

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายที่สำคัญในการพัฒนาประเทศคือการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมีผลโดยตรงต่อการดำรงรักษาและเพิ่มระดับของการมีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียนดังเช่น Pender (1987: 4) ได้กล่าวถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของแต่ละบุคคล ครอบครัว สังคม และชุมชน ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้จะมีความแตกต่างไปจากพฤติกรรมการป้องกันโรค เพราะไม่ได้เน้นเฉพาะการป้องกันโรคหรือการป้องกันการเกิดปัญหาของสุขภาพเท่านั้น แต่มีเป้าหมายให้มีความผาสุกและประสบความสำเร็จในชีวิต ตามเป้าหมายด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญโดยเฉพาะในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนซึ่งเป็นวัยต่อที่สำคัญของชีวิตช่วงหนึ่ง

สุขภาพของสตรีวัยกลางคนมีความสำคัญและมีความแตกต่างจากผู้ชายวัยเดียวกัน เนื่องจากสตรีวัยกลางคนจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากภาวะการหมดประจำเดือน ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและอาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆตามมาได้ ประกอบกับสตรีมีอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย จากข้อมูลของกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2538 พบว่าสตรีไทยมีอายุยืนกว่าผู้ชายประมาณ 5 - 6 ปี ทำให้สตรีวัยกลางคนต้องเผชิญกับปัญหาของการเปลี่ยนแปลงหลายประการจนถึงวัยสูงอายุยาวนานกว่าผู้ชาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้สตรีวัยกลางคนได้มีความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะสามารถป้องกันและลดปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในวัยนี้และเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างผู้ที่มีสุขภาพดี ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นต่อไป อีกทั้งยังช่วยประหยัดและเป็นการลดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว สังคมและประเทศชาติในการที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง

สุขภาพของสตรีวัยกลางคนเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจดูแลมากขึ้น โดยเฉพาะสตรีวัย

กลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากประชาชนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 3.3 และมีปัญหาเกี่ยวกับการได้รับการบริการสาธารณสุขในหมู่บ้านร้อยละ 34.5 ของหมู่บ้านในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กระทรวงมหาดไทย, กรมการพัฒนาชุมชน, 2539: 80-83) นอกจากนี้สตรีในชนบทของประเทศไทยนั้นร้อยละ 72.2 เป็นผู้ที่ยังประกอบอาชีพอยู่ โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (กระทรวงมหาดไทย, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2538: 26-27) และจากการศึกษาเวลาที่ใช้ในการทำงานแต่ละวันของสตรีไทยพบว่าร้อยละ 68.2 ใช้เวลาทำงานหาเลี้ยงชีพและใช้เวลาทำงานนอกบ้านประมาณ 5.8 ชั่วโมง/วัน (ภัสสร ลิมานนท์ และคณะ, 2538) อีกทั้งยังหน้าที่ต้องรับผิดชอบงานบ้านและดูแลสุขภาพของทุกคนในครอบครัวด้วย ทำให้สตรีวัยกลางคนต้องทำงานหนักและมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองน้อย ประกอบกับสตรีวัยกลางคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2539: 17-19) พบว่าจำนวนสตรีวัยกลางคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 15.7 ของจำนวนสตรีวัยกลางคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทและจากสภาพเศรษฐกิจที่ฝืดเคืองในยุคนี้อาจทำให้ประชาชนเกิดปัญหาว่างงานและเดินทางกลับภูมิลำเนาเป็นจำนวนมาก ทำให้สตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพให้สตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าวข้างต้น จึงได้กำหนดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ที่กำหนดให้มีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพให้กับสตรีวัยกลางคนทั่วประเทศ โดยเป้าหมายในปี พ.ศ. 2543 คือให้โรงพยาบาลทุกระดับเปิดดำเนินการคลินิกส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนเพื่อให้บริการด้านคำแนะนำและส่งเสริมให้สตรีวัยกลางคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 เนื่องจากเห็นความสำคัญที่ว่าสุขภาพของสตรีวัยกลางคนเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสุขภาพของสังคมและประกอบกับการที่สตรีวัยกลางคนมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติการคาดประมาณสัดส่วนของจำนวนสตรีวัยกลางคนจาก พ.ศ. 2533 - 2543 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.54 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 15.90 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2543 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538: 2)

สำหรับการศึกษเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น Pender (1987: 58) ได้มีการรวบรวมแนวคิดและปัจจัยต่างๆที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า และจากผลการวิจัยในอดีตที่ผ่านมาแล้วเสนอเป็นรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาศึกษา โดยเรียกว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ซึ่งเพนเดอร์กล่าวว่าคนที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนเกิดการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำรงชีวิตนั้น น่าจะเป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกันคือปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ปัจจัยขยายและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่สำคัญเป็นกระบวนการขั้นแรกคือปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 7 ปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยขยายซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านนี้ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ลักษณะทางชีววิทยา อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยทางด้านสถานการณ์และปัจจัยด้านพฤติกรรม นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ มีผู้นิยมนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลาย ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่จะเป็นการคัดสรรปัจจัยไปศึกษาเป็นบางปัจจัยที่คาดว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษานั้นๆ งานวิจัยที่พบว่าใช้รูปแบบของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ได้แก่ งานวิจัยของ Duffy (1988: 358-362) ซึ่งได้มีการนำรูปแบบนี้ไปศึกษาในสตรีวัยกลางคนที่มีอายุ 35 - 65 ปี จำนวน 262 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือการรับรู้การควบคุมสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพและการศึกษาของ Duffy, Rossow and Hernandez (1996: 18-24) ที่ศึกษาในลูกจ้างสตรีซึ่งเป็นสตรีชาวแม็กซิกัน - อเมริกันที่มีอายุ 17 - 90 ปี จำนวน 397 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างคือการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุและระดับการศึกษา นอกจากนี้จากผลการวิจัย

ของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ อายุ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยจะเน้นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุข และเลือกศึกษาเฉพาะกลุ่มย่อยซึ่งไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากร ที่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรวัยอื่นๆ มากกว่า แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าม้งงานวิจัยของกองอนามัย ครอบครัว (2539: ก) ที่ทำการศึกษาในสตรีวัยหมดประจำเดือน จำนวน 8,300 คนทั่วประเทศไว้เช่นกัน แต่ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะสภาพแวดล้อม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการหมดประจำเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งจะเห็นว่าผลการวิจัยขัดแย้งกับผลการวิจัยส่วนใหญ่ จึงเป็นที่น่าสนใจศึกษาเพื่อหาข้อสรุปใหม่

ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญอย่างมากสำหรับพยาบาลที่จะต้องนำมาใช้ในการสร้างเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีวัยกลางคนนั้น คือข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากวิธีการที่ได้ผลดีในการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมต้องประกอบไปด้วยความรู้ความเข้าใจและการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมร่วมกัน สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526) ได้กล่าวว่าสิ่งสำคัญที่เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมปัจจัยหนึ่งคือความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ความรู้เป็นสิ่งเร้าพฤติกรรมของบุคคลให้แสดงออกมา ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจในด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของสตรีวัยกลางคน น่าจะมีผลให้สตรีที่อยู่ในวัยกลางคนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม จากการศึกษาของขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2534) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดีก็จะมีแนวโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของตนเองมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร, 2534; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538)

การรับรู้การควบคุมสุขภาพ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพการควบคุมตนเองอยู่ในตน บุคคลจะมีความโน้มเอียงที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพการควบคุมตนเองอยู่นอกตน จากการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่าการรับรู้การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยหนึ่งคือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและสถานภาพสมรส ซึ่งจัดว่าเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล Pender (1987: 66-67) กล่าวว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาของอภิรยา พานทอง (2540: ก) ในสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษา แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและศึกษาปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและสถานภาพสมรสของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารการพยาบาล พยาบาลและทีมสุขภาพ ได้

นำไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทั้ง 4 ด้านคือความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร
2. ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร
3. ความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน
2. การรับรู้การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน

3. การรับรู้การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน

4. ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน

สิ่งที่สำคัญที่เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมคือ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ ความรู้เป็นสิ่งเร้าให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2526) จากการศึกษาของขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร (2534: ก) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและผลการวิจัยของศุภาวรินทร์ หันกิตติกุล (2540: ก) พบว่าความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดีก็จะมีความโน้มเอียงที่จะกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าและจริงจังกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี (Pender, 1987: 64) และจากผลการวิจัยของขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร (2534: ก) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัยของลดาวัลย์ ผาสุก (2535: ก) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Duffy (1988: 358-362) ในสตรีวัยกลางคนพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้การควบคุมสุขภาพเป็นความเชื่ออำนาจภายในและความเชื่ออำนาจภายนอกทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากกระทำของตนเองหรือ ได้รับอิทธิพลจากผู้อื่นหรือเป็นผลมาจากความบังเอิญหรือโชคชะตา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมสุขภาพของตนเองมาจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน ในขณะที่ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะเชื่อหรือรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองเป็นผลมาจากผู้อื่น ความบังเอิญหรือโชคชะตา ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ จากการศึกษาของ Wallston et. al. (1976, cited in Pender, 1987: 61) พบว่าความสำเร็จในการลดน้ำหนัก

ร่างกาย เป็นผลมาจากความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมากกว่าการใช้แรงจูงใจทางสังคม โดยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะสามารถลดน้ำหนักร่างกายได้มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนและจากการศึกษาของ Duffy (1988: 358-362) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก และความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน สอดคล้องกับ Duffy, Rossow and Hernandez (1996: 18-24) ที่ทำการศึกษาในคนงานสตรีชาวอเมริกัน - แม็กซิกัน

ปัจจัยส่วนบุคคล แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987: 66-67) พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยหนึ่งคือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและสถานภาพสมรส จากผลการวิจัยของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538: ก-ข) พบว่าระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและจากการวิจัยของดวงพร รัตนอมรชัย (2535: ก) ที่พบว่าระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของอภิรยา พานทอง (2540: ก) ที่ทำการศึกษาในสตรีที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร แต่จากการศึกษาของกองอนามัยครอบครัว (2538: ก) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยก่อนและหลังหมดประจำเดือน

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ สตรีที่มีอายุ 40 - 59 ปี ที่มีชื่อในทะเบียนบ้านและปัจจุบันอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างที่ตรงกับลักษณะประชากรที่กำหนดดังกล่าวข้างต้น โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) และในแต่ละขั้นตอนใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยกลางคนเท่ากับ 397 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้คือ

2.1 ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การตรวจสุขภาพ การจัดการกับความเครียดและการสร้างแรงสนับสนุนระหว่างบุคคล

2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ

2.3 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ

2.4 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและสถานภาพสมรส

2.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง การจัดการกับความเครียด การสร้างแรงสนับสนุนระหว่างบุคคลและการตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. สตรีวัยกลางคน หมายถึง สตรีที่มีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และปัจจุบันอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน หมายถึง กิจกรรมที่สตรีวัยกลางคน รายงานว่าตนเองกระทำ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ เป็นกิจกรรมที่สตรีวัยกลางคนกระทำจนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้านดังนี้คือ

2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง พฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีปริมาณที่เหมาะสมกับสตรีวัยกลางคนและสภาวะร่างกาย รวมทั้งการหลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่ทำลายสุขภาพ

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง พฤติกรรมที่สตรีวัยกลางคนกระทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายได้มีการหดและขยายเป็นการกระทำให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหวเหมาะสมกับวัยและสภาวะของร่างกาย

2.3 พฤติกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง หมายถึง การที่สตรีวัยกลางคนปฏิบัติต่อสุขภาพของตนเองในด้านการพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การตรวจสุขภาพของตนเอง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของตนเองและการไปรับบริการตรวจสุขภาพ เพื่อหาความผิดปกติในระยะแรกจากสถานบริการสาธารณสุข รวม

ถึงการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพและแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสาธารณสุขเมื่อจำเป็น

2.4 พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด หมายถึง พฤติกรรมที่สตรีวัยกลางคนกระทำเพื่อผ่อนคลายความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมเมื่อเกิดความเครียด

2.5 พฤติกรรมการสร้างแรงสนับสนุนระหว่างบุคคล หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม มีความสัมพันธ์และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในเรื่องต่างๆระหว่างตนเองกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและสังคม

2.6 พฤติกรรมที่แสดงถึงการตระหนักและยอมรับในคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่สตรีวัยกลางคนมีจุดมุ่งหมายในชีวิตและต้องการทำกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จในจุดมุ่งหมายของตนเองและเกิดความพึงพอใจในชีวิต

3. ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการจำ การเข้าใจและการตัดสินใจของสตรีวัยกลางคนเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกาย การตรวจสุขภาพ การจัดการกับความเครียดและการสร้างแรงสนับสนุนระหว่างบุคคล มีรายละเอียดดังนี้คือ

3.1 ความรู้ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง ความสามารถในการจำ การเข้าใจและการตัดสินใจของสตรีวัยกลางคนในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะกับวัยกลางคนและมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของอาหารแต่ละชนิด รวมถึงเครื่องดื่มชนิดต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพแตกต่างกัน

3.2 ความรู้ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง ความสามารถในการจำ การเข้าใจและการตัดสินใจของสตรีวัยกลางคนเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย และระยะเวลาที่เหมาะสมและเพียงพอในการออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคน

3.3 ความรู้ด้านการพักผ่อนนอนหลับ หมายถึง ความสามารถในการจำ การเข้าใจและการตัดสินใจของสตรีวัยกลางคนเกี่ยวกับประโยชน์ของการพักผ่อนนอนหลับ ระยะในการนอนที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย รวมถึงข้อควรปฏิบัติและข้อควรหลีกเลี่ยงในการพักผ่อนนอนหลับของสตรีวัยกลางคน

3.4 ความรู้ด้านการขับถ่าย หมายถึง ความสามารถในการจำ การเข้าใจและการตัดสินใจของสตรีวัยกลางคนเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติเกี่ยวกับการขับถ่าย ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของสตรีวัยกลางคน

3.5 ความรู้ด้านการทำความสะอาดร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการจำ การเข้าใจและการตัดสินใจของสตรีวัยกลางคนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกายโดยทั่วไป เพื่อป้องกันการเกิดโรคต่างๆที่เกิดจากความสกปรกของร่างกาย

3.6 ความรู้ด้านการตรวจสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการจำ การเข้าใจ และการตัดสินใจของสตรีวัยกลางคนเกี่ยวกับการสังเกตความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเองและความรู้เกี่ยวกับระยะเวลาที่เหมาะสมของการไปรับการตรวจสุขภาพ ประโยชน์ของการตรวจสุขภาพและการตัดสินใจไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีจากสถานบริการสุขภาพ

3.7 ความรู้ด้านการจัดการกับความเครียด หมายถึง ความสามารถในการจำ การเข้าใจและการตัดสินใจของสตรีวัยกลางคนเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในสตรีวัยกลางคน วิธีการจัดการกับความเครียดและสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติเมื่อเกิดความเครียด

3.8 ความรู้ด้านการสร้างแรงสนับสนุนระหว่างบุคคล หมายถึง ความสามารถในการจำ การเข้าใจและการตัดสินใจของสตรีวัยกลางคนเกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการสร้างแรงสนับสนุนระหว่างบุคคล

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นที่สตรีวัยกลางคนมีต่อสภาพการทำงานโดยรวมของร่างกายและจิตใจของตนเองในปัจจุบัน แล้วจึงตัดสินใจตีความภาวะสุขภาพของตนเอง

5. การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ

5.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่เกิดกับตนเองด้านสุขภาพนั้น เป็นผลมาจากกระทำหรือความสามารถของตนเอง ความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่ตนเองได้รับเกิดจากการกระทำหรือความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

5.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นเพราะผู้อื่น ได้แก่ บุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตนเองมีอาจเข้าไปทำอะไรได้

5.3 ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่เกิดกับตนเองด้านสุขภาพนั้นเป็นเพราะอำนาจความบังเอิญ โชคกลางเคราะห์กรรม พรหมลิขิตหรือไสยศาสตร์ ทำให้ต้องเป็นเช่นนั้นโดยตนเองมีอาจหยุดยั้งได้

6. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวและสถานภาพสมรสของสตรีวัยกลางคน

6.1 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของสตรีวัยกลางคน ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระดับคือ

6.1.1 ระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา

6.1.2 ระดับสูงกว่าประถมศึกษา

6.2 รายได้ของครอบครัว หมายถึง ความเพียงพอของรายได้รวมของครอบครัวของสตรีวัยกลางคน เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนแล้วจึงให้สตรีวัยกลางคนตัดสินใจออกมา โดยแบ่งเป็น 2 ระดับคือ

6.2.1 มีรายได้เพียงพอ

6.2.2 มีรายได้ไม่เพียงพอ

6.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสในปัจจุบันของสตรีวัยกลางคน เพื่อต้องการทราบว่าสตรีวัยกลางคนมีคู่สมรสหรือไม่ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

6.3.1 เดี่ยว หมายถึง สตรีวัยกลางคนที่ยังไม่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่

6.3.2 คู่ หมายถึง สตรีวัยกลางคนที่ยังปัจจุบันอาศัยอยู่กับคู่สมรส ทั้งที่จดทะเบียนสมรสแล้วและยังไม่จดทะเบียนสมรส

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้บริหารการพยาบาล พยาบาล ตลอดจนทีมสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนงานและการปฏิบัติ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนงานส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนที่บรรจุไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ว่าให้มีการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศร้อยละ 100 ในปี พ.ศ. 2543 ในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนให้สตรีวัยกลางคนในชนบท ภาคตะวันออก เชียงเหนือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดอบรมแก่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อสามารถให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่สตรีวัยกลางคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ฝ่ายการศึกษาพยาบาลสามารถไปพัฒนาเป็นแนวทางในการวิจัยในครั้งต่อไป