติธรรมอื่นๆ หรือความช่วยเหลือเกื้อหนุนจากผู้อื่น

Platt (1968) ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนจะเป็นผู้ที่กระฉับกระเฉง ว่องไว เห็นคุณค่าของกาลเวลา สามารถปรับตัวได้กับทุกสถานการณ์และมีความวิตกกังวลน้อย นอกจากนั้นแล้ว บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนยังมีประสิทธิภาพในการควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้วย

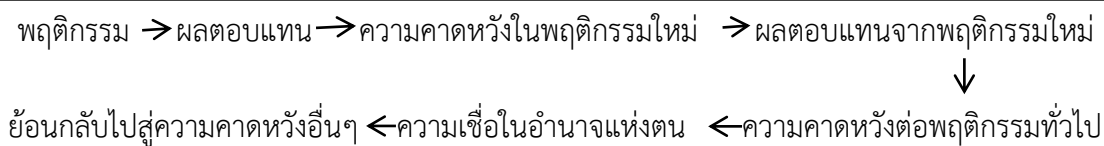
Rotter (1996) กล่าวถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน – ภายนอกตน ในด้านการรับรู้ในผลตอบแทนจากการกระทำของบุคคล โดยแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. ความเชื่อในอำนาจควบคุมภายในตน (Internal Locus of Control) ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความเชื่อ หรือ รับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ทั้งยังเป็นการเสริมกำลังที่มาจากความประพฤติและทัศนคติของบุคคลนั้นๆ นอกจากนี้ยังเป็นความคิดที่ว่าความสำเร็จและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นกับตน โดยเป็นผลมาจากความสามารถ ทักษะ หรือการกระทำของตนเอง บุคคลซึ่งมีความเชื่อภายในจะมีความกระตือรือร้น เมื่อประสบความล้มเหลวก็จะมีพยายามเพื่อให้ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ยังอาจสรุปลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในไว้ดังต่อไปนี้

- 1.1 มีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของ
- 1.2 พยายามปรับปรุงสภาพแวดล้อมตามลำดับขั้น
- 1.3 เห็นคุณค่าของทักษะหรือผลสัมฤทธิ์จากความพยายามของตน
- 1.4 ยากที่จะชวนให้เชื่อโดยไม่มีเหตุผล

2. ความเชื่อในอำนาจควบคุมภายนอกตน (External Locus of Control) บุคคลมีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ตนเอง ควบคุมไม่ได้ เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรืออำนาจผู้อื่น ทั้งยังเป็นการเสริมกำลังที่มีแหล่งมาจากภายนอกบุคคล เป็นความเชื่อที่ว่าความสำเร็จและความล้มเหลวของตน ขึ้นอยู่กับโชคกลางความบังเอิญหรือขึ้นอยู่กับอำนาจของบุคคลอื่น บุคคลซึ่งมีความเชื่อภายนอกจะเป็นคนที่เฉื่อยชาไม่กระตือรือร้น ไม่ค่อยประสบความสำเร็จในชีวิต

อีกทั้ง (Rotter, 1996) อธิบายถึงลักษณะความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน-ภายนอกตนว่า เมื่อบุคคล ได้รับผลตอบแทนจากพฤติกรรมอันหนึ่งจะเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับผลตอบแทน เช่นเดียวกันจากสิ่งใหม่ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์เดิม ถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นไปตามที่บุคคลคาดหวังไว้จะทำให้ ความคาดหวังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่ถ้าผลตอบแทนไม่ได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวัง จะทำให้ความคาดหวังของบุคคลลดลง การลดหรือเพิ่มความคาดหวังนี้จะก่อตัวขึ้นจากพฤติกรรมอย่างหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่นๆ ที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์เดิมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพที่สำคัญในตัวบุคคล ถ้าประสบการณ์ของบุคคลได้รับการเสริมแรงบ่อยๆจะทำให้บุคคลเชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลจากความสามารถหรือทักษะของตนเอง ความเชื่อนี้ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับการเสริมแรง จะทำให้บุคคล เชื่อว่า สิ่งที่เกิดขึ้นไม่ใช่เป็นผลจากการกระทำของตนเอง แต่เป็นผลจากโชค เคราะห์ ความบังเอิญ หรือ สิ่งแวดล้อมบังเกิดขึ้น ความเชื่อนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่อดังกล่าวจะมีผลย้อนกลับไปสู่ความคาดหวังในผลแห่งพฤติกรรมใหม่ๆ อีก ซึ่ง Rotter พบอีกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมักจะมีแนวโน้มที่จะมี บุคลิกภาพเฉื่อยชา ขาดความพยายาม ไม่มี ความกระตือรือร้น ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ซึ่ง จะกระตือรือร้น มานะพยายามที่จะต่อสู้กับปัญหาต่างๆ จึงมักจะเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต



แผนภูมิที่ 1 แบบการก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจควบคุมภายใน – ภายนอกตน

(Rotter, 1966)

Mulenkamp (1986) สรุปไว้ว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตน ไม่ใช่เพียงแต่เชื่อในตนเองเท่านั้นแต่ยังหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านความเชื่ออำนาจภายนอกตน ส่วนผู้ที่เชื่อในอำนาจภายนอกตนก็จะพยายามแสวงหาสิ่งที่ดีกว่ามีอิทธิพลต่อตนเอง

Wallston (1978) ประยุกต์นิยามความเชื่อในอำนาจควบคุมแห่งตน (Locus of Control) มาใช้กับสุขภาพ โดยอธิบายว่ากลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความพยายามที่จะควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเอง ศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคและการเกิดโรค พยายามส่งเสริมหรือรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ ในกลุ่มนี้จะมีคามผูกพันและเอาใจใส่ต่อโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน อาจจะมีการกล่าวถึงความเชื่อในอำนาจโดยทั่วไปมากมาย แต่มีจำนวนไม่มากนักที่จะใส่ใจถึงความเชื่อในอำนาจด้าน สุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบว่าในกลุ่มผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) จะมองโลกในแง่ดี สามารถรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้ดีกว่า มีความสามารถในการ ปรับปรุงสภาพจิตใจได้ดี เห็นคุณค่าในตนเอง มีความสุขและจิตใจเบิกบาน ส่วนในผู้สูงอายุที่ชรามากแล้ว และไม่ได้แต่งงาน การศึกษาดำ ถูกทอดทิ้ง มีความเชื่อว่า สุขภาพจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับ โชคชะตาหรือโอกาส

ความเชื่อและการแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพ (ชาญวิทย์ ตั้งสุวรรณกุล, 2555)

การดูแลรักษาสุขภาพจำเป็นต้องมีความเข้าใจปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพด้วย ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการ การกระทำของบุคคล ความเข้าใจดังกล่าวจะช่วยเพิ่มการวางแผนการส่งเสริมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

- 1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ช่วงอายุของบุคคล พื้นฐานด้านสติปัญญา การรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย ปัจจัยด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งมีรายละเอียด
- 2) ปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติของครอบครัว ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และพื้นฐานทางวัฒนธรรม

การพัฒนาความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (ชาญวิทย์ ตั้งสุวรรณกุล, 2555)

ความเชื่ออำนาจควบคุมแห่งตนตนจะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น เมื่อบุคคลได้รับความทุกข์และรับรู้ว่าคุณไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะเชื่ออำนาจ ภายนอกตนมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าเหตุการณ์นั้นดำเนินไปในทางดีและบุคคลรับรู้ว่าคุณการณ์ต่างๆในชีวิต เกิดจากการกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนจะเพิ่มขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยชรา บุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ดังนั้นความเชื่ออำนาจผู้อื่นจะสูงขึ้น (Crandall et al., 1965)

การพัฒนาความเชื่ออำนาจควบคุมแห่งตน เป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการที่สำคัญ ได้แก่ สภาพแวดล้อมและประสบการณ์ในอดีต ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองนั้นจะมีการพัฒนาตามอายุ โดยเชื่อว่า เมื่อเป็นผู้ใหญ่ความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือคงที่เพิ่มขึ้นกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต

Robinson & Shaver (1991) กล่าวว่า ประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจควบคุมตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประสบการณ์ที่สะสมในอดีต และ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตที่เกิดในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต

Lowery (1981) กล่าวว่า ลักษณะความเชื่อที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลไม่ได้หมายความว่า บุคคลจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตนทั้งหมด แต่จะมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามสถานการณ์ที่เจอในชีวิต เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องอาศัยคนอื่นมากขึ้น จึงทำให้อาจควบคุมสิ่งแวดล้อมลดลง บุคคลจะเชื่อในสิ่งที่อยู่ภายนอกตนมากขึ้น แสดงถึงความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำลงเมื่อสูงอายุ

การประเมินความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (ชาญวิทย์ ตั้งสุวรรณกุล, 2555)

การประเมินความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพได้มีการพัฒนามาตามลำดับโดย Phares (1957) ได้แก้ไขดัดแปลงเครื่องมือนี้ตลอดมาแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน Rotter (1966) ได้ดัดแปลงใหม่เป็น I-E Scale (Internal-External Locus of Control Scale) เป็นการวัดแบบมิติเดียวแบ่งความเชื่อออกเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน ต่อมา Levenson (1973) ได้พัฒนาแบบวัดขึ้นใหม่โดยใช้ I-E Scale เป็นพื้นฐานแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ดีนัก ต่อมา Wallston (1978) ได้ดัดแปลงแบบวัดนี้ให้เหมาะสมและได้มีการปรับปรุงอีก ในปี ค.ศ. 1978 เรียกว่า Multidimension Health Locus of Control Scale (MHLC) โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้านได้แก่

1. ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง

2. ความเชื่ออำนาจควบคุมผู้อื่นด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าบุคลากรทางสาธารณสุขทำให้บุคคลมีสุขภาพดี หรือบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมสุขภาพ และเชื่อว่าการพบบุคลากรสาธารณสุขโดยสม่ำเสมอ ทำตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่เป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี

3.ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า สุขภาพหรือการเจ็บป่วยเกิดจากโอกาสหรือโชคชะตาที่ไม่อาจควบคุมได้

ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกตนด้านสุขภาพ สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมที่ Wallston (1978) พบว่า สามารถใช้ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมาทำนายและค้นหาข้อมูลที่เป็นจริงได้ คือ การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การรับประทานอาหาร เป็นต้น บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมักจะมีพฤติกรรมที่กล่าวมาทางบวก นอกจากนั้นบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพจะเป็นผู้สนใจต่อสุขภาพสามารถปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแตกต่างจากบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพที่เชื่อว่า การที่มีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับโชคชะตา ความบังเอิญและสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็นไป มักจะเฉื่อยชาไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้หรือมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี ทำให้สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ใช้ประเมินความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากแบบสอบถาม Multidimension Health Locus of Control Scale (MHLC) ของ Wallston (1978) โดยทำการแปลภาษาจากต้นฉบับโดยตรง

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ คือ แนวคิดเกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) ได้แก่ การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological Factors) ซึ่งมีความคิดความเชื่อ การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทัศนคติ และความคาดหวัง โดยในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่าองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและส่งเสริมให้มีสภาวะสุขภาพที่ดี จุดมุ่งหมายของการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ คือ การทำให้สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ ชะลอการเกิดโรค ตลอดจนเกิดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมากที่สุด แม้ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีหรือกรรมพันธุ์ที่ดี แต่หากขาดการปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะที่ดีแล้ว บุคคลนั้นจะมีสุขภาพที่ดียาก พฤติกรรมสุขภาพนี้มักจะแสดงออกมาตามลักษณะของความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อถือ ความศรัทธา ความสนใจ การเห็นคุณค่า ตลอดจนการนิยมชมชอบของแต่ละบุคคลตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพมีดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ โดยจะรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ การพักผ่อน เป็นต้น

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care Behavior) เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อใช้ดูแลตนเอง เริ่มตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย

3. พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติไปแล้ว อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพตามมา ตัวอย่างพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารไขมัน การเที่ยวหญิงบริการ หรือการเสพยาเสพติด เป็นต้น

4. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior) เป็นการกระทำของบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้น ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

5. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) เป็นการกระทำของบุคคล เมื่อมีอาการผิดปกติหรือเมื่อรู้สึกว่าเป็นโรคได้แก่ การถามบุคคลอื่นหรือผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับอาการของตนเอง การเพิกเฉยการแสวงหาการรักษา การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

6. พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (Sick role Behavior) เป็นการกระทำของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่นหรือเป็นความคิดเห็นของผู้ป่วยเอง

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ (ประสิทธิ์ ทองอุ่น, 2542)

ลักษณะของพฤติกรรมไว้ดังนี้

1) พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) คือ พฤติกรรมที่เจ้าของพฤติกรรมเท่านั้นที่รับรู้ บุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าของพฤติกรรมไม่สามารถรับรู้ได้โดยตรง ถ้าไม่แสดงออกเป็นพฤติกรรมภายนอก บุคคลอื่นจะรับรู้พฤติกรรมภายในของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้โดยการสันนิษฐานหรือคาดเดาเอาเองเท่านั้น แต่ถ้าหากมีพฤติกรรมภายในที่ปรากฏออกมาก็จะทำให้บุคคลอื่นมีข้อมูล (Data) ประกอบด้วยการสันนิษฐานถึงพฤติกรรมภายในได้ดียิ่งขึ้น พฤติกรรมภายในนั้นเป็นการทำงานของสมอง (Mental Process) ซึ่งหมายถึงขั้นตอนการทำงานของสมองในรูปแบบต่างๆ มากมาย เช่น การคิด ค่านิยม การตัดสินใจ แรงบันดาลใจ

2) พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) คือ พฤติกรรมของบุคคลอื่น นอกเหนือจากเจ้าของพฤติกรรมสามารถที่จะรับรู้ได้และบางพฤติกรรมเจ้าของพฤติกรรมเองยังไม่รู้ด้วยซ้ำไป พฤติกรรมภายนอกนั้นบุคคลอื่นจะรับรู้ได้ต้องอาศัย การสังเกต (Observation) ไม่ว่าจะใช้ประสาทสัมผัสโดยตรงหรือใช้เครื่องมือ (Instrument) ช่วยในการสังเกต

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2555)

ผู้สูงอายุนั้นมีความจำเป็นที่จะต้องมีความสุขภาพที่ดี เนื่องจากวัยผู้สูงอายุมักจะประสบปัญหาทางด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงจำเป็นต้องส่งเสริมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การส่งเสริมการกระทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ป้องกันการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข อีกทั้งยังเป็นการแสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้สูงอายุที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี ปราศจากความเจ็บป่วย โดยครอบคลุม

พฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน ตามแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของPender (Pender's Health Promotion Model) ประกอบด้วย

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. ด้านการออกกำลังกาย เป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย ทั้งที่เป็นการออกกำลังกาย และเป็นการออกแรงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความสามารถในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ
3. ด้านโภชนาการ เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการบริโภคที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารครบ5หมู่ ซึ่งปริมาณและประเภทของอาหารที่รับประทานที่มีความเหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ
4. ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ มีการปรึกษาหารือให้การช่วยเหลือและร่วมกิจกรรมต่างๆทางสังคม
5. ด้านการจัดการกับความเครียด เป็นการกระทำที่ผู้สูงอายุแสดงวิธีการจัดการกับความเครียดของตนเอง เช่น การคลายเครียดโดยหางานอดิเรกทำ
6. ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ เป็นความรู้สึกและการแสดงออกถึงความเชื่อที่มีต่อการดำรงชีวิต และจุดมุ่งหมายของการมีชีวิตอยู่ เช่น การปฏิบัติตามคำสั่งสอนของศาสนาที่ตนนับถือ

พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ (รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2555)

พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสภาวะที่ดีของทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ พฤติกรรมด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหาร ซึ่งควรเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการของผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุนั้นมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง และลดความรุนแรงของการเกิดโรคต่างๆได้
2. การนอนหลับ ผู้สูงอายุจะมีความต้องการในการนอนหลับลดลง ระยะชั่วโมงการนอนหลับก็จะสั้นลง มีอาการตื่นง่าย หลับยาก และจะมีการนอนพักตอนกลางวัน ซึ่งปกติคนอายุ 60 – 70 ปี จะมีความต้องการนอนหลับวันละ 6 – 7 ชั่วโมง และมีการนอนพักในช่วงกลางวันเพิ่มตามอายุ เพื่อชดเชยการนอนหลับในเวลากลางคืน โดยที่เวลาที่ใช้นอนกลางวันนั้นประมาณ 15 – 60 นาที
3. การออกกำลังกาย ควรเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของแต่ละบุคคล และควรเป็นการออกกำลังกายที่กระทำอย่างต่อเนื่อง ไม่จำกัดความเร็ว ความหนัก แต่ก็ไม่ควรออกกำลังกายในลักษณะเบาจนเกินไป
4. การดูแลสุขภาพส่วนตัว นับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกายอย่างถูกต้อง เนื่องจากผิวหนังผู้สูงอายุมีความต้านทานโรคน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว ในที่อากาศร้อนเหมาะที่จะอาบน้ำวันละหลายครั้ง หรืออย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน ไม่ควรสะสมบ่อเย็บ ต้องตัด ให้สั้นเพื่อป้องกันการทำความสะอาด
5. การขับถ่าย ซึ่งปัญหาการขับถ่ายที่พบมากในผู้สูงอายุ คือ ท้องผูก การช่วยให้ผู้สูงอายุ มีการขับถ่ายให้เป็นเวลาจะทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น รวมถึงการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ

6. การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น กาแฟ บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7. การป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้น ทั้ง การหกล้ม น้ำร้อนลวก ไฟไหม้ เป็นต้น
8. การตรวจสุขภาพนับเป็นสิ่งจำเป็น ผู้สูงอายุควรตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ ปีละ 1- 2 ครั้ง

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (กัตติกา ธนะขว้าง, 2552)

ในปี ค.ศ. 1975 นั้น Pender ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทการพยาบาลตามแนวคิดของ Pender ในสมัยนั้น เน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมา Pender ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกัน สุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพ หรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก Pender จึงเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1982 และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender, 2006) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้อซึ่งประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา สังคม นอกจากนี้การพัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพได้พัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาตัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆในแบบจำลองซึ่งแบบจำลองที่ได้ปรับปรุงในปี ค.ศ. 2006 นี้ สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามลักษณะการแสดงออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ

1. พฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะของความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า พุทธิพิสัย (Cognitive Domain)
2. พฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะความรู้สึนึกคิด เจตคติ ความคิดเห็น ที่ทำ ที่บุคคลมี ต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ ซึ่งเรียกว่า เจตพิสัย (Affective Domain)
3. พฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะของการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain)

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (กัตติกา ธนะขว้าง, 2552)

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อการหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของประชากรให้ดีขึ้น สามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพได้ดังนี้

1. ตามเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน (Commitment to Plan of Action) โดยทั่วไปเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่มและปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้นไปจนจบได้เว้นเสียแต่เมื่อมีความต้องการหรือความชอบอื่นที่เหนือกว่า เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ ความคิด

2. ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น หมายถึงพฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งเข้ามาอย่างกะทันหันก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้ มีความแตกต่างไปจากอุปสรรค กล่าวคือ ความต้องการอื่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก่อน ขึ้นอยู่กับความต้องการภายนอกหรือเพราะความบังเอิญด้านสภาพแวดล้อม บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างน้อย เช่น มีงานด่วนต้องทำ ต้องดูแลครอบครัวบุคคลจำต้องปฏิบัติไม่อย่างนั้นจะเกิดผลเสียต่อตนเองหรือผู้อื่นที่มีความสำคัญ ส่วนความชอบอื่น หมายถึงพฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งมีพลังอำนาจผลักดันเหนือกว่า บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างสูง ความชื่นชอบในสิ่งนั้นสามารถทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ การที่จะต้านทานความชอบอื่นได้ต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกันความต้องการและความชอบอื่นที่เข้ามาขณะนั้น ผลกระทบโดยตรงต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งลดเจตจำนงในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งใจไว้ อย่างไรก็ตามการมีเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนอย่างแข็งแกร่ง อาจช่วยให้สามารถคงการปฏิบัติพฤติกรรมจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์แม้จะมีความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น

3. ตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพนี้ ของ Pender ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้คุณมีความสุขตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน โดยมีการวางแผนคิดการปฏิบัติอย่างครอบคลุมไว้ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

สำหรับการศึกษานี้ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Pender โดยครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of life)

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) อธิบายว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับการรับรู้ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของคุณ ต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจสุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2540) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับการมีชีวิตที่ดีอย่างมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการดำเนินชีวิตของคุณ ในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของคุณในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2543) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า การที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคมเป็นชีวิตที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสามารถดำรงชีวิตที่ขอบธรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และค่านิยม

สังคม ตลอดจนแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือ และทรัพยากรที่มีอยู่ คุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ประการ คือทางด้านร่างกาย คือ บุคคลจะต้องมีสุขภาพ ร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรงปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ อันเป็นผลตอบสนองมาจากปัจจัยพื้นฐานทางด้านจิตใจ คือ บุคคลจะต้องมีสภาวะจิตใจที่สมบูรณ์ร่าเริงแจ่มใส ไม่วิตกกังวลมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ตนเองครอบครัว และสังคมสิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัยในชีวิตทางด้านสังคม คือ บุคคลสามารถดำรงชีวิตภายใต้บรรทัดฐานและค่านิยมของสังคมในฐานะเป็นสมาชิกของสังคมได้อย่างปกติสุข

วันพี๋ ขำเพ็ง (2540) อธิบายว่าคุณภาพชีวิต คือการมีชีวิตที่ดีและมีความสุข คุณภาพชีวิตมีทั้งระดับบุคคลหรือครอบครัว ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตระดับจุลภาค (Micro Level) และคุณภาพชีวิตระดับสังคมหรือระดับประเทศ ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตระดับมหภาค (Macro Level)

จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่มีผู้อธิบายไว้ข้างต้น จึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจเกี่ยวกับองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และปัจจัยในสังคม เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และการทำกิจกรรมเป็นที่ทราบกันดีว่า การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ แต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันออกไป ตามทัศนะของแต่ละบุคคล หรือบริบทของสังคมซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตเอาไว้

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ, 2540)

คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่มีความสุข การกินดี อยู่ดี มีเศรษฐกิจที่มั่นคง ไม่มีโรคร้ายไข้เจ็บ และมีการดำเนินชีวิต รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีได้อย่างเหมาะสม โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญด้วยกัน 4 ด้านดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย โดยการมีสุขภาพกายดี ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข และสามารถประกอบกิจการหรือ ภาระหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ การมีสุขภาพดี คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอยลงตามจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้โรคร้ายไข้เจ็บเบียดเบียน จึงมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยทางด้านร่างกาย และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะต้องการศึกษาทำให้ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

2. ด้านจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายสิ่งแวดล้อม และสังคม ทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปรับปรุง และพัฒนาจิตใจไปในทางที่ดี หรือมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้นขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล ระดับการศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนๆ นั้น การรับรู้สิ่งใหม่ๆ การแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ไม่พอใจ ไม่สนใจ เป็นผลที่เกิดจากความเครียดที่มีความผิดปกติทางจิตใจ และในวัยสูงอายุ ถ้าไม่ได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ วิตกกังวล เศร้า ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ย่อมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ย่อมส่งผลให้เกิดมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ ดังนั้น ภาวะสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเอง จึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความพึงพอใจ

ในชีวิตได้ดีเนื่องจากการประเมินสุขภาพตนเองอาจไม่สอดคล้องกับการประเมินทางการแพทย์ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาไม่ดี ในทำนองเดียวกันผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ไม่ดีถ้าเขาเชื่อว่าเขาสุขภาพดีอาจมีความพึงพอใจในชีวิตสูง

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยที่การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบๆข้าง นับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการของสังคม การมีสัมพันธกับบุคคลอื่น เช่น การมีเพื่อนในวัยเดียวกันสามารถปรับทุกข์ซึ่งกันและกันได้ มีความรู้สึกที่ดี สามารถให้การช่วยเหลือ ให้ความอุปการะและให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยกว่า คือ บุตรหลาน คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ให้ความเคารพยกย่องทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเขาเองมีความหมายและมีคุณค่า และมักจะใช้เวลาว่างทำกิจกรรมให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เช่นการไปวัด ทำบุญ การเข้าร่วมในชมรมต่างๆ เช่นชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัครต่างๆ จากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน(The activity theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมสูงสามารถปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสภาพแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของมนุษย์ ที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน การที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การมีบ้านและชุมชนที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่บ้านน่าอยู่สะดวกสบาย สงบ เป็นส่วนตัว มีเพื่อนบ้านที่ดีปราศจากโจรผู้ร้าย รวมทั้งมีความพอใจในการบริการของชุมชน เช่น การบริการรักษาพยาบาลที่เพียงพอ การคมนาคมสะดวกปลอดภัยมีรายได้เพียงพอกับความต้องการของตนเอง ย่อมทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสุข

การเตรียมตัวเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

การเตรียมตัวเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติด้วยตนเอง ได้แก่

1. การเตรียมตัวทางด้านร่างกาย ซึ่งในวัยผู้สูงอายุนี้อวัยวะต่างๆเริ่มมีความเสื่อมพลังสำรองค่อยๆลดลง การปรับสภาพสมดุลทางกายก็ลดลงด้วย ทำให้เกิดความไม่สบาย ผู้สูงอายุต้องยอมรับสภาพเหล่านี้ และปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับสภาวะที่เป็นอยู่โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

1.1 ผู้สูงอายุควรลดภาระหน้าที่ให้น้อยลง ทำงานให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ไม่หักโหม ไม่เร่งรีบกับการทำงาน ควรเลือกกิจกรรมที่ให้ความเพลิดเพลินและให้ความภาคภูมิใจ

1.2 ควรกระจายงานที่เคยรับผิดชอบไปสู่บุตรหลาน หรือจัดหาเครื่องผ่อนแรงไว้ใช้

1.3 เมื่อเจ็บไข้เล็กน้อยควรปรึกษาอย่าปล่อยไว้นาน จนจิโรครื้อรังจะฟื้นฟูยาก

1.4 ควรหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนคุกคามความสุขในชีวิต ที่ทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการปรับตัวอย่างหนักจนเกิดความเครียดทางกายและจิตขึ้นได้

1.5 ควรเอาใจใส่สิ่งจำเป็นพื้นฐานให้กับตนเอง ทั้งเรื่องอาหารที่ควรรับประทานให้ครบ 5 หมู่ การดื่มน้ำสะอาดวันละอย่างน้อย 10 แก้ว การอยู่ในที่ที่มีอากาศหมุนเวียนดี การไม่กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระ การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องวันละประมาณ 30 นาที รวมถึงการนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

2. การเตรียมตัวทางด้านจิตใจ ในผู้สูงอายุนั้นจะมีอาการน้อยใจได้ง่าย มีความมั่นใจในตนเองน้อยลง เนื่องจากสภาพร่างกายเสื่อมลง บทบาทต่างๆในชีวิตลดลง สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์อ่อนไหวมากขึ้น เช่น โกรธ เมื่อมีความคิดเห็นขัดแย้ง กลัวถูกทอดทิ้ง เพราะช่วยตัวเองได้น้อยลง ลูกหลานไม่สนใจทำให้รู้สึกหงุดหงิด ใครทำอะไรก็รู้สึกไม่ถูกใจ จึงกลายเป็นคนจู้จี้ ขี้บ่น และบางครั้งเกิดความรู้สึกว่าเหว ผู้สูงอายุจึงควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

2.1 เข้าใจและยอมรับความเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนต่างๆเกี่ยวกับสภาวะของตนเอง ครอบครัว และสังคม

2.2 ฝึกตน ฝึกจิตใจให้อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ใน ลาก ยศ ทำความดีเพื่อความดี

2.3 เป็นที่เคารพรักของบุคคลทั่วไปด้วยความเมตตา กรุณา ซึ่งสามารถแสดงออกด้วยวาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน

2.4 ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและตนเอง ตามแต่กำลังกาย กำลังสมองจะเอื้ออำนวยเพื่อเป็นที่รักของผู้อื่น

2.5 ทดแทนความเหงาด้วยการหากิจกรรมที่ตนชอบ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง

2.6 หาเวลาเข้าวัด ทำบุญ ฟังธรรมเพื่อให้เกิดความสุข ผ่อนคลาย และมีความสุข

3. การเตรียมตัวทางด้านสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุได้มีเวลาอยู่บ้านมากขึ้น เพราะเดินทางไม่สะดวก ไม่มีโอกาสบ่อยนักในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นน้อยลง ขาดเพื่อนวัยเดียวกัน เพื่อนที่เหลืออยู่น้อยลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความห่อเหี่ยวลงทุกวัน จึงควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

3.1 ต้องมีเพื่อน เพื่อนที่คอยพูด คอยคุยเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุต้องมองโลกในแง่ดีและเข้าใจผู้อื่นด้วย ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ทุกวัย ลดความขัดแย้งกับผู้อื่น

3.2 สนใจรับรู้สิ่งใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และมีการปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไม่รู้จบได้อย่างมีความสุข เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต

3.3 ออกงานสังคมเป็นครั้งคราว เพื่อมีการพูดคุย พบปะกับเพื่อนๆบ้าง

3.4 เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุที่อยู่บริเวณใกล้ที่พักอาศัย เช่น ชมรมเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ ชมรมเต้นแอโรบิก เป็นต้น

หลักสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ชินตา วิชชาวุธ, 2552)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้บรรลุความสำเร็จทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้นั้น ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งกับ ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม จะต้องร่วมกันรับผิดชอบและดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุจะต้องรับผิดชอบในการพัฒนาความเข้มแข็ง อดทน ให้แก่ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของตนด้วยการปฏิบัติตนเองอย่างสม่ำเสมอไม่มีที่สิ้นสุด และถ้าหากเริ่มปฏิบัติได้เร็วเท่าใดก็ยิ่งได้ผลดีมากเท่านั้น และควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ เช่น สุรา บุหรี่ ไม่ปล่อยตนเองให้เครียดจนเกินไป

2. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จำเป็นต้องเรียนรู้และเข้าใจอาการโรคที่เป็นได้อย่างดี พร้อมทั้งมีการเขียนชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ผู้ที่ติดต่อได้ไว้กับตัวเพื่อเวลาฉุกเฉินหรือโรคกำเริบ

3. นอกจากตัวผู้สูงอายุเองแล้ว บุตรหลานหรือบุคคลใกล้ชิด ก็ถือว่ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งนอกเหนือจากการดูแลทางด้านวัตถุแล้ว สิ่งที่สำคัญ คือ มีการให้ความรัก ความเข้าใจ และ การยอมรับ โดยการแสดงออกด้วยท่าทางและทัศนคติที่จะเป็นตัวเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการความเข้าใจและเป็นที่ยอมรับ

4. ในทางสังคมไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กร และชุมชนต่างๆ ล้วนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งสิ้น ซึ่งทุกภาคส่วนควรช่วยเหลือกัน ทำงานเป็นทีม พร้อมทั้งประสานนโยบาย แผนงาน และทรัพยากรต่างๆ เพื่อให้เกิดเอกภาพแก่ผู้สูงอายุ

5. การให้ความสำคัญของรัฐ ซึ่งเห็นได้จากแผนพัฒนาผู้สูงอายุระยะยาว พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเอง

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ชี้นตา วิชชาวุธ, 2552)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น ต้องอาศัยการดำเนินการร่วมกันระหว่างตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และ สังคมผู้สูงอายุต้องฝึกนิสัยที่ดีและเหมาะสมในเรื่องการกิน การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย ฝึกทักษะชีวิต หลีกเลี้ยงสิ่งที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ เช่น สุรา บุหรี่ สิ่งเสพติด อีกทั้งยังมีทักษะในการดูแลรักษาจิตใจที่ดี เช่น การฝึกจิตใจให้สงบสบาย มีสมาธิ ไม่ปล่อยให้ตนเองรู้สึกเครียดจนเกินไป รู้จักที่จะพอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ มีความชื่นชมยินดีในผู้อื่นและฝึกให้ รู้จักเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น โดยคำนึงถึงการยอมรับ ความเหมาะสมตามกฎกติกาทางสังคมด้วย

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2552)

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิตนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะทำให้ทราบระดับของคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่จะศึกษาแล้ว ยังสามารถนำข้อมูลดังกล่าวเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมาประเมินผล และหาแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรให้ดียิ่งขึ้น และการประเมินคุณภาพชีวิตนั้นก็มีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

Stromberg (1985)อธิบายว่าการประเมินคุณภาพชีวิต สามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่องค์การยูเนสโก (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540) กำหนดเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

3.1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

3.2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตในประเทศไทย มีงานวิจัยของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ นำเอาแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ โดยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 แบบ คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) และมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ประเมินคุณภาพชีวิตจากแบบสอบถามมาตรฐาน ของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์ กุลและคณะ นำเอาแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ โดยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต(WHOQOL-BREF-THAI) โดยวัดคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

จากการทบทวนงานวิจัยภายในประเทศเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ จากงานวิจัยของกรรณิการ์ กันธรักษา (2527) และทรงศนีย์ วงศ์บา (2537) พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมีผลต่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับพรรณณี ปานเทวัญ (2533) และสุวารีวรรณ กิจสมักร (2539) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนให้ผลทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตและการมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

ความเชื่ออำนาจควบคุมจากผู้อื่น จากงานวิจัยของสมจิต หนูเจริญกุล (2533) พรรณณี ปานเทวัญ (2533) และทรงศนีย์ วงศ์บา (2537) พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมป้องกันโรคทำให้ใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี แต่ไม่สอดคล้องกับกรรณิการ์ กันธรักษา (2527) รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534) และสุวารีวรรณ กิจสมักร (2539) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมจากผู้อื่นไม่ส่งผลต่อการดูแลและปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ความเชื่ออำนาจควบคุมจากโชคชะตาหรือความบังเอิญทางสุขภาพ จากงานวิจัยของจอนณะจง เพ็งจาด (2533) รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534) ทรงศนีย์ วงศ์บา (2537) และสุวารีวรรณ กิจสมักร (2539) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมความบังเอิญทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองหรือการมีพฤติกรรมป้องกันโรค ไม่สอดคล้องกับกรรณิการ์ กันธรักษา (2527) สมจิต ทอวิเชียร (2536) และพรรณณี ปานเทวัญ (2533) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมแบบบังเอิญไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพที่ผ่านมา งานวิจัยของ Lumkin (1989) , Zindler - Wiess (1987) พบว่าการมีสุขภาพดีจะส่งผลทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือ ลบต่อความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกตน ซึ่งผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนจะหลีกเลี่ยงการกระทำอันจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค อาทิเช่น การเลือก

รับประทานอาหารที่ดีและถูกต้อง รวมถึงจะไม่เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพความบังเอิญสูง สอดคล้องกับ Hunter (1980) ที่พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนจะเป็นผู้ที่กระตือรือร้นใส่ใจในสุขภาพเป็นอย่างดี ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกตนเป็นผู้ที่ไม่ค่อยใส่ใจสุขภาพตนเอง และอาจจะเป็นผู้ที่มีปัญหาสายตา หรือ หูหนวกร่วมด้วย หรือกล่าวได้ว่าความเชื่ออำนาจควบคุมของผู้สูงอายุนั้นได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมและข้อจำกัดทางร่างกาย ส่วนความเชื่ออำนาจควบคุมตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล จากงานวิจัยของ Speake (1989) พบว่าในกลุ่มบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อยและในผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวจะมีความเชื่อว่าภาวะสุขภาพเป็นผลมาจากความบังเอิญหรือโชคชะตา

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการทบทวนงานวิจัยภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น พบว่ามี ความแตกต่างกันไปตามช่วงปีและสถานที่ที่อยู่อาศัย จากงานวิจัยของปานทิพย์ ประเสริฐผล (2547) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับจารี ศรีปาน (2554) ซึ่งการทำ จะ ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุขนั้น ต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ รวมถึงการที่ อยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและเหมาะสมและมีการเข้าร่วมทำกิจกรรม พบปะ-พูดคุย แลกเปลี่ยน ทัศนคติ และ ความคิดเห็นต่างๆ จากกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ส่วนงานวิจัยของจารุณี วาระหัส (2552) และพนัสยา วรณวิไล (2552) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ไม่สอดคล้องกับวิจัยศรีธัญญา ดวงเจริญ (2550) และ ปิ่นนเรศ กาศอุดม (2550) ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่าพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนงานวิจัยของอาทิตย์ ทะวงค์รา (2553) และวรรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำทั้งด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เกิดจากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและการมีพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับต่ำ พบจากการที่ผู้สูงอายุมีการตรวจร่างกายน้อย สอดคล้องกับศิริมา วงศ์แหลม (2542) และปาลีรัตน์ พรทวีภัณฑา (2541) พบว่าผู้สูงอายุทั้งในเขต เมืองและเขตชนบท ส่วนใหญ่แล้วไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ต่อกิจกรรมทางกาย จากงานวิจัยของ(ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542),ปาลีรัตน์ พรทวีภัณฑา (2541) และชุติกัญจน์ ฉัตรรุ่ง (2545) พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายน้อย หรือไม่ออกกำลังกาย ส่วนการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพต่อโภชนาการของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540)พบว่าผู้สูงอายุมีการ ให้ความสำคัญต่อโภชนาการในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่าการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิด ความสุข ซึ่งสอดคล้องกับพวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538)และวิไล กุศลวิศิษฐ์กุล (2549)ที่พบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุได้ ส่วน พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณนั้น จากงานวิจัยกับศิริมา วงศ์แหลม (2542) พบว่าผู้สูงอายุมีการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งเกิดจากความพึงพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่

จากการทบทวนงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีผลการวิจัยที่แตกต่างกัน งานวิจัยของ Pender (1987) ใช้แบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพ ในการศึกษาวิถีชีวิตที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพคนงานพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตและด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ส่วนทางด้าน การรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัดการความเครียดสำหรับพฤติกรรมสุขภาพนั้นอยู่ในระดับต่ำ โดยที่ Cowart (1989) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพของตนว่าดีถึงดีมาก และระบุว่าแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการบรรลุอุดมการณ์ของตนที่มีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Simmons (1993) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุกด้านโดยการให้ผู้สูงอายุได้ทราบประโยชน์และโทษของการดูแลตนเอง ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในทิศทางที่ดีขึ้นโดยการใส่ใจตนเองเพิ่มขึ้นจากการเข้ารับตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจไขมัน ตรวจมะเร็งเต้านม(ในผู้หญิง) หรือการออกกำลังกายที่มีการกระทำเป็นประจำ ส่วนการสูบบุหรี่และการเลือกดื่มแอลกอฮอล์มีในปริมาณที่เหมาะสม แต่ถึงอย่างไรก็ตามครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน

3. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

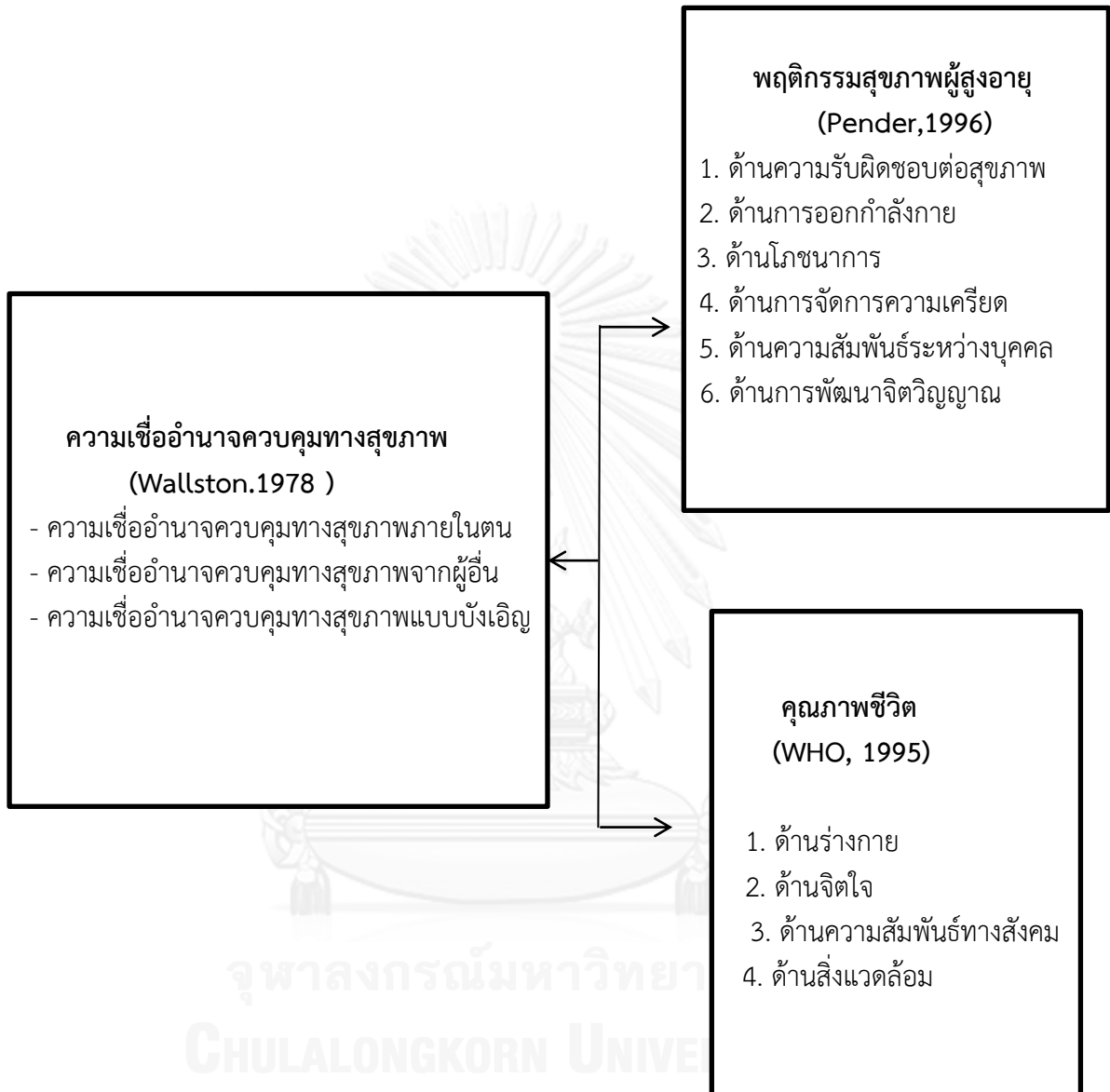
จากการทบทวนงานวิจัยภายในประเทศเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา พบการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับเวลา ที่อยู่อาศัย การดูแลตนเอง และสภาพแวดล้อม จากงานวิจัยของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540), จีรนุช สมโชค (2540) และ อรุณี บุญอุรพีภิญโญ (2541) พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี เป็นผลจากสิ่งแวดล้อมและครอบครัวเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุทำให้การมีชีวิตอยู่นั้นมีความหมายและมีความหวัง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของธรรต ดวงแก้ว (2550) พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากวัยผู้สูงอายุสามารถที่จะได้รับความเจ็บป่วยได้ง่าย โดยจะสร้างความรู้สึกวิตกกังวลใจให้ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่วนงานวิจัย(วรรณภา กุมารจันทร์, 2543) พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนั้นอยู่ในระดับต่ำ

สำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก 1995 พบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง จากงานวิจัยของวิโรจน์ เรื่องสะอาด (2549) และภุริชญา เทพศิริ (2555) พบว่าผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ทั้งการรับประทานอาหาร การแปรงฟัน การอาบน้ำได้ไม่ค่อยดีนัก เนื่องมาจากร่างกายเกิดความเสื่อมสภาพเพิ่มขึ้นตามอายุขัย ซึ่งปัญหาด้านร่างกายของผู้สูงอายุเกิดจากการมีอายุมากขึ้นและขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพราะส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาน้อย โดยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ วิโรจน์ เรื่องสะอาด (2549) พบว่าผู้สูงอายุมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่เป็นความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ศาสนา ซึ่งทำให้มีจิตใจเข้มแข็งและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า นอกจากนี้ ภุริชญา เทพศิริ (2555) พบว่าสาเหตุที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมโทรมได้ง่ายเกิดจากความเครียด เมื่อสุขภาพจิตไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อการปรับตัวให้อยู่ในสังคม และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ห่วงใยลูกหลาน กลัวว่าจะไม่มีคนดูแลตลอดจนรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว สอดคล้องกับวิลาวัลย์ ต่อบัญญา (2547) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเกิดความกังวลใจ กลัวในสิ่งที่ไม่เคยกลัวมาก่อน มีอาการหลงๆลืมๆ นอกจากนี้ยังรู้สึกเหงาอยู่เป็นประจำ

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) พบว่าเมื่อเข้าสู่วัยชราสภาพร่างกายก็ไม่เอื้ออำนวยต่อการประกอบอาชีพเหมือนที่ผ่านมา ทำให้ผู้สูงอายุเสียบทบาทจากการทำงาน นอกจากนี้ภูริชญา เทพศิริ (2555) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกถึงการมีความสุขในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนาน สดชื่น มีชีวิตชีวา สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงจิตต์ ณะนั้ววัฒน์ (2550) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการยอมรับจากสังคม และองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุดท้ายคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม จากงานวิจัยของวิโรจน์ เรืองสะอาด (2549) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่าย รวมทั้งมีความรู้สึกที่ชีวิตมีความปลอดภัยและมั่นคง โดยสภาพแวดล้อมที่อยู่มีผลดีต่อสุขภาพและพึงพอใจกับที่พักอาศัยที่มีอยู่

จากการทบทวนงานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต Farquhar (1995) พบว่าคุณภาพชีวิตไม่ได้แสดงถึงการกินที่อยู่ดีทางด้านวัตถุเพียงอย่างเดียว แต่จะต้องประกอบด้วย การมีความสุขที่ดี มีความสามารถในการสร้างสรรค์ การได้รับการยอมรับ การรู้สึกว่าเป็นที่รักของคนอื่น และการปราศจากความกลัว สอดคล้องกับ (Lumpkin, 1990) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของบุคคล จะมีความสมบูรณ์ได้นั้นจะต้องประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน มีการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย มีการพัฒนาตนเอง และการมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดของสมาชิกในสังคมปฐมภูมิ โดยที่สามารถติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในฐานะที่ตนเป็นสมาชิกในสังคม นอกจากนี้ UNESCO (1981) พบอีกว่าปัจจัยที่สัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรว่าปัจจัยเหล่านั้นประกอบด้วยอาหาร สุขภาพอนามัย โภชนาการ การศึกษาสิ่งแวดล้อม และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของประชากร ต่อมา Vermeire (2005) พบว่าการที่ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล จึงส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ทั้งยังนำมาซึ่งการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ สอดคล้องกับ Grimby (1997) พบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาและไม่ได้ทำงาน จะมียุทธศาสตร์คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เนื่องจากบางคนเกิดอาการหดหู่ ไม่รับรู้ขาดความสนใจในการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งสามเรื่อง ทั้งความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตนั้นมีการให้ผลการวิจัยที่เสริมกัน และเป็นการพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ซึ่งในขณะนี้สังคมไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแต่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตเป็นงานวิจัยที่ไม่เป็นปัจจุบัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผู้สูงอายุโดยเริ่มจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดของประเทศไทย



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60–69 ปี เพศหญิงและชาย ซึ่งอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 เขตการปกครอง จำนวน 2,592,525 คน

กลุ่มตัวอย่างประชากร ได้จากการสุ่มตัวอย่างที่ตรงกันกับลักษณะประชากรดังกล่าว

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชากร (Sample Size) ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N = จำนวนประชากร
 e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned} \text{ดังนั้น } n &= \frac{1,512,555}{1 + 1,512,555 (0.05)^2} \\ &= 399.89 \\ &\approx 400 \text{ คน} \end{aligned}$$

จากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง 400 คน แต่เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างจึงทำการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 450 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแบบหลายขั้นตอน (Multi – Stage Sampling) ดำเนินการ ดังนี้

1. ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในบริเวณพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ดังต่อไปนี้

2.1 แบ่งพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามเขตการปกครอง ได้ 3 ส่วน ดังต่อไปนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2554)

2.2 เลือกจังหวัดจากเขตการปกครอง พื้นที่ละ 2 จังหวัด โดยเลือกพื้นที่จากการพบสถิติประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 6 จังหวัด ได้แก่ สกลนคร อุดรธานี ร้อยเอ็ด ขอนแก่น นครราชสีมา และอุบลราชธานี

2.3 เลือกอำเภอ จากจังหวัดในข้อ 2.2 โดยเลือกอำเภอที่มีประชากรมากที่สุด คือ อำเภอเมือง อำเภอละ 75 คน

ภูมิภาคตามเขตการปกครอง	จังหวัด	อำเภอ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน	สกลนคร	เมือง	75 คน
	อุดรธานี	เมือง	75 คน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง	ขอนแก่น	เมือง	75 คน
	ร้อยเอ็ด	เมือง	75 คน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง	นครราชสีมา	เมือง	75 คน
	อุบลราชธานี	เมือง	75 คน
รวม			450คน

2.4 การสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ใช้ในการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในบริเวณพื้นที่อำเภอเมือง และสุ่มเลือกสถานที่ที่อาจจะพบผู้สูงอายุจำนวนมาก เช่น วัด ตลาด ชุมรม ผู้สูงอายุ หรือสวนสาธารณะ และเป็นผู้สะดวกในการตอบแบบสอบถาม อ่านออกหรือเขียนได้ และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เบื้องต้น เช่น สามารถลุก เดิน นั่ง ได้โดยไม่มีผู้ช่วย

ขั้นตอนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แบบสอบถามชนิดปลายปิด (Close-Ended Questionnaire) แบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ โดยมีทั้งการตั้งคำถามแบบให้เลือกตอบและเติมคำตอบ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา และ ลักษณะความเป็นอยู่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ เป็นการสอบถามความเชื่อหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อการควบคุมสุขภาพของผู้ร่วมตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้แปลโดยตรงจากแบบสอบถามวอลสตัน (Wallston, 1978) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจทางควบคุมสุขภาพภายในตน จำนวน 6 ข้อ ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพจากผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ และความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพแบบบังเอิญ จำนวน 6 ข้อ และเลือกใช้ข้อคำถามในชุด A ซึ่งเป็น 1 ใน 3 ชุดจากแบบสอบถามของวอลสตัน เนื่องจากการทำวิจัยครั้งนี้เป็นการสอบถามในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพปกติ ต่างจากชุด B และ C ที่ใช้ในผู้ป่วยและผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้การวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามเกณฑ์การให้คะแนน Likert Scale 6 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วยอย่างมาก	ให้	6 คะแนน

ซึ่งแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน มีจำนวน 6 ข้อ คือ 1,6,8,12,13,17
2. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น มีจำนวน 6 ข้อ คือ 3,5,7,10,14,18
3. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ มีจำนวน 6 ข้อ คือ 2,4,9,11,15,16

การแปลผลคะแนนความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพรายข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งจากการคำนวณ โดยใช้สูตรความกว้างอันตรภาคชั้น

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{6 - 1}{3} \\ &= 1.66 \end{aligned}$$

สามารถพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.66	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	2.67 – 4.33	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	4.34 – 6.00	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับสูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยสร้างเองโดยดัดแปลงจากกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งข้อคำถามนั้นครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด ลักษณะข้อคำถามเป็นไปในทางบวกและทางลบ ใช้การวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามเกณฑ์การให้คะแนน Likert Scale 4 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคยปฏิบัติ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน

ปฏิบัติประจำ

1 คะแนน

4 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยในการแปลผล ซึ่งจากการคำนวณโดยใช้สูตรความกว้างอันตรภาคชั้น (มณฑกาญจน์ วิจิตรสกลธ์, 2552)

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{4 - 1}{4} \\ &= 0.75 \end{aligned}$$

สามารถพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ โดยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ เป็น 4 ระดับ ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่เหมาะสม
- คะแนนเฉลี่ย 1.76 – 2.51 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 2.52 – 3.27 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี
- คะแนนเฉลี่ย 3.28 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL- 26 เป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) พัฒนาปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL- 26 ขององค์การอนามัยโลก พัฒนาในปี 1995 ผ่านการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.65 โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้องในด้านของเนื้อหา และความหมายของคำถามที่แปลได้กับความหมายที่ WHO ต้องการ และทำการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.84 ตามตัวแปร 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
ไม่เลย	5 คะแนน	1 คะแนน
เล็กน้อย	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
มาก	2 คะแนน	4 คะแนน
มากที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้ คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
 คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ
 คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 - 130

วิธีการสร้างเครื่องมือ

1. ทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต

2. กำหนดขอบเขตเนื้อหาของคำถามในแบบสอบถาม เพื่อให้ครอบคลุมในเรื่องที่ศึกษา และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

3. การสร้างแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

4. นำแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่สร้างและดัดแปลงขึ้น โดยให้อาจารย์อาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ควบคุมการวิจัยตรวจในเบื้องต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แก้ไขเนื้อหา ภาษา แล้วจึงนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขภาษาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5. นำแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์แล้ว (IOC, Index of Item Objective Congruence) ผู้วิจัยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องที่ได้ต้องมีค่า 0.50 ขึ้นไป (กรมวิชาการ, 2545) แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพมีค่าเท่ากับ 0.97 ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเท่ากับ 0.96 และค่าดัชนีความสอดคล้องในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 และผู้ทรงคุณวุฒิได้ปรับภาษาให้เข้าใจง่ายมากขึ้น

6. หลังจากการปรับข้อคำถามตามคำแนะนำผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำไปทำการทดสอบ (Try Out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยง

(Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach 1984) โดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพมีค่าเท่ากับ 0.79 ค่าความเชื่อมั่นของพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่นในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติการทำวิจัยในคน โดยมีคำสั่งอนุมัติการทำวิจัยในคน ณ วันที่ 20 มกราคม 2557

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง 3 เขตการปกครองของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ได้เขตการปกครองละ 2 จังหวัด ดังนี้

2.1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประกอบด้วย หนองคาย เลย อุดรธานี หนองบัวลำภู นครพนม มุกดาหาร สกลนคร

2.2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ประกอบด้วย ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์

2.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง ประกอบด้วย สุรินทร์ นครราชสีมา บุรีรัมย์ ชัยภูมิ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ

3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี โดยการสอบถามอายุและทำการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของข้อคำถามทั้งหมด เมื่อได้รับความยินยอมทำการแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ในกรณีที่พบปัญหาในกลุ่มตัวอย่าง เช่น อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือสับสนในข้อคำถาม ผู้วิจัยจะอธิบายกระบวนการตอบแบบสอบถามในเบื้องต้น หากตอบรับและสมัครใจ ผู้วิจัยจะใช้การถามเพื่อให้ตอบตลอดทุกข้อคำถาม หากผู้มีส่วนร่วมไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม หรือหยุดตอบแบบสอบถามกลางคันผู้วิจัยจะตัดแบบสอบถามฉบับดังกล่าวออกซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ในกรณีที่ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที ในกรณีสัมภาษณ์ (ถาม-ตอบแบบสอบถาม)

4. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 เดือน ระหว่าง 25 มกราคม - 25 กุมภาพันธ์ 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะความเป็นอยู่ โดยใช้ในการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพทั้ง 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้าน

การจัดการกับความเครียด และคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน โดยใช้การหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิต โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ค่าระหว่าง	0.00 – 0.29	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ค่าระหว่าง	0.30 – 0.69	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ค่าระหว่าง	0.70 – 1.00	มีความสัมพันธ์ระดับสูง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี เพศชาย และเพศหญิง จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยได้รับคืนแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์จำนวน 450 คน คิดเป็นร้อยละ 100



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และลักษณะความเป็นอยู่

รายการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	207	46.00
หญิง	243	54.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	81	18.10
ประถมศึกษา	200	44.40
มัธยมศึกษา	122	27.10
ปริญญาตรี	47	10.40
ลักษณะความเป็นอยู่		
อยู่ตามลำพัง	118	26.20
อยู่ร่วมกับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง	332	73.80
รวม	460	100

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.00 และเพศชายร้อยละ 46.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.40 ลักษณะความเป็นอยู่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง คิดเป็น ร้อยละ 73.80

ตอนที่ 2 ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุด้านความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ	จำนวน (N=450)	ร้อยละ
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน	252	56.00
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น	161	35.80
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ	37	8.20
รวม	450	100

จากตารางที่ 2 พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพภายในตนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.00 มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพจากผู้อื่นรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 35.80 และมีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญอยู่ในลำดับสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 8.20

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
ภายในตนจำแนกตามรายชื่อ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน	\bar{X}	SD	ระดับ
1. เมื่อนั้นป่วยพฤติกรรมของนั้นจะเป็นตัวบอกว่า เมื่อใดจะมีสุขภาพดีอีกครั้ง	4.91	0.99	สูง
2. นั้นสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง	5.25	0.78	สูง
3. เมื่อนั้นป่วย นั้นมักจะตำหนิตัวเอง	4.65	1.15	สูง
4. การกระทำของนั้นจะส่งผลต่อสุขภาพของนั้น	5.12	0.76	สูง
5. นั้นหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ถ้านั้นดูแลสุขภาพ	5.24	0.70	สูง
6. ถ้านั้นปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องแล้วจะทำให้นั้นมี สุขภาพดีอยู่เสมอ	4.44	0.97	สูง
รวม	4.93	0.56	สูง

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนของผู้สูงอายุ
อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.93$, $SD = 0.56$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมี
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ มีความเชื่อที่สามารถดูแลสุขภาพ
ได้ด้วยตนเอง ($\bar{X} = 5.25$, $SD = 0.78$) หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ถ้านั้นดูแลสุขภาพ
($\bar{X} = 5.24$, $SD = 0.69$) และการกระทำของตนจะส่งผลต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 5.12$, $SD = 0.76$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น จำแนกตามรายชื่อ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับฉัน ที่จะช่วยหลีกเลี่ยงการป่วยได้	4.75	0.92	สูง
2. เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันจะไปปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5.06	0.75	สูง
3. ครอบครัวของฉันมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ฉันป่วยหรือมีสุขภาพดี	4.66	0.98	สูง
4. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมสุขภาพของฉัน	4.61	0.92	สูง
5. ฉันหายป่วยได้เพราะแพทย์ พยาบาล ครอบครัว หรือเพื่อนที่ดูแลฉันเป็นอย่างดี	5.01	0.74	สูง
6. ในเรื่องของสุขภาพ ฉันจะปฏิบัติตามที่แพทย์บอกเท่านั้น	4.86	0.79	สูง
รวม	4.82	0.54	สูง

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.82$, $SD = 0.54$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นในระดับสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันจะไปปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X} = 5.06$, $SD = 0.75$) ฉันหายป่วยได้เพราะแพทย์ พยาบาล ครอบครัว หรือเพื่อนที่ดูแลฉันเป็นอย่างดี ($\bar{X} = 5.01$, $SD = 0.74$) และในเรื่องของสุขภาพ ฉันจะปฏิบัติตามที่แพทย์บอกเท่านั้น ($\bar{X} = 4.86$, $SD = 0.79$)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
แบบบังเอิญ จำแนกตามรายชื่อ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ถ้าถึงเวลาป่วยแล้ว ฉันก็ต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร	3.44	1.34	ปานกลาง
2. สิ่ง que ส่งผลต่อสุขภาพของฉันส่วนใหญ่เกิดจากความบังเอิญ	3.22	1.39	ปานกลาง
3. ฉันจะหายป่วยได้เร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับโชคชะตาเป็นส่วนใหญ่	3.37	1.22	ปานกลาง
4. ฉันมีสุขภาพดีเป็นเพราะฉันโชคดี	3.06	1.37	ปานกลาง
5. ฉันต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร	3.16	1.33	ปานกลาง
6. การที่ฉันมีสุขภาพดี เนื่องจากมันถูกกำหนดไว้แล้ว	2.62	1.33	ต่ำ
รวม	3.14	0.98	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญของ, ผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 18.86$, $SD = 5.90$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญในระดับปานกลาง 3 อันดับแรก ได้แก่ ถ้าถึงเวลาป่วยแล้ว ฉันก็ต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 1.34$) ฉันจะหายป่วยได้เร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับโชคชะตาเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 3.37$, $SD = 1.22$) และสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของฉันส่วนใหญ่เกิดจากความบังเอิญ ($\bar{X} = 3.22$, $SD = 1.39$)

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.87	0.65	ดี
ด้านการออกกำลังกาย	3.59	0.53	ดีมาก
ด้านโภชนาการ	3.50	0.55	ดีมาก
ด้านการจัดการความเครียด	2.92	0.82	ดี
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.38	0.64	ดีมาก
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	3.29	0.62	ดีมาก
โดยรวม	3.24	0.45	ดีมาก

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.24$, $SD = 0.45$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.59$, $SD = 0.53$) ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 0.55$) และ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 3.38$, $SD = 0.64$)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ			
1. ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	2.98	0.89	ดี
2. ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายอยู่เสมอ	3.12	0.88	ดีมาก
3. เมื่อเจ็บป่วยท่านจะซื้อยารับประทานเอง **	2.50	1.00	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย			
4. เมื่อมีเวลาว่างท่านจะไปออกกำลังกายเช่น เดินเร็ว ซิ่ง เป็นต้น	3.40	0.70	ดีมาก
5. ท่านทำงานบ้านด้วยตนเอง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น	3.44	0.67	ดีมาก
6. ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที	3.66	0.58	ดีมาก
ด้านโภชนาการ			
7. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัดเช่น เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด เป็นต้น	2.84	0.92	ดี
8. ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง หรือย่าง	3.48	0.69	ดีมาก
9. ท่านรับประทานอาหารผักหรือผลไม้ทุกมื้อ	3.35	0.75	ดีมาก
ด้านการจัดการความเครียด			
10. เมื่อไม่สบายใจท่านจะสวดมนต์นั่งสมาธิ หรือ อ่านหนังสือธรรมะ	2.74	0.98	ดี
11. เมื่อท่านไม่สบายใจท่านจะคุยกับคนในครอบครัว	3.12	0.95	ดีมาก
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล			
12. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านและครอบครัว เช่น การร่วม งานแต่ง งานบวช หรือ งานศพ เป็นต้น	3.38	0.69	ดีมาก
13. ท่านมีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	3.38	0.66	ดีมาก
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ			
14. ท่านเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น ความ เจ็บป่วย ความพลัดพราก	3.57	0.56	ดีมาก
15. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้	3.62	0.53	ดีมาก
รวม	3.24	0.45	ดีมาก

หมายเหตุ ** ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี 3 อันดับแรก ได้แก่ ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.58$) พฤติกรรมการยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.53$) และพฤติกรรมการเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น ความเจ็บป่วย ความพลัดพราก อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.57$, $SD = 0.56$)

ตอนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

คุณภาพชีวิตโดยรวม	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านร่างกาย	27.81	5.96	ดี
ด้านจิตใจ	25.05	3.53	ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	12.37	1.94	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	30.22	5.50	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	103.89	15.63	ดี

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 103.89$, $SD = 15.63$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับดี 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 30.22$, $SD = 5.50$) ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 27.81$, $SD = 5.96$) และด้านจิตใจ ($\bar{X} = 25.05$, $SD = 3.53$)

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพ	คุณภาพชีวิต	ร่างกาย	จิตใจ	สัมพันธ์ทางสังคม	สิ่งแวดล้อม	รวม
	r	r	r	r	r	r
ความรับผิดชอบต่อสังคม	0.355*	0.371*	0.338*	0.343*	0.381*	
การออกกำลังกาย	0.378*	0.381*	0.361*	0.303*	0.388*	
โภชนาการ	0.211*	0.245*	0.202*	0.188*	0.231*	
การจัดการความเครียด	0.120*	0.205*	0.220*	0.202*	0.203*	
สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	0.177*	0.251*	0.269*	0.203*	0.239*	
การพัฒนาจิตวิญญาณ	0.263*	0.340*	0.342*	0.279*	0.331*	
รวม	0.359*	0.421*	0.403*	0.359*	0.420*	

* $p \leq .01$

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.420$) ไม่ว่าจะพิจารณารายด้านหรือโดยรวม

ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพ
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน	0.181**
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น	0.093*
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ	-0.205**

** $p \leq .01$

* $p \leq .05$

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.181$) ส่วนความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายนอกตน พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.093$) และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-0.205$)

ตอนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
 ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของ
 ผู้สูงอายุ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ	คุณภาพชีวิต
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน	0.254*
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น	0.129
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ	-0.380*

** $p < .01$

* $p < .05$

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.254$) ส่วนความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายนอกตน พบว่า และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.129$) และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-0.380$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี เพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานคุณภาพชีวิต WHOQOL- 26 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์จำนวน 450 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์โดยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ โดยวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ โดยวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. จากข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 54.00 และเพศชาย ร้อยละ 46.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.40 ลักษณะความเป็นอยู่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 73.80

2. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพภายในตนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.00 มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพจากผู้อื่นรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 35.80 และมีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญอยู่ในลำดับสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 8.20

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.93$, $SD = 0.56$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ มีความเชื่อที่ว่าสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ($\bar{X} = 5.25$, $SD = 0.78$) หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ถ้าฉันดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 5.24$, $SD = 0.69$) และการกระทำของตนจะส่งผลต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 5.12$, $SD = 0.76$)

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.82$, $SD = 0.54$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นในระดับสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันจะไปปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X} = 5.06$, $SD = 0.75$) ฉันหายป่วยได้เพราะแพทย์ พยาบาล ครอบครัว หรือเพื่อนที่ดูแลฉันเป็นอย่างดี ($\bar{X} = 5.01$, $SD = 0.74$) และในเรื่องของสุขภาพ ฉันจะปฏิบัติตามที่แพทย์บอกเท่านั้น ($\bar{X} = 4.86$, $SD = 0.79$)

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14$, $SD = 0.98$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญในระดับปานกลาง 3 อันดับแรก ได้แก่ ถ้าถึงเวลาป่วยแล้ว ฉันก็ต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร ($\bar{X} = 3.44$, $SD = 1.34$) ฉันจะหายป่วยได้เร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับโชคชะตาเป็นส่วนใหญ่ ($\bar{X} = 3.37$, $SD = 1.22$) และสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของฉันส่วนใหญ่เกิดจากความบังเอิญ ($\bar{X} = 3.22$, $SD = 1.39$)

3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.24$, $SD = 0.45$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.59$, $SD = 0.53$) ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 0.55$) และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 3.38$, $SD = 0.64$)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ทำนอกร่างกายแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.58$) พฤติกรรมการยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้ ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.53$) และพฤติกรรมการเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น ความเจ็บป่วย ความพลัดพราก อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 3.57$, $SD = 0.56$)

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 103.89$, $SD = 15.63$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับดี 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X} = 15.63$, $SD = 5.50$) ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 27.81$, $SD = 5.96$) และด้านจิตใจ ($\bar{X} = 25.05$, $SD = 3.53$)

5. พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.420$) ไม่ว่าจะพิจารณารายด้านหรือโดยรวม

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.181$) ส่วนความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายนอกตน พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.093$) และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-0.205$)

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.254$) ส่วนความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายนอกตน พบว่า และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.129$) และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-0.380$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

จากผลการวิจัยความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมากที่สุด อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเกรงว่าตนจะเป็นภาระครอบครัวเมื่อไม่สบาย ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการมีสุขภาพดีอยู่เสมอ สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ซึ่งในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีย่อมเกิดจากการเป็นผู้ที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นผลที่เกิดจากการกระทำของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองเท่านั้นที่สามารถเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและชะลอการเกิดโรค สนับสนุนแนวคิดของ Strickland (1978) กล่าวว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพภายในตน จะเป็นผู้ที่เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดี และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนส่งผลเชื่อมโยงต่อการที่ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเองและสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

2. พฤติกรรมสุขภาพ

จากผลการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังคงมีการช่วยเหลือตนเองได้ และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี จากผลการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจสุขภาพทั้งในช่วงที่

ร่างกายอยู่ในภาวะปกติ หรือพบความผิดปกติของร่างกาย และมีการสังเกตความผิดปกติของร่างกาย อยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการตรวจสุขภาพ ประจำปีและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ และสนับสนุนแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1985) ที่ว่าการดูแลตนเองเป็นจุดเริ่มต้นของการกระทำเพื่อรักษาและคงไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิการ ของแต่ละบุคคล การวิจัยครั้งนี้พบว่า การออกกำลังกายในผู้สูงอายุจะไม่เป็นการออกแรงมากเกินไป เลือกทำในความหนักที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ สอดคล้องกับ Pender (1987) ที่กล่าวว่า การออกกำลังกายของผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรง แต่ก่อให้เกิดความสนุกสนานเป็นที่พึงพอใจของผู้สูงอายุ และการที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้เรื่องสุขภาพขั้นพื้นฐานจากอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านตามนโยบายรัฐบาลเพื่อให้สมาชิกในชุมชนเข้าถึงเรื่องสุขภาพเพิ่มขึ้นทำให้เกิดแรงจูงใจ ในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบกับสภาพสังคมความเป็นอยู่ของคนต่างจังหวัดมีการปฏิสัมพันธ์กัน ง่าย ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นพูดคุยกับคนในชุมชนหรือคนในครอบครัวเป็นประจำ นอกจากนี้การยอมรับกับสภาพความเป็นอยู่ปัจจุบันได้และพร้อมเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่จะ เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุพยายามดูแลตนเอง เมื่อมีปัญหาจะค่อยๆคิดหาทางแก้ไขและมองว่าปัญหาทุก อย่างล้วนมาแก้ไขได้ จากความคิดและพื้นฐานการใส่ใจในสุขภาพจึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ดี

3. คุณภาพชีวิต

จากผลการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังคงมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสามารถประกอบ กิจวัตรประจำวันได้โดยผู้สูงอายุพยายามปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อสภาพร่างกาย ในทางเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรทอง อินทร์นอก (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุสามารถยอมรับ เปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยผู้สูงอายุเรียนรู้ที่จะดูแล สุขภาพของตนทั้งทางกายและจิตใจให้ดีอยู่เสมอ จากบริบททางสังคมของชุมชนต่างจังหวัดเอื้อต่อ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม จากผลการวิจัยครั้งนี้พบได้จากผู้สูงอายุพึงพอใจกับการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือการทำมาหาชีพ เลี้ยงตนเล็กน้อยๆได้ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีการแสดงออกทางร่างกายที่ดี คือช่วยเหลือตนเองได้ และมีความรู้สึกดีที่ไม่เป็นภาระของคนใน ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนุช สมโภช (2540) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของร่างกายอยู่ใน ระดับดี เกิดจากความรู้สึกรักภูมิใจและพึงพอใจในความสามารถของตน และการมีกิจกรรมร่วมกัน ระหว่างบุคคลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าชีวิตมีประโยชน์ และ ไม่เหงาสามารถเข้าอกเข้าใจ ช่วยเหลือกัน เมื่อมีปัญหาไม่รู้สึกรว่าอยู่ตัวคนเดียว และการที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนจะสร้างคุณค่าให้ ตนเองและผู้อื่นมองเห็นประโยชน์ของตน โดยการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับคำแนะนำ คำปรึกษาจากบุคคล ที่รู้จัก สอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) ที่ว่าผู้สูงอายุจะรู้สึกถึงการมีชีวิตอยู่ อย่างมีคุณค่า ประกอบกับสภาพแวดล้อมทางชุมชนและสังคมที่สะดวกสบายขึ้นทั้ง เรื่องไฟฟ้า ประปา สาธารณูปโภค ถนนหนทางที่เข้าถึงได้มากและง่ายขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจการ ดำรงชีวิตในแต่ละวัน สอดคล้องกับอารีวรรณ คุณเจตน์ (2541) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตและ สุขภาพกายที่ดี ไม่มีความวิตกกังวล สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และสอดคล้องกับการศึกษา

ของชัยนาท จิตต์วัฒน์ (2540) ที่กล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ที่ดีมีอุปการะและเกื้อกูลซึ่งกันและกันภายในของแต่ละหน่วยชีวิตและระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อมจากค่านิยมของการมีคุณภาพชีวิตดีนั้นย่อมเกิดจากการที่บุคคลนั้น เกิดความรู้สึกรักพึงพอใจในชีวิตทุกๆไป ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตที่อยู่ภายใต้วิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละคน (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, 2540)

4. ความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนด้านความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตน ทั้งพฤติกรรมการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ และการร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านหรือคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ลดความวิตกกังวล ไม่รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ทำให้มีร่างกายแข็งแรง โดยพยายามดูแลสุขภาพตนเองให้ได้อยู่เสมอ เพื่อลดการพึ่งพาคนอื่นและอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุตอนต้นมีการดูแลตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้อย่างดี ทำให้พึงพอใจกับการมีชีวิตอยู่

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพภายในตนสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น อาจพบความเสื่อมถอยของร่างกายได้แต่ไม่มากนัก ทำให้ยังมีสุขภาพที่แข็งแรงและสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ จึงส่งผลต่อผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจนเกิดเป็นแรงจูงใจต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สนับสนุนแนวคิดของ Pender (1987) ที่ว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกและความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพภายในตนจะใส่ใจสุขภาพหรือสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวเป็นอย่างดี ทั้งจากการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ การมีกิจกรรมการออกกำลังกาย การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และการพร้อมรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และผู้สูงอายุได้เลือกปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวประจำ เนื่องจากเป็นการกระทำในสิ่งที่ตนเองชอบและไม่เกินความสามารถ ซึ่ง (Rotter, 1996) กล่าวว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะคิดว่าการที่ตนเองมีสุขภาพที่ดีเนื่องจากตนได้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง และเหมาะสมแล้ว และเชื่อว่าผู้ที่มีอำนาจภายในตนจะมีความเชื่อที่ว่าสุขภาพเกิดจากการกระทำของตนทำให้ส่งผลทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพคุณภาพชีวิต (Strickland, 1978) ในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สามารถชะลอความเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และมีการปรับตัวและยอมรับต่อความเสื่อมของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนุช สมโภช (2540) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีเป็นเพราะผู้สูงอายุรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ตามช่วงวัย แม้ว่าผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่เสื่อมลง ก็สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะการณนั้นได้ จึงเกิดเป็น

ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ความสามารถในการทำงานบ้าน และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามแต่สภาวะความแข็งแรงและขีดจำกัดที่ตนมีอยู่ เป็นการเพิ่มความสุขกาย สบายใจ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพจากผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพจากผู้อื่นสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุเริ่มรับรู้ถึงภาวะความเสื่อมถอยของร่างกาย และการใช้ชีวิตลำบากกว่าเมื่อก่อน เช่น หยิบจับอะไรได้ช้าลง ทำงานได้น้อยลง จึงผลักดันให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในสภาวะผู้พึ่งพิงของทั้งในครอบครัวและสังคม การได้รับการสนับสนุนหรือการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ทั้งด้านการแนะนำข้อมูลข่าวสาร หรือให้คำแนะนำจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ก่อน เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจและให้ความสำคัญต่อบุคคลดังกล่าวในการมีส่วนร่วมดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับกรณีการพัฒนผดุงวัฒนา (2542) พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิชรพยาบาล มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูงและเชื่อเป็นอย่างมากว่าบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวจะทำให้ตนมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวความคิดของWallston (1978) ที่เชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์นั้นสามารถที่จะควบคุมสุขภาพ และทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดี และเป็นไปตามการศึกษาของ Pender (1987) ที่ว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมี อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมาใส่ใจสุขภาพตนเองแม้ว่าจะเกิดจากแรงผลักดันจากบุคคลภายนอกก็ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และการที่ได้รับการใส่ใจดูแลจากคนรอบข้างทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจที่จะมีชีวิตอยู่ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอีกกว่าการได้รับการดูแลจากคนใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความวิตกกังวลใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้งแต่ กลับมีความรู้สึกว่าได้รับความรัก ความเคารพนับถือ สอดคล้องกับจิรนุช สมโภช (2540) ที่พบว่าการที่บุตร หลานให้ความเคารพยกย่องนับถือให้ความสำคัญ นอกจากนี้การที่ได้พบปะสังสรรค์พูดคุยกับเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือทำกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต สามารถอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความเชื่อเป็นทุนเดิมว่าสุขภาพจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับโชคชะตา เคราะห์กรรม จึงมีการใช้ชีวิตแบบวันต่อวันและในบางครั้งละเลยการปฏิบัติตัวที่ดี จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุเชื่อว่าแม้จะพยายามดูแลสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ แต่ก็ยังคงพบความเจ็บป่วยได้ง่าย จนบางครั้ง เกิดอาการท้อใจและเหนื่อยกับการต้องดูแลรักษา ร่างกายตนเองอยู่เสมอ จนเกิดการปล่อยวางและคิดว่าหากสุขภาพจะดีไม่ว่าตนเองจะอย่างไรก็ยังคงมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวความคิดของ Wallston (1978) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกของบุคคลคือความเชื่อ ซึ่งความเชื่อภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพเป็น แรงจูงใจของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการเชื่อและการยึดถือเคราะห์กรรมนับว่าเป็นความเชื่อ

ภายนอกตนด้านสุขภาพที่จะส่งผลต่อความเสื่อมโทรมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับ แนวคิดของ Wallston (1978) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกของบุคคลคือความเชื่อ และความเชื่อภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพเป็นแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีความเชื่อและที่ ยึดถือเรื่องเคราะห์กรรมนับว่าเป็นความเชื่อภายนอกตนด้านสุขภาพ จึงเชื่อว่าตนเองควบคุมเรื่องสุขภาพไม่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ดูแลตนเอง รู้สึกได้รับผิดชอบต่อสุขภาพลดลง เกิดความเครียดจากภาวะการเจ็บป่วย ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนควรให้ควรให้คำแนะนำการดูแลตนเองด้วยการสร้างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม ชุมชน ได้พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น-ข้อมูลข่าวสาร และได้มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
3. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการจัดกิจกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตต่อผู้สูงอายุด้วย
4. กระทรวงศึกษาควรส่งเสริมการให้มีการดูแลผู้สูงอายุในรายวิชาสุขศึกษา เป็นการให้ลูกหลานนำความรู้มาช่วยดูแลผู้สูงอายุในบ้าน และแนะนำให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพด้วยตนเองเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยคุณภาพในประเด็นความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ และพฤติกรรม สุขภาพ ซึ่งส่งผลคุณภาพชีวิตเพิ่มเติม เช่น ระดับการศึกษา เพศ อายุ อาชีพ เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรรณิการ์ กันชะรักษา. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมกรปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์.

มหาวิทยาลัยมหิดลกรุงเทพฯ.

กัตติกา ธนะขว้าง. (2552). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์อภิमान. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลางของประเทศไทย. มหาวิทยาลัยมหิดล.

การสำรวจสภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 2. (2540).

เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ.:

กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.

จอนณะจ พึ่งจาด. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. มหาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

จารี ศรีปาน. (2554). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.

จารุณี วาระหัส. (2552). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา.

จิรนุช สมโชค. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฉัตรทอง อินทร์นอก. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชัยนาท จิตต์วัฒน์. (2540). การอบรมโครงการเมืองน่าอยู่. ชลบุรี: ศูนย์อนามัยและสิ่งแวดล้อม.

ชาญวิทย์ ตั้งสุวรรณกุล. (2555). ความเชื่ออำนาจภายใน — ภายนอกตน.

ชื่นตา วิชชาวุธ. (2552). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550:

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

ดวงจิตต์ นະนัควัฒน. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา

ตำบลม่วงคำ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ จังหวัดเชียงราย.

- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ดุจฤดี คงสุวรรณ. (2543). ประชากรและสังคมโลก from http://www.baanjomyut.com/library_2/extension-4/society_and_culture/05.html
- ทรรชนี วังศ์บา. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกลุ่มความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก ต่อด้านสุขภาพและการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ทศพร ศรีบริกิจ. (2548). การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ธราธร ดวงแก้ว. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประสิทธิ์ ทองอุ่น. (2542). พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน กรุงเทพฯ คอมพิวเตอร์.
- ปานทิพย์ ประเสริฐผล. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท ตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี, สระบุรี.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, จันทบุรี.
- พนัสยา วรรณวิไล. (2552). ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2550 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา, สงขลา.
- พรรณี ปานเทวัญ. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกต่อด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอใน เขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก.
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยมหิด, กรุงเทพฯ.
- ภูริชญา เทพศิริ. (2555). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. มหาวิทยาลัยเกริก.
- มณฑกาญจน์ วิจิตรสกล. (2552). สนคดีด้านผลิตภัณฑ์ ความพึงพอใจ และแนวโน้มพฤติกรรมการบริโภคนมเปรี้ยวของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์(มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).

- รศ.ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2555). การติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฯ ระยะที่ 2 (ปี พ.ศ. 2550-2554). วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัศมีแข วิโรจน์รัตน์. (2534). ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ ความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณีย์ ชัชวาลทิพากร และคณะ. (2543). การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุและการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.
- วันทนี ขำเพ็ง. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิโรจน์ เรืองสะอาด. (2549). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลบ้านสหกรณ์ กิ่งอำเภอแม่อน จังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- วิลาวลัย ต่อปัญญา. (2547). ปัญหาและความต้องการด้านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. กรุงเทพมหานคร.
- วิลัย กุศลวิศิษฎ์กุล. (2549). เอกสารประกอบการสอนวิชา *Research Methods in Health Administration* การสุ่มตัวอย่าง (*Sampling*). มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2539). การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยผู้สูงอายุ. สารสภากาพยาบาล, 11(3), 31-38.
- ศรัญญา ดั่งวงเจริญ. (2550). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยเหนียว อำเภอนาทม จังหวัดกาญจนบุรี.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุไทยในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อบบี้ประเทศไทยจำกัด.
- ศิริ ฮามสุโพธิ์. (2543). ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โรเดียสโตร์.
- ศิริมา วงษ์แหลมทอง. (2542). ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนภาคตะวันออก. (2543, 13 พฤษภาคม 2557). ปัญหาผู้สูงอายุ. from <http://sd-group1.blogspot.com/2013/01/53241950.html>
- ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา. (2555). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว” from <http://hpc5.anamai.moph.go.th/main.php?filename=oldman>

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุ แบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพฯ.
- สมจิต ทองวิเชียร. (2536). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเมือง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 - 2559. from <http://www.ldd.go.th/th-TH/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%92%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%A8%E0%B8%A3%E0%B8%A9%E0%B8%90%E0%B8%81%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B9%81%E0%B8%AB%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88-11-%E0%B8%9E%E0%B8%A8-2555%E2%80%932559/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). เตรียมตัวให้พร้อมผู้สูงอายุ. from http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/poll_elderly-1.jsp
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2552). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 from http://www.oppo.opp.go.th/pages/law/law_15.html
- สิทธิอาภรณ์ ชวนปี. (2543). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. (2540). เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง.
- สุวารีวรรณ กิจสัมคร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม. (2543). การงูใจตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อรุณี บุญอรุณีพิภิญโญ. (2541). ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุขสุภาพ 2 กรุงเทพมหานคร กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัมพรพรรณ ธีรานูตร. (2556). ผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อาทิตยา ทะวงศ์รา. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ตำบลช่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- อารีวรรณ คุณเจตน์. (2541). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

ภาษาอังกฤษ

- Cowart, a. K. P. (1989). *Health perceptions and lifestyles of the elderly.* : Research in Nursing & Health.
- Farquhar, M. (1995). *Elderly people's definitions of quality of life.*: Social Science & Medicine.
- Grimby, A., and Alvar Svanborg. (1997). *Morbidity and health-related quality of life among ambulant elderly citizens.*
- Hunter, K, Linn, M., Harris, R. and Pratt, T. (1980). Discrimination of internal and external locus of control orientation in the elderly. *Research on Aging, 2*, 49-59.
- Lefcourt, H. M. (1983). *Research with the locus of control construct : Developments and social problem.* Orlando Fla: Academic press.
- Lumpkin, C. R. (1990). *Effects of Teaching Critical Skill on The Critical Thinking Ability.*
- Mulenkamp, A. F. S., J.A. (1986). Self –Esteem, Social Support and Positive Health Practices. *Nursing Research, 35* (November – December) 334 -338
- Orem, D. E. (1985). *Nursing Concepts of Practice.* (3 rd ed.). New York: McGraw-Hill Book.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in nursing practice.* New York
- Platt, J. J., and Russell Eisenman. (1968). Internal-external control of reinforcement, time perspective, adjustment, and anxiety. *The Journal of general psychology, 79.1:* 121-128.
- Rotter, J. B. (1996). *Generalization Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement Psychological Monographs: General and Applied.*
- Simmons, L. W. (1993). *Courtship role reversal in bush crickets: another role for parasites?*
- Speake. (1989). *Conceptual model for preventive health behavior.* Nursing Outlook.
- Strickland, B. R. (1978). *Internal-External Control of Reinforcement in Personality Variables in Social Behavioral.* Edited by Thomas Blass. New York John Wiley and Son.
- Stromberg, I., et al. (1985). Chronic implants of chromaffin tissue into the dopamine-denervated striatum. Effects of NGF on graft survival, fiber growth and rotational behavior. *Experimental Brain Research, 60.2.*
- Vermeire, K., et al. (2005). Quality-of-life benefit from cochlear implantation in the elderly. *Otology & Neurotology, 26.2* 188-195.
- Wallston, K. A. W., Barbara Strudler. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale. *In Health Education Monograph, 6(2),* 160-170.
- WHO. (2009). *50 facts: Global health situation and trends 1955-2025.*

Yamane, T. S. (1973). *An Introductory Analysis*. (3rd ed). New York: Harper and Row.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

1. รองศาสตราจารย์ ดร. พรสุข หุ่นนิรันดร์
อาจารย์ประจำภาควิชาสุศึกษาและพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. รองศาสตราจารย์ จินตนา สรายุทธพิทักษ์
อาจารย์ประจำสาขาสุศึกษาและพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวดี ลีมิ่งสวัสดิ์
อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาการส่งเสริมสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์
อาจารย์ประจำภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
5. อาจารย์ ดร.อะเคื้อ กุลประสูติติก
อาจารย์ประจำสาขาวิชาเทคโนโลยีการจัดการสุขภาพและสุศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ
พระนคร



ภาคผนวก ข
ใบรับรองโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 008/2557

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 177.1 /56 : ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวโรชา อยู่ยงสินธุ์
หน่วยงาน : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... ประจักษ์ วัฒนศิริ ลงนาม..... นันทิ วัฒนศิริ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสันประคิมฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ ชัยชนะวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 20 มกราคม 2557

วันหมดอายุ : 19 มกราคม 2558

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย..... 177.1 /56
วันที่รับรอง..... 20 ม.ค. 2557
วันหมดอายุ..... 19 ม.ค. 2558

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ชื่อโครงการวิจัย ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย-
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
A RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LOCUS OF CONTROL
HEALTH BEHAVIOR AND THE QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY
THE NORTHEASTERN.



ชื่อผู้วิจัย นางสาว ศโรชา อยู่ยงสินธุ์ ตำแหน่ง นิสิต คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 7/257 ป้อมปูลากอนโคเมืองทองธานี บางพูด ปากเกร็ด นนทบุรี 11120
โทรศัพท์มือถือ 081-4499167 E-mail: sla-show@hotmail.com
เลขที่โครงการวิจัย 77-1/56
วันที่รับรอง 20 มี.ค. 2557
วันหมดอายุ 19 มี.ค. 2558

เรียน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกท่าน

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากร ซึ่งการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากที่สุด จำนวน 6 จังหวัด คือ สกลนคร อุรธานี ร้อยเอ็ด ขอนแก่น อุบลราชธานี และ นครราชสีมา และการสุ่มแบบบังเอิญในการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างบริเวณพื้นที่อำเภอเมือง และสุ่มเลือกสถานที่ที่อาจจะพบผู้สูงอายุจำนวนมาก เช่น วัด ตลาด ชมรมผู้สูงอายุ หรือสวนสาธารณะ และมีคุณสมบัติตรงตามที่ต้องการ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ต้องเป็นผู้สูงอายุที่สามารถลุก เดิน นั่ง ได้ด้วยตนเอง ซึ่งถือว่าการช่วยเหลือตนเองได้ในเบื้องต้น จำนวนทั้งสิ้น 450 คน รวมทั้งเพศหญิงและเพศชาย



เลขที่โครงการวิจัย..... 177-1/56

ที่รับรอง..... 20. ม.ค. 2557

วันหมดอายุ..... 19 ม.ค. 2558

2

กระบวนการวิจัยนั้นมีวิธีการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง ซึ่งทำการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของข้อคำถามทั้งหมด รวมทั้งการอธิบายถึงกรยินยอมเข้าร่วมวิจัยและสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วนจำนวนทั้งสิ้น 63 ข้อ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 4 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ 18 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 15 ข้อ และส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 26 ข้อ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ในกรณีที่ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือ ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที ในกรณีการสัมภาษณ์ (ถาม-ตอบ แบบสอบถาม) ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหา เช่น อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือไม่สะดวกจะตอบแบบสอบถามเอง ผู้วิจัยจะอธิบายกระบวนการตอบแบบสอบถามในเบื้องต้น หากได้รับความสนใจและสมัครใจผู้วิจัยจะใช้การถามเพื่อให้ตอบตลอดทุกข้อคำถาม หากผู้มีส่วนร่วมไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม หรือหยุดตอบแบบสอบถามกลางคันผู้วิจัยจะตัดแบบสอบถามฉบับดังกล่าวออก เมื่อเสร็จการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะทำการเก็บแบบสอบถามพร้อมกล่าวคำขอบคุณทุกกับท่าน

6. ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้อาจจะมีผลกระทบทางด้านจิตใจเล็กน้อยของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เนื่องจากจะเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม

7. การวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ไปเป็นข้อมูลในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างโปรแกรมพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตต่อผู้สูงอายุ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานการแก้ไขระบบปัญหาทางสาธารณสุขต่อไป

การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น โดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมข้อมูล ใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

ในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ผู้ร่วมตอบแบบสอบถามจะ ได้ยินยอมหรือยินยอมเป็นของที่ระลึกเพื่อเป็นการขอบคุณที่เสียสละมาช่วยในการตอบแบบสอบถาม

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อผู้วิจัย นางสาว สโรชา อยู่ยงสินธุ์

ที่อยู่ติดต่อ 7/257 ป้อมปูลากอนโคเมืองทองธานี บางพูด ปากเกร็ด นนทบุรี 11120

โทรศัพท์ 081-449-9167



เลขที่โครงการวิจัย..... 177-1/56

วันที่รับรอง..... 20 มี.ค. 2557

วันหมดอายุ..... 19 มี.ค. 2558

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย ข้อมูลบุคคล 4 ข้อ ข้อมูลความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ 18 ข้อ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ 15 ข้อ และข้อมูลคุณภาพชีวิต 26 ข้อ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ในกรณีที่มีผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือ ใช้เวลา ประมาณ 25-30 นาที ในกรณีการสัมภาษณ์ (ถาม-ตอบแบบสอบถาม)

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... สโรชา อยู่ยงสินธุ์

(นางสาว สโรชา อยู่ยงสินธุ์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาวิชาวิทยาการส่งเสริมสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงใคร่ขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงอย่างครบถ้วน ซึ่งการให้ข้อมูลของท่านจะไม่มีผลใดๆต่อท่าน เนื่องจากจะไม่มีการนำข้อมูลไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล ข้อมูลคำตอบของท่านทุกข้อจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง

1. โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน หรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และลักษณะความเป็นอยู่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นทางสุขภาพ และความเชื่ออำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่เป็นคำตอบที่ถูกต้องในช่องว่างในข้อความแต่ละข้อ ตามความเป็นจริง



เลขที่โครงการวิจัย..... 177-1/5
 วันที่รับรอง..... 20 ม.ค. 2557
 วันหมดอายุ..... 19 ม.ค. 2558

1. อายุ ปี

2. เพศ

(.....) ชาย

(.....) หญิง

3. ระดับการศึกษา

(.....) ไม่ได้รับการศึกษา

(.....) ประถมศึกษา

(.....) มัธยมศึกษา

(.....)ปริญญาตรี

4. ลักษณะความเป็นอยู่

(.....) อยู่ตามลำพัง

(.....) อยู่ร่วมกับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง



เลขที่โครงการวิจัย..... 177-1/56
 วันที่รับรอง..... 20 ม.ค. 2557 39
 วันหมดอายุ..... 19 ม.ค. 2558

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและเขียนเครื่องหมาย ✓ หรือ ✗ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

อธิบายความหมาย

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายความว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อมากที่สุด
 เห็นด้วยปานกลาง หมายความว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อเพียงปานกลาง
 เห็นด้วยเล็กน้อย หมายความว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อเพียงเล็กน้อย
 ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย หมายความว่า ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อเพียงเล็กน้อย
 ไม่เห็นด้วยปานกลาง หมายความว่า ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อเพียงปานกลาง
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายความว่า ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อของท่านเลย

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วยปานกลาง (2)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3)	เห็นด้วยเล็กน้อย (4)	เห็นด้วยปานกลาง (5)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6)
1. เมื่อฉันป่วยพฤติกรรมของฉันจะเป็นตัวบอกว่าจะเมื่อใดจะมีสุขภาพดีอีกครั้ง						
2. ถ้าถึงเวลาป่วยแล้ว ฉันก็ต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร						
3. การพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับฉันที่จะช่วยหลีกเลี่ยงการป่วยได้						
4. สิ่งส่งผลต่อสุขภาพของฉันส่วนใหญ่เกิดจากความบังเอิญ						
5. เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันจะไปปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข						
6. ฉันสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง						
7. ครอบครัวของฉันมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ฉันป่วยหรือมีสุขภาพดี						
8. เมื่อฉันป่วย ฉันมักจะตำหนิตัวเอง						

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง (2)	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย (3)	เห็นด้วย เล็กน้อย (4)	เห็น ด้วย ปาน กลาง (5)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (6)
9. ฉันจะหายป่วยได้เร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับโชคชะตาเป็นส่วนใหญ่						
10. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นผู้ควบคุมสุขภาพของฉัน						
11. ฉันมีสุขภาพดีเป็นเพราะฉันโชคดี						
12. การกระทำของฉันจะส่งผลต่อสุขภาพของฉัน						
13. ฉันหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ถ้าฉันดูแลสุขภาพ						
14. ฉันหายป่วยได้เพราะแพทย์ พยาบาล ครอบครัว หรือเพื่อนที่ดูแลฉันเป็นอย่างดี						
15. ฉันต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร						
16. การที่ฉันมีสุขภาพดี เนื่องจากมันถูกกำหนดไว้แล้ว						
17. ถ้าฉันปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องแล้ว จะทำให้ฉันมีสุขภาพดีอยู่เสมอ						
18. ในเรื่องของสุขภาพ ฉันจะปฏิบัติตามที่แพทย์บอกเท่านั้น						



เลขที่โครงการวิจัย..... 177-1/56
 วันที่รับรอง..... 20 ม.ค. 2557
 วันหมดอายุ..... 19 ม.ค. 2558

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกลงใน
ของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

อธิบายความหมาย

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

เลขที่โครงการวิจัย



ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไป ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

วันที่รับรอง

20 ม.ค. 2557

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติอย่างน้อย 5 ครั้งขึ้นไป ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

วันหมดอายุ

19 ม.ค. 2558

ปฏิบัติประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติอย่างน้อย 10 ครั้งขึ้นไป ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรมสุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ความถี่ของการปฏิบัติ			
	ไม่เคย (1)	นานๆครั้ง (2)	บางครั้ง (3)	ประจำ (4)
1. ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี				
2. ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายอยู่เสมอ				
3. เมื่อเจ็บป่วยท่านจะซื้อยารับประทานเอง				
4. เมื่อมีเวลาร่างท่านจะไปออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว ซิทก เป็นต้น				
5. ท่านทำงานบ้านด้วยตนเอง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น				
6. ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที				
7. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด เป็นต้น				
8. ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง หรือย่าง				
ท่านรับประทานผักหรือผลไม้ทุกมื้อ				
10. เมื่อไม่สบายใจท่านจะสวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือ อ่านหนังสือธรรมะ				
11. เมื่อท่านไม่สบายใจท่านจะคุยกับคนในครอบครัว				
12. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านและครอบครัว เช่น การร่วม งานแต่งงานบวช หรือ งานศพ เป็นต้น				
13. ท่านมีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน				
14. ท่านเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น ความเจ็บป่วย ความพลัดพราก				
15. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์หรืออย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย (✓)
ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก

อธิบายความหมาย

ไม่เลย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่น้อย
ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจระดับกลางหรือรู้สึกแย่น้อยระดับกลาง
มาก หมายถึง ท่านมีรู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกดีมาก

เลขที่โครงการวิจัย..... 177-1/58
วันที่รับรอง..... 20 ม.ค. 2557
วันหมดอายุ..... 19 ม.ค. 2558

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ความรู้สึกต่อข้อความ				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้					
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด					
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักแค่ไหน					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ความรู้สึกต่อข้อความ				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
11. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น					
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน?					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					



ชื่อที่โครงการวิจัย..... 177-1/56

วันที่รับรอง..... 20 ม.ค. 2557

วันหมดอายุ..... 19 ม.ค. 2558

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ - สกุล	นางสาว สโรชา อยู่ยงสินธุ์
วัน เดือน ปีเกิด	23 มกราคม 2532
ที่อยู่ตามภูมิลำเนา	18 ซ.เพชรเกษม 38 บางหว้า ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160
ประวัติการศึกษา	จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนสตรีวัดอัมพรสวรรค์ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วิทยาศาสตร์การกีฬา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2553



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY