

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการ
ตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี

สารนิพนธ์
ของ
ปัทมาพร พันธุ์อุบล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ตุลาคม 2553

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการ
ตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี

สารนิพนธ์
ของ
ปัทมาพร พันธุ์อุบล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

ตุลาคม 2553

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการ
ตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี

บทคัดย่อ
ของ
ปัทมาพร พันธุ์อุบล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ตุลาคม 2553

ปถมพร พันธุ์อุบล. (2553). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อาจารย์ วีระชน พลโยธา.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน 3) หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 330 นาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามลักษณะชีวิตสังคม แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (t- test) วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F test) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผลของระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี มีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับค่อนข้างดี

2. ผลของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยรวมค่อนข้างดี และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ รายด้านพบว่า

2.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ใน ระดับค่อนข้างดี

($\bar{x} = 2.86$, SD. = .44)

2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 2.81$,

SD.= .44)

2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล ระดับค่อนข้างดี

($\bar{x} = 3.40$, SD =.43)

2.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ระดับค่อนข้างดี

($\bar{x} = 3.30$, SD= .45)

2.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.10$,

SD = .35)

3. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความพึงพอใจของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ที่มีระดับความพึงพอใจของรายได้ต่างกัน และระดับการศึกษาของคู่ชีวิต แตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ข้าราชการตำรวจวัยทองที่ระดับการศึกษาของคู่ชีวิตสูงกว่าจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาของคู่ชีวิตต่ำกว่า ส่วนตำรวจที่มีอายุ ระดับการศึกษา และแหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน และรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความพึงพอใจของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ที่มีอายุและแหล่งที่ได้รับข้อมูลต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ส่วนระดับชั้นข้าราชการตำรวจ ความพึงพอใจของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต ต่างกันและการเข้ารับการตรวจสุขภาพ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน รายได้ของครอบครัวสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่า และรายได้ของครอบครัวต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผลการหาความสัมพันธ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ ข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01ทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

A STUDY OF RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PERCEPTION AND HEALTH SELF-
CARING BEHAVIOR OF THAI ANDROPAUSAL POLICE OFFICERS IN CHONBURI
PROVINCE

AND ABSTRACT
BY
PATAMAPORN PHAN-UBOL

Present in Partial Fullfillment of the Requirements for the
Master of Education Degree in Development Psychology
at Srinakharinwirot University

October 2010

Patamaporn Phan-ubol. (2010). *A Relationship between Health Perception and Health Self-Caring behaviour of Thai Andropause Police Officers in Chonburi Province*. Master's project, M.Ed. (Developmental Psychology). Bangkok: Graduate School , Srinakharinwirot University. Project Advisor: Teerachon Polyota.

The purpose of this study was aimed : 1) to examine the level of health perception and health self-caring behavior in Thai nationality andropausal police officer in Chonburi. 2) to compare health perception and health self-caring behavior in andropausal polices by personal factor, and lastly. 3) to explore the relationship between health perception and health self-caring behavior of andropausal polices in Chonburi.

The sample included total 330 Chonburi police officers aged between 40-59 years old. The purposive sampling method was used to select the participants. The questionnaires were instrumental to data on biosocial, health perception and health self-caring behavior. Data analysis was performed by using the percentage, mean, standard deviation, One-Way ANOVA, F-test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The results demonstrated that:

1. The findings indicated that Thai andropause polices officer in Chonburi province were found to be at a rather good level of health perception.

2. The findings indicated that Thai andropause polices officer in Chonburi province found to be at a rather good level of an overall health self-care behavior and each domains of health self-care behaviors :

1. Level of health perception of andropausal polices was rated fairly good.

2. Health self-caring behavior of andropausal polices in each respective areas was rated fairly good as follow:

- 2.1 Eating behavior was rated fairly good. ($\bar{x} = 2.86$, SD. = .44)

- 2.2 Physical exercise behavior was rated fairly good. ($\bar{x} = 2.81$, SD. = .44)

- 2.3 Personal hygiene behavior was rated fairly good. ($\bar{x} = 3.41$, SD. = .43)

- 2.4 Drug avoidance behavior was rated fairly good. ($\bar{x} = 3.30$, SD. = .45)

- 2.5 Accident preventing behavior was rated fairly good. ($\bar{x} = 3.10$, SD. =.35)

3. The comparative result of health perception in Thai andropausal police officers by age, rank, income, education level, spouse's educational level, household income, frequency of physical examination, and source of health information, it indicated that andropausal polices with differences in income and spouse's educational level had differences in health perception at statistically significant level .01. Polices with well-educated spouse had better health perception than those with lower-educated spouse. Andropausal polices with difference in age, education level, source of health information reported no differences in health perception. Andropausal polices with differences in household income had differences in health perception at statistically significant level .05.

4. The comparative result of health self-caring behavior in andropausal polices by age, rank, income, education level, spouse's educational level, household income, frequency of physical examination, and source of health information, it indicated that andropausal polices with difference in age and source of health information had substantial difference in health self-caring behavior at statistically significant level .05 and .01 respectively while there were no difference in health self-caring behavior in andropausal polices with difference in rank, income, education level, spouse's educational level, and frequency of physical examination. Andropausal polices with higher household income at statistically significant level .05.

5. Overall, the relationship between health perception and health self-caring behavior in Thai andropausal polices in Chonburi was found to be positive statistically significant level .01. Similarly, the relationship between health perception and health self-caring behavior in Thai andropausal polices in Chonburi was found to be positive statistically significant level .01 for each respect of area.

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ วีระชน พลโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการให้คำปรึกษาและแก้ปัญหา ให้ข้อแนะนำ นอกจากนี้ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ทัศน ทองภักดี ที่ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า เอาใจใส่ ห่มเทพลงความคิด ช่วยเหลือให้ความรู้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนสามารถทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ประณต คำฉิม ที่กรุณามาเป็นคณะกรรมการให้

กราบขอบพระคุณ อาจารย์ วิชญญา วัฒนโธ , อาจารย์ สุพัทธ แสนแจ่มใส ที่ได้กรุณาตรวจแบบสอบถาม ให้คำแนะนำในการดัดแปลง และสร้างเครื่องมือวิจัยในการ และขอบพระคุณ ข้าราชการตำรวจในจังหวัดชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการตอบแบบสอบถามและเก็บรวบรวม

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัวพันธุ์อุบล ที่ให้กำลังใจที่ยิ่งใหญ่ตลอด คุณสุรกิจ ที่คอยช่วยเหลือ ดูแลและเอื้ออำนวยความสะดวกทุกอย่างตลอดเวลาที่ศึกษาและทำงานวิจัย จนกระทั่งมีงานวิจัยที่สมบูรณ์ฉบับนี้

ปณมาพร พันธุ์อุบล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2
สมมติฐานการศึกษา	3
ขอบเขตการศึกษา	4
กรอบแนวคิดการศึกษา	6
นิยามปฏิบัติการ	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ความรู้เกี่ยวกับชายวัยทอง	10
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	26
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	29
พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของชายวัยทอง	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	42
3 วิธีการดำเนินการศึกษา	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	50
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	52
5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	62
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	65
การอภิปรายผลการค้นคว้า	66
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า	72

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม.....	74
ภาคผนวก.....	79
ภาคผนวก ก.....	80
ภาคผนวก ข.....	82
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	92

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงน้ำหนักตัวที่เหมาะสมสำหรับความสูง (คำนวณจาก BMI).....	19
2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วย.....	32
3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะชีวสังคม ตามตัวแปร อายุ ชั้นข้าราชการ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของ คู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูล สุขภาพ.....	53
4 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปรผล การรับรู้ ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี เมื่อศึกษาระดับ ภาวะสุขภาพ.....	55
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปรผล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน.....	55
6 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามตัวแปรอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอ ของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ.....	56
7 การวิเคราะห์ความแปรปรวน คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	57
8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี เป็นรายคู่.....	58
9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ.....	59
10 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนพฤติกรรมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของข้าราชการ ตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว.....	60
11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัวเป็นรายคู่.....	60
12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี.....	61

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรวัยทำงานหรือวัยผู้ใหญ่เมื่อมีอายุประมาณ 40 ปี ก่อนย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ คือ ช่วงที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ผู้ที่อยู่ในช่วงวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะร่างกายมากมาย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการลดของฮอร์โมนเพศ ชายวัยนี้เป็นช่วงวัยสำคัญเรียกว่า “วัยทอง” ซึ่งถือว่าเป็นประชากรกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งของประเทศ ในปี พ.ศ. 2550 ณ เดือนธันวาคม ประเทศไทยมีประชากรชายอายุ 40-59 ปี ประมาณ 7.89 ล้านคน และประชากรหญิงอายุ 40-59 ปี ประมาณ 8.55 ล้านคน รวมประชากรชายหญิงวัยทองทั้งประเทศประมาณ 16.44 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 26 ของประชากรทั้งประเทศที่มีอยู่ประมาณ 63.04 ล้านคน (ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับจำนวน ประชากร. 2550: Online) โดยประชากรวัยทองจัดเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของชาติ เนื่องจาก อยู่ในช่วงวัยที่เป็นกำลังการผลิต และจากการที่เป็นวัยที่ผ่านชีวิต และสะสมประสบการณ์ต่างๆ ของ ชีวิตไว้มากมาย จึงทำให้ประชากรวัยนี้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีบทบาท เป็นที่พึ่งพิงของประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุ

ประชากรวัยทองเป็นช่วงวัยที่กำลังก้าวไปสู่วัยสูงอายุ การที่คนมีอายุมากขึ้นโอกาสที่จะ เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ อันเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของร่างกายก็มีมากขึ้น ประกอบกับพฤติกรรม เสี่ยงด้านสุขภาพที่สั่งสมมานาน กับ ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัว จึงทำให้ผู้มีอายุมาก ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้า โรคหลอดเลือดสมองตีบ-ตัน-แตก โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน โรคต่างๆ จึงเป็นความจำเป็นที่ประชากรวัยทองต้องดูแล สร้างเสริมสุขภาพตนเอง ทั้งในขณะที่เป็นวัยทองและวัยสูงอายุ เพื่อมิให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือ สุขภาพเสื่อมโทรม จนกระทั่งไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (ศิริพร สันติกุล. 2547: 2) ซึ่งภาวะวัยทอง นี้ไม่ได้เกิดกับเพศหญิงเท่านั้น แต่เกิดกับเพศชายด้วย โดยอาการชายวัยทองนั้นเกิดจากการลดลง ของฮอร์โมนเพศชาย (Testosterone) แต่อาการที่เกิดจากการลดลงของฮอร์โมนจะเห็นได้ไม่ชัดเจน เท่ากับในผู้หญิง จึงใช้คำว่า Partial Androgen Deficiency in Aging Male หรือเรียกย่อๆ ว่า PADAM แทนคำว่า Andropause ซึ่งผลกระทบที่เกิดจากการลดระดับ Testosterone ในผู้ชายวัยทอง ได้แก่ ผลกระทบด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ด้านจิตใจและสติปัญญา ด้านเพศ และด้านร่างกาย (วีรชัย ภาณุมาตวรรตม์; และวันเพ็ญ แก้วปาน. 2545) จึงทำให้ผู้ชายวัยทองมักมีอาการเจ็บป่วยทั้งทางกาย และใจ ดังนั้น ชายวัยทองมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความสนใจดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งการ รักษาตนเองให้หายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ไม่ทิ้งไว้ให้เกิดอาการเรื้อรัง อีกทั้งเอาใจใส่กับการ ป้องกันและควบคุมไม่ให้โรคหรือภัยสุขภาพต่างๆ เกิดขึ้นกับตนเองได้ และบำรุงรักษาร่างกายที่ แข็งแรงดีอยู่แล้วให้อยู่ในสภาพที่แข็งแรงต่อไปอีกได้นานๆ เพื่อให้การใช้ชีวิตเป็นช่วงทองของชีวิต อย่างแท้จริง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิด ก่อให้เกิดแรงจูงใจ กระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติตน เพื่อสุขภาพที่ดี (Pender. 1996: 68)

ข้าราชการตำรวจ มีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการบำบัดทุกข์บำรุงสุขให้แก่ประชาชน เป็นผู้ใช้อำนาจตามกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายเพื่อพิทักษ์ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และความสงบสุขของประเทศไทย ให้เกิดความยุติธรรม สุขภาพของข้าราชการตำรวจจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะถ้าข้าราชการตำรวจมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ก็จะมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในการปฏิบัติงาน และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่ แต่ในปัจจุบันกลับพบว่า ข้าราชการตำรวจ มีปัญหาสุขภาพ เป็นอย่างมาก โดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (2551) เผยแพร่ว่า รายงานผลการตรวจสุขภาพ ข้าราชการตำรวจและลูกจ้างประจำทั่วประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550 จำนวนทั้งสิ้น 108,763 นาย พบผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติมากถึง 79,558 นาย หรือ คิดเป็นร้อยละ 73.15 โดยโรคที่ตรวจพบ ความผิดปกติ 5 อันดับแรก ได้แก่ ไขมันในเส้นเลือดสูง ร้อยละ 32.80 น้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 10.78 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.64 โรคอ้วน ร้อยละ 5.21 เบาหวานร้อยละ 4.93 ซึ่งสาเหตุหลักของ สภาวะโรคดังกล่าวเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้วยการสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา แต่ในขณะที่กำลังจะเกิดโรค หรือมีสัญญาณว่าจะเกิดโรคข้าราชการ ตำรวจชายวัยทองมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองหรือไม่ เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพจะเป็นแรง กระตุ้นให้ชายวัยทองเอาใจใส่ต่อสุขภาพและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น จึงเป็นสิ่งที่ผู้ศึกษา ให้ความสนใจศึกษา

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจชายวัยทองที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน เพื่อจะทำให้ได้ข้อมูล พื้นฐานที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการเสริมสร้างสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทองให้สามารถ ปฏิบัติงานรับใช้ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการเตรียมความพร้อมชีวิตของ ข้าราชการตำรวจไทย เพื่อจะได้เข้าสู่วัยเกษียณได้อย่างดีมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของข้าราชการ ตำรวจวัยทอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของข้าราชการ ตำรวจวัยทองที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ ข้าราชการตำรวจวัยทอง

สมมติฐานการศึกษา

1. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
2. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีชั้นข้าราชการต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
3. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีความเพียงพอของรายได้ต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
4. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดีกว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
5. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่คู่ชีวิตมีระดับการศึกษาสูงกว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองที่คู่ชีวิตมีระดับการศึกษาต่ำกว่า
6. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนสูงกว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า
7. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
8. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
9. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
10. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีชั้นข้าราชการต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
11. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีความเพียงพอของรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
12. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
13. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่คู่ชีวิตมีระดับการศึกษาสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองที่คู่ชีวิตมีระดับการศึกษาต่ำกว่า
14. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนสูงกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า
15. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
16. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
17. การรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชายวัยทอง

ขอบเขตการศึกษา

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ซึ่งในจังหวัดชลบุรีมีสถานีตำรวจทั้งหมด 23 สถานี เป็นข้าราชการตำรวจที่มีรายชื่อตามบัญชีรายชื่อจำนวน 2,820 นาย และมีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 1,837 นาย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นข้าราชการตำรวจชายวัยทอง ที่มีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ที่สถานีตำรวจภูธร ภายในจังหวัดชลบุรี จำนวน 330 นาย เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan (ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. 2529. ระเบียบวิจัยทางวิทยาศาสตร์สังคม: การสังเคราะห์และบูรณาการ.)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวสังคม

1.1 อายุ

1.1.1 40-49 ปี

1.1.2 50-59 ปี

1.2 ชั้นข้าราชการตำรวจ

1.2.1 สัญญาบัตร

1.2.2 ชั้นประทวน

1.3 ความเพียงพอของรายได้

1.3.1 เพียงพอ

1.3.2 ไม่เพียงพอ

1.4 ระดับการศึกษา

1.4.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี

1.4.2 ปริญญาตรีขึ้นไป

1.5 ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต

1.5.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี

1.5.2 ปริญญาตรีขึ้นไป

1.6 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

1.6.1 ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อเดือน

1.6.2 20,001-30,000 บาทต่อเดือน

1.6.3 30,001-40,000 บาทต่อเดือน

1.6.4 40,001-50,000 บาทต่อเดือน

1.6.5 สูงกว่า 50,000 บาทต่อเดือน

1.7 การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี

1.7.1 ปีละ 1 ครั้ง

1.7.2 มากกว่าปีละ 1 ครั้ง

1.8 แหล่งที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ

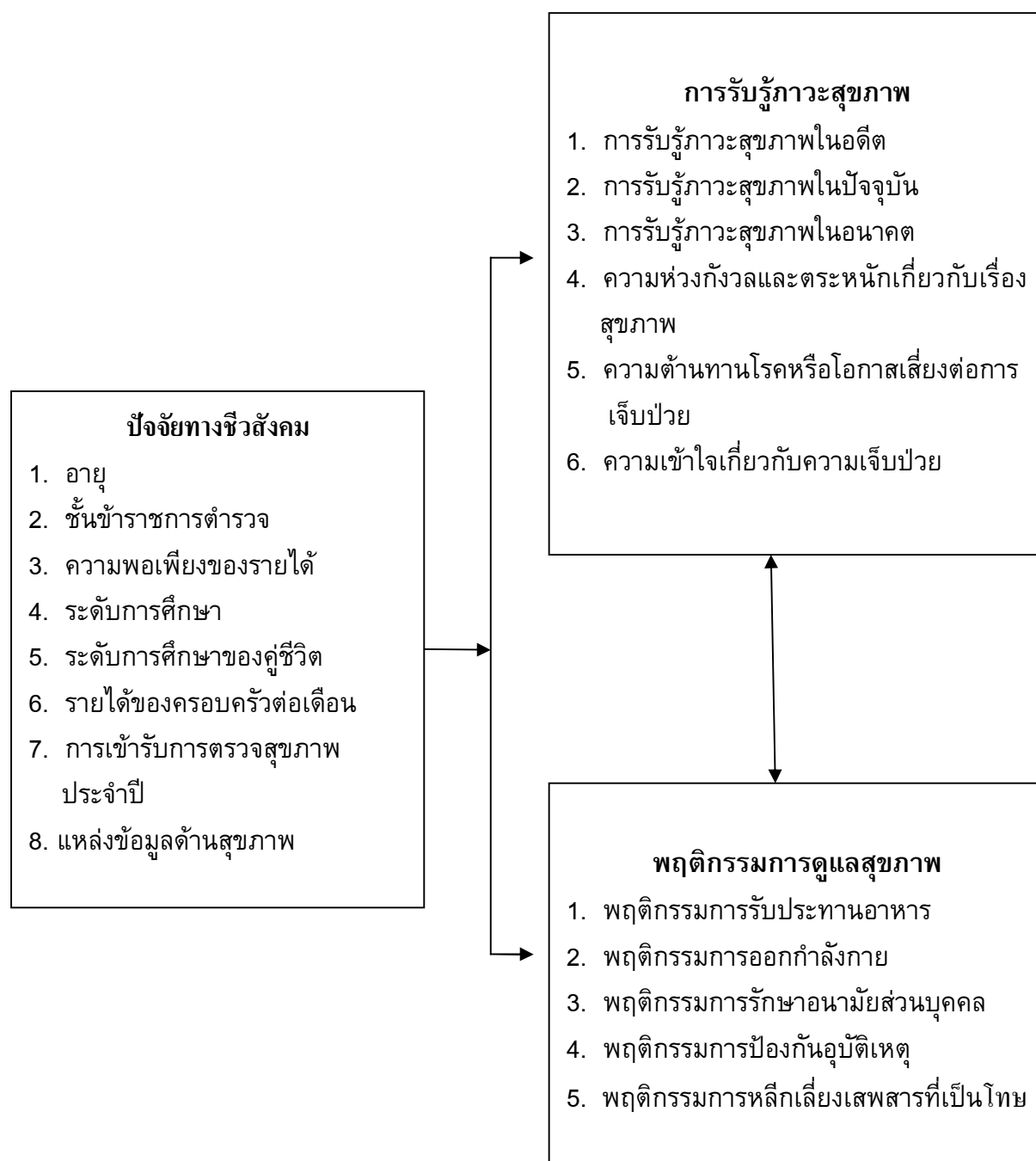
1.8.1 บุคคลใกล้ชิด

1.8.2 สื่อมวลชน

ตัวแปรตาม แบ่งเป็นดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

กรอบแนวคิดการศึกษา



นิยามปฏิบัติการ

1. **การรับรู้ภาวะสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิด และความเข้าใจของตนเองที่แปลความหมายหรือประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของชายวัยทอง ว่ามีภาวะสุขภาพดีมากน้อยเพียงใดตามสภาพของร่างกายที่ดำเนินไป ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในอนาคต ความห่วงกังวลและความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้านทานโรคหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในอดีตของชายวัยทอง

1.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันของชายวัยทอง

1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในอนาคต หมายถึง ความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับในอนาคตของชายวัยทอง

1.4 ความห่วงกังวลและความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง ความสนใจและการให้ความสำคัญ เอาใจใส่การดูแลสุขภาพของชายวัยทอง

1.5 ความต้านทานโรคหรือโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หมายถึง การคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ว่าร่างกายสามารถต้านทานหรือเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเกิดโรคได้มากน้อยเพียงใด

1.6 ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองโดยทั่วไปว่าจะต้องประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่ดีและเจ็บป่วยสลับกันไป

การรับรู้ภาวะสุขภาพวัดจากการสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลแบบวัดของ เนตรนภา คู่พันธ์ (2534) และศึกษา General Health Perception Battery ของ บรูคและคณะ (Brook; et al. 1979) มาดัดแปลงให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการในงานวิจัยนี้ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ช่วง (Rating Scale) ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้ที่ได้รับคะแนนต่ำกว่า โดยแบ่งระดับการรับรู้สุขภาพเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี
2. ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี
3. ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
4. ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี
5. ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

2. **พฤติกรรมดูแลสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพของชายวัยทอง เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย โดยครอบคลุมพฤติกรรมด้านต่างๆ ดังนี้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดให้โทษ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ

2.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างถูกหลักโภชนาการและถูกสุขลักษณะ เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เช่น การเล่นกีฬา การทำงานบ้าน การเดินเร็ว การวิ่ง ที่ต้องอาศัยความเหมาะสมทางด้านเวลาและวิธีการ เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

2.3 พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษานามัยส่วนบุคคล เช่น การนอนหลับ การดูแลความสะอาดของร่างกาย การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ

2.4 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน โดยหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษต่อร่างกาย เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดให้โทษ สารเคมีในครัวเรือน การใช้ยารักษาโรค เป็นต้น เพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากสารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย

2.5 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ หมายถึง ปริมาณการป้องกันอุบัติเหตุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การเดิน การนั่ง การเดินทาง ด้วยความระมัดระวังในที่ที่ปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บกับร่างกาย

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 5 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดให้โทษ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้านแรก ผู้วิจัยได้นำแบบวัดของ นลินี มิ่งมณี (2548) มาดัดแปลงให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดของ กอบบุญ พึ่งประดิษฐ์ (2550) มาดัดแปลงให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จากปฏิบัติเป็นประจำ ถึงไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติ หรือการทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการงด การละเว้น การกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อป้องกันการส่งผลเสียต่อร่างกาย ในการให้คะแนนแบบวัดนี้ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่ดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า และแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับดี
2. ค่าเฉลี่ย 2.01-2.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับค่อนข้างดี
3. ค่าเฉลี่ย 1.51-2.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับพอใช้
4. ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ชายวัยทอง หมายถึง เพศชายที่มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี เป็นวัยที่เริ่มมีภาวะความเสื่อมของร่างกาย เป็นผลมาจากการลดระดับฮอร์โมนเพศ
2. ข้าราชการตำรวจ หมายถึง ข้าราชการตำรวจชั้นสัญญาบัตร ชั้นประทวนที่ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้รับราชการในสังกัด สถานีตำรวจภูธร ในจังหวัดชลบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการศึกษาที่ได้ทำให้ทราบระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง
2. ผลการศึกษาจะเป็นฐานข้อมูลในการหาแนวทางเพื่อส่งเสริมให้ข้าราชการตำรวจวัยทองหันมาสนใจเรื่องการดูแลสุขภาพยิ่งขึ้น
3. ได้ข้อมูลที่จะเป็นฐานในการศึกษาที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้เพื่อกำหนดแนวคิดการศึกษา ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับชายวัยทอง
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชายวัยทอง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับชายวัยทอง

ประชากรวัยทำงานหรือวัยผู้ใหญ่ เมื่อมีอายุประมาณ 40 ปี ก่อนย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ คือช่วงที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ผู้ที่อยู่ในช่วงวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะร่างกายมากมาย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเพศ ช่วงนี้จึงเป็นช่วงวัยสำคัญ เรียกว่า “วัยทอง” ซึ่งภาวะวัยทองนี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับเฉพาะในเพศหญิง ซึ่งเป็นที่รู้จักกันอย่างดี แต่ไม่มีใครคาดคิดว่าผู้ชายก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน ผู้ชายวัยทองเป็นวัยเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายๆ อย่างที่จะส่งผลต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะการลดลงของฮอร์โมนเพศชาย ซึ่งจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป โดยระดับฮอร์โมนเพศชายเริ่มลดลงประมาณปีละ 1% และพบว่าในผู้ชายอายุ 65 ปีขึ้นไป ระดับฮอร์โมนเพศชายจะต่ำกว่าในวัยหนุ่มถึง 30% ซึ่งเมื่อระดับฮอร์โมนต่ำ อาการของผู้ชายวัยทองที่มีภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง มีอาการคล้ายๆ กับสตรีวัยทอง

ความหมายของชายวัยทอง

เมื่อผู้ชายอายุประมาณ 50 ปี จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ อันเนื่องมาจากอวัยวะ (Testes) มีการสังเคราะห์กลุ่มฮอร์โมนที่เรียกว่า “แอนโดรเจน” ลดลงด้วยเหตุนี้เองสภาวะนี้จึงได้รับชื่อว่า “Andropause” และผู้ชายที่อยู่ในสภาวะดังกล่าวอาจเรียกว่า “ผู้ชายวัยทอง” การเปลี่ยนแปลงไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่เป็นไปอย่างช้าๆ เป็นเวลาหลายๆ ปี โดยทั่วไปอาจจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่อายุช่วงอายุ 40 ปีเป็นต้นไป เมื่อพิจารณาอย่างลึกซึ้งแล้วจะเห็นว่าผู้ชายไม่น่าจะมีภาวะ Andropause อย่างแท้จริง ทั้งนี้เพราะคำนี้หมายถึงสภาวะหยุดการสังเคราะห์แอนโดรเจนไปเลย และยังพบว่าในผู้ชายอายุ 100 ปี ก็ยังสังเคราะห์กลุ่มฮอร์โมนแอนโดรเจนได้บ้างพอสมควร ดังนั้นในปี ค.ศ. 1994 บรรดาศิลาแพทย์ทางระบบทางเดินปัสสาวะได้มีการประชุมเพื่อพิจารณาเรื่องนี้ และมีมติว่าผู้ชายวัยทองควรหมายถึง ชายสูงอายุที่มีความบกพร่องของกลุ่มฮอร์โมนแอนโดรเจนลดลงไปบ้างเท่านั้น ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Partial Androgen Deficiency in Aging Male” หรือเรียกกันย่อๆ ว่า “PADAM” (ศิริพร สันติกุล. 2547: 14)

อุรุษา เทพพิสัย (2544: 382) กล่าวว่า ชายวัยทอง หมายถึง ผู้ชายที่อัตราฮอร์โมนเพศชาย (Testosterone) ซึ่งถือว่าเป็นฮอร์โมนเพศชาย (Androgens) ที่สำคัญที่สุดของร่างกาย การเสื่อมหน้าที่จะค่อยเป็นค่อยไปตามอายุที่ผ่านไป แต่ไม่ถึงกับหยุดสร้างฮอร์โมนอย่างเช่นที่เกิดขึ้นในสตรีวัยทอง ปรากฏการณ์ดังกล่าวจะเริ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 40 ปีเศษและจะเห็นชัดเมื่ออายุประมาณ 50 ปี

พันธ์ศักดิ์ ศุภฤกษ์ (2545: 737) กล่าวว่า ชายวัยทอง หมายถึง ภาวะวิกฤติในวัยกลางคนของผู้ชายเกิดจากการพร่องของฮอร์โมนเพศชาย ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ ร่างกาย และเรื่องเกี่ยวกับทางเพศ มีการใช้คำเรียกชายวัยทองว่า “พาดัม” (PADAM) ซึ่งย่อมาจาก Partial Androgen Deficiency in Aging Male

ชัยวัฒน์ วิชาวุธ (2545: 37) กล่าวว่า ชายวัยทอง หมายถึง ผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ถ้าอายุ 60 ปีขึ้นไปจัดอยู่ในกลุ่มผู้ชายสูงอายุ ซึ่งผู้ชายที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปจะมีการลดลงของระดับฮอร์โมนเพศชายเทสโทสเตอโรน (Testosterone) อย่างช้าๆ เฉลี่ยร้อยละ 1 ต่อปี ผลของการลดลงของฮอร์โมนนี้จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในหลายๆ ด้าน กล่าวคือ ด้านสมองและจิตประสาทจะรู้สึกไม่สดชื่นแจ่มใส ขาดชีวิตชีวา ขี้หลงขี้ลืม หงุดหงิด โกรธง่าย อารมณ์แปรปรวนและมีภาวะบกพร่องทางสมรรถภาพทางเพศ

จากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ชายวัยทอง หมายถึง ผู้ชายอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่มีการลดลงของระดับฮอร์โมนเพศชาย ทำให้เกิดภาวะความเสื่อมของร่างกาย อารมณ์แปรปรวน และมีภาวะบกพร่องทางสมรรถภาพทางเพศ อาการของผู้ชายวัยทองที่มีภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่องมีอาการคล้ายๆ กับสตรีวัยทอง อาการจะมีตั้งแต่ระยะสั้นและระยะยาว (ทีมงานชายวัยทอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. 2546: 5-6)

อาการระยะสั้น

อาการทางร่างกาย (Physical) มีดังต่อไปนี้ ไม่มีเรี่ยวแรง เหนื่อยง่าย นอนไม่ค่อยหลับหรือตื่นนอนกลางคืนแล้วนอนหลับยาก มีอาการเบื่ออาหาร อาจมีอาการปวดเมื่อยตามกระดูกและข้อปวดหลังโดยไม่มีสาเหตุ มีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย มีเหงื่อออกมากในเวลากลางวัน/กลางคืน หัวใจเต้นเร็วหรือใจสั่น อาการทางจิตใจ (Psychological) หลงลืมมากขึ้น ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย อาการทางเพศ (Sexual) พบได้ตั้งแต่อาการน้อย เริ่มจากขาดความสนใจทางเพศ ขาดความตื่นเต้นทางเพศ

อาการระยะสั้นนี้ทางร่างกายจิตใจและอาการทางเพศในชายวัยทองนั้น คล้ายกับหญิงวัยทองมาก แต่มักจะไม่เด่นชัดเหมือนกับหญิงวัยทอง หญิงวัยทองเมื่อเริ่มจะหมดระดู จะมีอาการต่างๆ นี้มากและมักจะดีขึ้นเมื่อได้รับฮอร์โมนเสริม หรืออาจหายไปเมื่อหมดระดูไปนานๆ อาการระยะสั้นนี้มักจะเป็นอาการที่ทำให้ทั้งชาย-หญิงวัยทองมาพบแพทย์แต่การดูแลในทางการแพทย์นั้นหวังการดูแลสร้างเสริมสุขภาพในระยะยาวมากกว่า

อาการระยะยาว

การเปลี่ยนแปลงที่พบในชายวัยทอง

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ชายวัยทอง ผลจากการที่ลูกอ้วนสะสมไขมันเพศชาย ลดลงจะส่งผลถึงการทำงานของอวัยวะสำคัญต่างๆ ที่ถูกควบคุมโดยฮอร์โมนทางเพศชาย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เห็นได้ชัดคือการลงพุง เนื่องจากการเผาผลาญไขมันลดลงทำให้มีไขมันส่วนเกินสะสม โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและลำตัว กล้ามเนื้อลีบเล็กลง แข็งแรงน้อยลง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการไหลเวียนโลหิต เช่น การเหนื่อยง่าย หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เหงื่อออกตามมือ ร้อนวูบวาบตามร่างกาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในกระแสเลือด ทำให้ผนังเส้นเลือดแดงแข็งตัว มีการตีบตัน ถ้าเกิดที่หัวใจก็จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ สูญเสียเนื้อกระดูก เกิดภาวะกระดูกพรุนซึ่งขณะนี้พบมากในราว 20%-30% ในชายวัยทอง กระดูกหักง่ายโดยเฉพาะที่กระดูกต้นขา หรือกระดูกปลายแขนเมื่อเวลาหกล้ม ความสูงจะลดลง หลังโก่ง เนื่องจากระดูกสันหลังบางมากจนเกิดการหักทงุด

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ชายวัยทอง มีอาการซึมเศร้า ห่อเหี่ยว หลงลืมมากขึ้นไม่มีสมาธิ กลัว ตกใจอย่างไม่มีเหตุผล หงุดหงิด ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม ขาดความกระฉับกระเฉง ไม่กระตือรือร้น นอนไม่หลับ

3. การเปลี่ยนแปลงทางเพศ ชายวัยทองจะขาดความสนใจทางเพศ ไม่มีความต้องการทางเพศ มีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศ แม้ว่าปัญหานี้จะมีความสัมพันธ์กับการขาดฮอร์โมน แต่ก็มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางเพศดังกล่าวด้วย ภาวะเครียดทั้งจากการทำงาน ต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในชายวัยทองจะมีความกดดันทางสังคมที่กำหนดให้ชายต้องเป็นผู้นำในครอบครัว ผู้นำในสังคม มุ่งการทำงานโดยลืมถึงการดูแลตัวเองการทำงานหนัก โดยพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ภาวะทุโภชนา การขาดการออกกำลังกาย

ภาวะการลดลงของฮอร์โมนเพศชาย

กลไกการทำงานของฮอร์โมนในเพศชายจะเริ่มเมื่อหลังสิ้นทศวรรษแรกได้สมองจะส่งสัญญาณไปที่อวัยวะเกิดการสร้างฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Testosterone) แม้ฮอร์โมนเพศชาย จะมีการสร้างตลอดเวลาแต่จะสร้างมากในช่วงกลางคืน หลังจากอายุ 40 ปีไปแล้วการสร้างฮอร์โมนเมลาโตนิน (Melatonin) ลดลงทำให้นอนไม่หลับ เมื่อนอนไม่หลับการสร้างฮอร์โมนเพศชายจึงลดลง ส่วนฮอร์โมนอีกตัวที่มีความสำคัญคือ ฮอร์โมนของการเจริญเติบโต (Growth Hormone) ระบบสร้างฮอร์โมนนี้จะเริ่มขึ้นขณะร่างกายหลังสิ้นทศวรรษแรก คนในวัยทองระดับการสร้างฮอร์โมนของการเจริญเติบโต (Growth Hormone) จะลดลง ทำให้เซลล์เนื้อเยื่อต่างๆ เริ่มเสื่อมขนาดลง ฮอร์โมนเพศไม่ได้มีเพียงเทสโทสเตอโรน เท่านั้นยังมีฮอร์โมนอีกตัวหนึ่งที่เรารู้จักว่า DHEA ฮอร์โมน DHEA เป็นฮอร์โมนที่ผลิตมาจากต่อมไพเนียลซึ่งพบว่า ถ้ามีระดับสูงพอเพียงแล้วจะช่วยป้องกันการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด เพราะฮอร์โมนนี้จะทำให้ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่น มีความแข็งแรง ไขมันไม่เกาะกับผนังหลอดเลือด

ลักษณะโดยทั่วไปในผู้ชายที่มีการสร้างฮอร์โมนในเพศชายตามปกติ จะมีลักษณะเพศชายที่แสดงออกถึงความเป็นชายอันได้แก่ การมีโครงสร้างของร่างกายที่แข็งแรง มีกล้ามเนื้อแข็งแรง เป็นมัดๆ รู้สึกมีพลังกำลังและมีความรู้สึกตื่นตัวทางเพศ ซึ่งโดยปกติทั่วไปในผู้ชายที่อายุน้อยและแข็งแรงจะมีการแข็งตัวของอวัยวะเพศในตอนกลางคืนขณะนอนหลับและขณะตื่นนอนตอนเช้า ซึ่งไม่ได้หมายถึงการมีอารมณ์ทางเพศ แต่เป็นการพองตัวเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อองคชาติเพิ่มขึ้นและมีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมนเพศที่หลั่งออกมาไม่สม่ำเสมอ ระดับฮอร์โมนจะสูงๆ ต่ำๆ เป็นช่วงๆ ในขณะนอนหลับจึงทำให้มีการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายขณะนอนหลับและตื่นนอนในตอนเช้า แต่เมื่ออายุมากขึ้นและระดับฮอร์โมนทางเพศลดลงอาการที่ปรากฏเหล่านี้จะลดน้อยลง ผู้ชายบางคนอาจรู้สึกอวัยวะไม่แข็งตัวในตอนเช้าขณะลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะ และในขณะเดียวกัน ฮอร์โมนเพศชายก็ยังมีผลต่อการทำงานของต่อมลูกหมากด้วย (พันธุศักดิ์ ศุภฤกษ์. 2545: 3-21)

ปัญหาการบกพร่องของฮอร์โมนเพศชายเมื่ออายุสูงขึ้นหรือ PADAM (Partial Androgen Deficiency in Aging Male) เป็นภาวะที่ร่างกายลดการสร้างฮอร์โมนเพศลงอย่างช้าๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน ในเพศชายจะมีหลายตัวดังต่อไปนี้

- 1) Growth Hormone (GH)
- 2) Dehydroepiandrosterone (DHEA) เป็นฮอร์โมนเพศชายที่ทำงานมาจากต่อมหมวกไต
- 3) Melatonin ผลิตมาจากต่อมไพเนียล (ต่อมใต้สมอง)
- 4) Testosterone

สายนธ์ สวัสดิ์ศรี (2549: 60) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการลดระดับฮอร์โมนเพศชายในชายวัยทอง

- 1) ภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) เป็นผลทำให้กระดูกสันหลังยุบตัวลง ความสูงลดลง กระดูกหักง่ายเมื่อล้มโดยเฉพาะที่ต้นขาหรือที่แขน
- 2) เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยอาจอธิบายจากการเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือดไปในทางที่เป็นโทษต่อร่างกาย เช่น ระดับ HDL Cholesterol มีการเพิ่มของระดับ LDL Cholesterol, Triglyceride และ Lipoprotein (a) เป็นผลให้ผนังเส้นเลือดแดงแข็งตัวและในที่สุดเกิดการอุดตันเส้นเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงหัวใจ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา
- 3) ผลกระทบต่อกล้ามเนื้อและไขมัน พบว่ากล้ามเนื้อทั่วร่างกายเล็กลงหรือลีบลง การกระจายของไขมันมักมารวมอยู่ที่บริเวณท้องและอวัยวะภายในช่องท้อง ทำให้มีลักษณะที่เรียกว่า ลงพุง
- 4) เกิดอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย (Hot Flashes) ซึ่งจะมีความรุนแรงน้อยกว่าในเพศหญิงที่ขาดฮอร์โมน ยังไม่ทราบกลไกการเกิดที่แน่ชัด
- 5) ผลกระทบต่อสมองในการรับรู้สติปัญญาและอารมณ์ (Cognitive Function and Mood) อาจทำให้หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า โกรธง่าย ขาดความสนุกสนาน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

6) ผลกระทบต่อบทบาททางเพศ (Sexual Function) ความต้องการทางเพศและอารมณ์ทางเพศลดลง ความสามารถในการหลั่งน้ำอสุจิลดลง

โรคที่พบบ่อยในชายวัยทอง

1. โรคต่อมลูกหมากโต

สาลักษณ์ สวัสดิ์ศรี (2549: 14-15) อธิบายว่า ต่อมลูกหมากเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของระบบสืบพันธุ์เพศชาย มีขนาดเท่าผลลิ้นจี่อยู่ใต้กระเพาะปัสสาวะและล้อมรอบท่อปัสสาวะส่วนต้นหน้าที่สำคัญคือผลิตของเหลวเป็นตัวหล่อลื่นและนำส่งเชื้ออสุจิในขณะที่มีการหลั่งของน้ำอสุจิออกมา โรคต่อมลูกหมากโตถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่น่าหนักใจของเพศชายโดยทั่วไปผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตจะอยู่ในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป เมื่อโตมากขึ้นต่อมลูกหมากจะค่อยๆ โตขึ้น และชายสูงอายุ 2 ใน 5 คนจะมีอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ อาการดังกล่าวเกิดจากการที่ต่อมลูกหมากซึ่งอยู่ล้อมรอบท่อปัสสาวะมีขนาดโตขึ้นและไปบีบท่อปัสสาวะให้แคบลง โดยปกติอาการดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศ

โรคต่อมลูกหมากโตไม่ใช่โรคมะเร็ง และจะไม่มีทางกลายเป็นมะเร็ง แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีทั้งสองโรคนี้ร่วมกันได้

1. วิธีสังเกตอาการของต่อมลูกหมากโต
2. ลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะกลางดึกมากกว่า 1 ถึง 2 ครั้ง
3. สายปัสสาวะไม่พุ่ง ไหลช้า หรือไหลๆ หยุดๆ
4. เกิดความรู้สึกว่าการขับถ่ายปัสสาวะเป็นเรื่องวุ่นวายในชีวิตประจำวัน
5. ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ จะต้องรีบเข้าห้องน้ำทันทีที่ปวดปัสสาวะ
6. ต้องเบ่งหรือรอนานกว่าจะสามารถปัสสาวะออกมาได้
7. รู้สึกปัสสาวะไม่สุด ทำให้อยากปัสสาวะอยู่เรื่อยๆ
8. ปัสสาวะบ่อย ห่างกันไม่เกิน 2 ชั่วโมง

2. มะเร็งต่อมลูกหมาก

ภายในต่อมลูกหมากจะมีเซลล์ที่สร้างน้ำหล่อเลี้ยงน้ำอสุจิ ที่เรียก “Prostatic Secretion” ซึ่งจะถูกขับออกมาพร้อมๆ กับตัวอสุจิทางท่อปัสสาวะน้ำหล่อเลี้ยงอสุจิจะส่งผ่านออกทางท่อขนาดเล็กๆ จำนวนมาก เพื่อขับออกผ่านท่อขนาดใหญ่ (Main Duct) เซลล์มะเร็งลูกหมากจะสร้างหรือพัฒนาจากต่อมที่สร้างน้ำหล่อเลี้ยงอสุจิตั้งกล่าว

ต่อมลูกหมากจะถูกล้อมรอบด้วยเยื่อภายนอก ที่เรียก “Prostatic Capsule” ซึ่งเป็นเสมือนผนังกันไม่ให้เนื้อมะเร็งกระจายสู่ระบบน้ำเหลืองและหลอดเลือด รวมทั้งอวัยวะใกล้เคียง ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย

ส่วนประกอบอื่นๆ อาทิเช่น ระบบหลอดเลือด และระบบน้ำเหลือง ระบบเส้นประสาท จะอยู่ใกล้หรือติดกับต่อมลูกหมากทางด้านหลัง หรืออยู่ส่วนหน้าต่อกับผนังลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย ซึ่งเป็นคำอธิบายถึงเหตุผลในโอกาสหรือความเป็นไปได้ที่ก้อนข้างสูงที่เนื้อร้ายหรือมะเร็งต่อมลูกหมาก จะกระจายสู่ระบบที่สัมพันธ์กับต่อมลูกหมากดังกล่าว รวมทั้งสามารถ กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกลออกไป เช่น กระดูก ต่อม้ำเหลืองภายในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

ระดับ Androgen และ Metabolites ของมันมีผลต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากยังไม่เป็นที่ยอมรับกัน เพราะระดับ Testosterone มี Diurnal Variation มาก การวัด Exposure ของต่อมลูกหมากต่อ Endogenous Hormones มีบางคนให้ความเห็นว่า มะเร็งต่อมลูกหมากเกิดจากระดับ Androgen ที่ต่ำๆ หรือการลดลงอย่างช้าๆ ของ Androgen ต่อ Estrogen ถึงจุดวิกฤตของการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก

อาหารไขมันมีส่วนสำคัญในการเหนี่ยวนำให้เกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก ปี ค.ศ. 1988 คลินตัน และคนอื่นๆ (Clinton; et al. n.d.) สรุปว่าคนที่ไม่บริโภคอาหารไขมันสามารถลดอัตราการเจริญเติบโตของ Androgen-Dependent Tumors เช่นเดียวกับผลของการศึกษาจาก Memorial Sloan-Kettering Hospital University of Southern California, Los Angeles

สาเหตุอีกประการหนึ่งของการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก คือ การลดลงในการดูดซึมวิตามินเอ การเพิ่มขึ้นของสารเบต้าแคโรทีน ขึ้นอยู่กับจำนวนของวิตามินเอ การดูดซึมวิตามินเอจะช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากได้ ระดับฮอร์โมนเพศชายเสริมในร่างกายจะลดลง ถึงร้อยละ 30 ใน กลุ่มคนมังสวิรัติ หรือพวกบริโภคอาหารไขมันต่ำในชาวจีน ญี่ปุ่นและเอเชียดั้งเดิม เป็นชนบทกรรมนิยมประเพณี ในพฤติกรรมที่ชอบบริโภคอาหารพวกผัก แต่พวกชาวจีนหรือญี่ปุ่นอพยพไปอยู่ในต่างประเทศที่มีวัฒนธรรมตะวันตก (Westernization) จะมีการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่าชนพื้นเมืองเดิม

สารที่พบมากในผักสีเขียวหรือเหลือง คือ วิตามินเอ Rhytoestrogen เช่น พวก Genistein และ Daidzein ฯลฯ ซึ่งพวกสารดังกล่าวจะมีปฏิกริยากับฮอร์โมนเพศชายเสริมในร่างกาย นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ต่อต้านอนุมูลอิสระด้วยขบวนการที่พบอีกอย่างหนึ่งสามารถยับยั้งการสร้างเส้นเลือดและฮอร์โมนการเจริญเติบโตได้

จึงอาจสรุปได้โดยสังเขปว่า การบริโภคอาหารไขมันที่มาจากสัตว์บกร่วมกับการบริโภคอาหารจำพวกผักน้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (สายนธ์ สวัสดิ์ศรี. 2549: 18-21)

3. การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หมายถึง ภาวะที่อวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวได้อย่างเพียงพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ บางคนอาจจะไม่แข็งตัว บางคนอาจจะหลั่งเร็ว บางคนอาจจะมีอาการปวดเวลาหลัง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงที่อวัยวะเพศไม่พอ อุบัติการณ์จะพบมากตามอายุกล่าวคือ พบได้ร้อยละ 5 ในผู้ที่อายุน้อยกว่า 40 ปี สำหรับผู้ที่อายุมากกว่า 40 ถึง

70 ปี จะพบได้ร้อยละ 37.5 ของผู้ที่มีปัญหาโรคนี้สามารถรักษาได้หากพบปัญหาหรือรักษา ผู้ที่มีปัญหานี้ไม่ต้องกังวลเพราะส่วนมากเป็นแค่ชั่วคราว หากเป็นถาวรแสดงว่าอาจจะมีปัญหาทางด้านจิตใจหรือร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงทางเพศสัมพันธ์ คือ การแข็งตัวอาจจะต้องใช้เวลานานขึ้น และไม่แข็งเหมือนตอนหนุ่มๆ นอกจากนั้นอาจจะต้องใช้สิ่งเร้ามากกว่าปกติ เมื่อถึงจุดสุดยอด ก็ไม่เหมือนเก่า น้ำอสุจิก็น้อยกว่าเก่า ภาวะนี้ไม่ได้หมายถึงภาวะที่ความต้องการทางเพศลดลงหรือภาวะมีปัญหาในการหลั่ง

โครงสร้างของอวัยวะเพศของผู้ชายประกอบไปด้วยท่อสามท่อเหมือนฟองน้ำเรียกว่า Corpus Carvenosum สองท่อยิ่งขนานกับท่อปัสสาวะอยู่ด้านบน และ Corpus Spongiosum 1 ท่อวิ่งอยู่ด้านล่าง เมื่ออ่อนตัวความยาวอยู่ประมาณ 8.8 เซนติเมตร เมื่อได้รับการกระตุ้น เลือดจะเข้าท่อ ฟองน้ำทำให้มันสามารถขยายได้มากกว่า 7 เท่า ทำให้อวัยวะเพศใหญ่ขึ้นและแข็งตัวขึ้นและความยาว 12.9 เซนติเมตร ทรายเท่าที่ยังมีการตื่นเต้นทางเพศก็ยังแข็งตัว แต่เมื่อมีการหลั่งเลือดออกจากอวัยวะเพศก็จะทำให้มีการอ่อนตัวตามปกติ

สาเหตุของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศมักจะมีหลายสาเหตุร่วมกัน หากมีหลายสาเหตุก็จะทำให้มีโอกาสเกิดมากขึ้น ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ได้แก่

1. สาเหตุจากอายุพบว่า อายุมากก็พบโรคนี้ได้เพิ่มขึ้น โดยพบว่าผู้ที่มีอายุ 40 ถึง 49, 50 ถึง 59, 60 ถึง 70 ปี จะพบ ED ได้ร้อยละ 20.4, 46.3, 73.4 ตามลำดับ
2. สาเหตุจากสังคมและเศรษฐกิจพบว่าผู้ที่มีรายได้สูง มีความรู้ อาชีพที่ดีจะมีปัญหา ED น้อยกว่าคนที่มียาได้น้อย
3. สาเหตุจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง โรคประจำตัวต้องเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นมานานพอควร เป็นโรคที่มีผลต่อหลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำ กล้ามเนื้อบริเวณอวัยวะเพศสามารถทำให้เกิดโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคหลอดเลือดแดงแข็ง โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ในกลุ่มนี้พบได้ร้อยละ 70 โรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะจะทำให้มีการไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะเพศน้อยลง
4. สาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานมักจะเกิดหลังจากเป็นเบาหวานแล้วประมาณ 10 ปี ซึ่งมีสาเหตุสำคัญ คือ เส้นเลือดแข็ง ระบบประสาทอัตโนมัติ โรคต่อมลูกหมากโต การผ่าตัด และอุบัติเหตุที่มีผลต่อเส้นประสาทที่ไปควบคุมการแข็งตัวขององคชาต เช่น การผ่าตัดในอุ้งเชิงกราน การผ่าตัดต่อมลูกหมาก
5. การได้รับอุบัติเหตุที่อวัยวะเพศ ประสาทไขสันหลัง กระเพาะปัสสาวะ กระดูกเชิงกราน อาจจะทำลายเส้นประสาททำให้เกิดกามตายด้าน รวมถึงการผ่าตัดผ่านทางท่อปัสสาวะด้วย
6. สาเหตุจากยาที่รับประทาน ยาหลายชนิดอาจจะทำให้ความต้องการทางเพศลดลง บางชนิดอาจทำให้กามตายด้าน
7. การสูบบุหรี่ คนที่สูบบุหรี่จะมีการเกิด ED สูงกว่าคนไม่สูบโดยพบได้ร้อยละ 45 คนปกติพบได้ร้อยละ 35 การดื่มสุรา คนที่ดื่มสุราจะมี ED ร้อยละ 54 ซึ่งคนปกติพบได้ร้อยละ 28 การออกกำลังกายผู้ที่ออกกำลังกายจะพบได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย ED ที่เกิดจากจิตใจ

พบได้ประมาณร้อยละ 10 ถึง 20 ของผู้ป่วยโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศ ภาวะดังกล่าวอาจจะเกิดจากความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับงาน ครอบครัว ความกลัว ความล้มเหลวทางเพศสัมพันธ์ หรือถูกตำหนิจากคู่ครองทำให้หมดความมั่นใจ (สายนธ์ สวัสดิ์ศรี. 2549: 40-43)

4. ภาวะกระดูกพรุน

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความว่า ภาวะกระดูกพรุนเป็นการลดลงทั้งปริมาณ และคุณภาพของกระดูก ปริมาณ คือ ความหนาแน่นกระดูกวัดจากค่ามวลกระดูก ถ้าวัดน้อยกว่า -2.5 จากค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยเปรียบเทียบกับวัย 30 ปี ซึ่งมีดัชนีมวลกระดูกหนาแน่นที่สุด ถ้าวัดน้อยกว่านี้ จะวินิจฉัยเป็นกระดูกพรุน ถ้าอยู่ระหว่าง -1 ถึง -2.5 จะอยู่ในภาวะกระดูกบาง

ดังนั้น การมองจากภายนอกไม่สามารถบอกได้ว่ากระดูกบางหรือพรุน นอกจากในรายที่เป็นกระดูกพรุนอย่างรุนแรงอาจจะมีตัวเตี้ยลง หรือหลังโก่งจะพบภาวะกระดูกพรุนในผู้ชาย น้อยกว่าผู้หญิง เพราะธรรมชาติของผู้ชายจะมีกล้ามเนื้อ และระดับฮอร์โมนสูงกว่า กล้ามเนื้อจะดึงระหว่างปลายกระดูกสองข้าง กระตุ้นให้เซลล์กระดูกสร้างกระดูก โดยเซลล์กระดูกจะมีสองชนิด คือ เซลล์ละลายกระดูก และเซลล์สร้างกระดูก ซึ่งถ้าเซลล์ละลายกระดูกทำงานมากขึ้น และเจริญเติบโตได้เร็ว เนื่องจากขาดฮอร์โมน และเซลล์สร้างกระดูกไม่ค่อยทำงาน จะทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนได้

อาการและปัจจัยเสี่ยง ภาวะกระดูกพรุนนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ แต่ในรายที่เป็นมากอาจพบว่าส่วนสูงลดลง 2 ถึง 5 ซม. โดยกระดูกหลังจะทรุดตัว ทำให้ตัวเตี้ยลงกล้ามเนื้อที่ห่อนทำให้หลังค่อมและปวดเมื่อยหลัง

การสูญเสียปริมาณกระดูกมี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายใน ได้แก่ พันธุกรรม อายุ เพศ เชื้อชาติ และปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยในคนเอเชียจะมีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าคนยุโรปเนื่องจากกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม เช่น แสงอาทิตย์น้อยในแถบหนาว

ปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ ที่สำคัญที่สุดคือ การใช้ชีวิต (Life Style) ที่ไม่เหมาะสม

นอกจากนี้ยังเกิดจากการรับประทานยาบางชนิด เช่น สเตียรอยด์ ทำให้มีการละลายกระดูกมากขึ้นจึงมีการเสี่ยงสูง โดยเฉพาะคนไข้ที่เป็นโรครูมาตอยด์หรือข้อเสื่อม เพราะต้องรับประทานยาที่กระตุ้นการละลายของกระดูกเป็นเวลานาน ในคนไข้มะเร็งที่มีการฉายแสงหรือให้ยาเคมีบำบัดสารต่างๆ นี้จะไปทำลายการสร้างกระดูก ดังนั้น ถ้าอายุต่ำกว่า 50 ปี แนะนำการวิ่งช้าๆ การออกกำลังกายแบบลงน้ำหนัก คือ การใช้น้ำหนักตัวขณะออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว แกว่งแขนสูงในระดับหน้าอก ใช้เวลาราว 30 ถึง 50 นาที จะช่วยให้เซลล์กระดูกทำงานน้อยลง การสูญเสียกระดูกจะน้อยลงตามไปด้วย และยังช่วยให้กล้ามเนื้อบริเวณแขน ขา หัวไหล่ ลำตัว หลัง แข็งแรง ช่วยในการทรงตัว ป้องกันการหกล้มได้เป็นอย่างดี ในคนที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุ ไม่แนะนำให้วิ่ง เพราะจะทำให้ข้อเข่าและข้อเท้าสึก ควรเปลี่ยนเป็นการรำไท่เก๊กแทน จะทำให้สมดุลทางร่างกายดี และช่วยลดความเสี่ยงในภาวะกระดูกพรุนได้ โดยสรุปการออกกำลังกายในผู้สูงอายุจะต้องมีหลักดังนี้ “ถูกต้อง เหมาะสม สม่ำเสมอ ไม่มีข้อห้าม” (สายนธ์ สวัสดิ์ศรี. 2549: 93-96)

5. โรคอ้วน

ภาวะอ้วนคือ ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันอยู่ตามเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย มากกว่าที่ควรซึ่งเหตุก็คือการรับประทานสารอาหารที่ให้พลังงานเข้าไปมากกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้จริง ภาวะอ้วนนี้มักทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมามากมาย และแต่ละโรคก็อันตรายร้ายแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ทั้งสิ้น จึงเรียกภาวะอ้วนว่าเป็นโรคอ้วนดังกล่าวแล้วว่าชายในวัยทองมักใช้พลังงานน้อยลงกว่าในวัยฉกรรจ์ แต่อาจรับประทานอาหารมากเท่าเดิม หรือมากกว่าจะทำให้รับประทานพลังงานมากกว่าที่ร่างกายใช้ไป ซึ่งจะทำให้อ้วน

จากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขพบว่า กลุ่มอายุที่มีอัตราความชุกของโรคอ้วนสูงที่สุดในประชากรไทย ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี พบว่าเป็นโรคอ้วนถึงร้อยละ 40.2 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 35.0 จะเห็นว่าชายวัยทองจัดเป็นกลุ่มอายุที่มีความชุกของการเกิดโรคอ้วนสูงสุดในประเทศ

แพทย์มักใช้ดัชนีมวลร่างกาย (Body Mass Index, BMI) เป็นตัวประเมินภาวะอ้วนในผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถคำนวณได้โดยสมการ $BMI = \text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม} / \text{ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง}$ เช่น สูง 170 เซนติเมตร น้ำหนัก 70 กิโลกรัม จะได้ $BMI = 70 / (1.7)^2 = 24.22 \text{ กก./ม.}^2$ ค่า BMI ที่เหมาะสมปัจจุบันนี้ยอมรับไม่ควรเกิน 24.9 กก./ม.² ถ้าเกินกว่านี้จะเรียกว่าน้ำหนักเกิน หากเกิน 29.9 กก./ม.² จะถือว่าอ้วน (ตาราง 1)

การรักษาโรคอ้วนที่ถูกต้องคือ การควบคุมพลังงานที่รับประทาน (ในรูปอาหาร) ให้สมดุลกับพลังงานที่ร่างกายใช้ไป พูดอีกอย่างหนึ่งคือ รับประทานให้น้อยแต่พอดี และออกกำลังกายหรือทำงานที่ใช้พลังงานให้มากขึ้น และหากมีโรคอันเกิดจากโรคอ้วนเช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กระดูกและข้อเสื่อม ฯลฯ ก็ต้องรักษาไปด้วย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมักต้องรับประทานยาหลายประเภทอยู่แล้ว

ตาราง 1 แสดงน้ำหนักตัวที่เหมาะสมสำหรับความสูง (คำนวณจาก BMI)

ความสูง (เซนติเมตร)	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	ความสูง (เซนติเมตร)	น้ำหนัก (กิโลกรัม)
145	38.9-52.5	166	51.0-68.9
146	39.4-53.3	167	51.6-69.7
147	40.0-54.0	168	52.2-70.5
148	40.5-54.7	169	52.8-71.4
149	41.0-55.5	170	53.4-72.2
150	41.6-56.2	171	54.1-73.1
151	42.2-57.0	172	54.7-73.9
152	42.7-57.7	173	55.3-74.8
153	43.3-58.5	174	56.0-75.7
154	43.9-59.3	175	56.5-76.5
155	44.4-60.0	176	57.3-77.4
156	45.0-60.8	177	58.0-78.3
157	45.6-61.6	178	58.6-79.2
158	46.2-62.4	179	59.3-80.0
159	46.8-63.2	180	59.9-81.0
160	47.3-64.0	181	60.0-81.9
161	47.9-64.8	182	61.3-82.8
162	48.5-65.6	183	61.9-83.7
163	49.1-66.4	184	62.7-84.6
164	49.7-67.2	185	63.3-85.5
165	50.3-68.0		

ที่มา: สายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคนอื่นๆ. (2545). *คลินิกชายวัยทอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. หน้า 356-357.

6. โรคขาดสารอาหาร

ในอีกด้านหนึ่งของชายวัยทองที่อายุมากขึ้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายอย่าง ความอยากอาหารลดลง การเคลื่อนไหวไม่สะดวกเพราะความเสื่อมของระบบกระดูกและข้อ ร่วมกับการมีโรคประจำตัวหลายอย่าง ปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันทำให้เกิดการรับประทานอาหารที่น้อย จนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและเกิดโรคขาดสารอาหารขึ้นได้

สาเหตุของการขาดสารอาหารในชายวัยทอง

1. การรับประทานอาหารได้ไม่พอ
2. การอยู่คนเดียว
3. โรคซึมเศร้า

4. ขาดความรู้ทางโภชนาการ
5. ปัญหาทางเศรษฐกิจ
6. โรคทางระบบทางเดินหายใจ
7. โรคที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย
8. เบื่ออาหารเพราะเจ็บป่วย
9. เบื่ออาหารเพราะยาที่ใช้
10. แพทย์ห้ามรับประทานอาหาร
11. พ้นและเหงือกเสีย
12. ความเสื่อมของขนประสาท
13. การดูดซึม และการใช้สารอาหารที่ผิดปกติ
14. กรดในกระเพาะอาหารลดลง
15. ปฏิกริยาระหว่างอาหารและยา
16. โรคทางเดินระบบทางเดินหายใจ
17. ติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง
18. การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเจ็บป่วย
19. ความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น
20. ไข้
21. ปฏิกริยาอักเสบอย่างแรง
22. การบาดเจ็บ
23. การผ่าตัด
24. แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก
25. การขับถ่ายสารอาหารเพิ่มขึ้น
26. ยา
27. ความเจ็บป่วย

โรคขาดสารอาหารนี้ มีทั้งที่เป็นโรคขาดพลังงาน ขาดโปรตีน และขาดวิตามินและเกลือแร่ก็ได้ ในปัจจุบันการขาดพลังงานและโปรตีนอย่างรุนแรงไม่ค่อยพบแล้ว แต่การขาดวิตามินและเกลือแร่บางอย่างยังพบอยู่เสมอ โดยเฉพาะกลุ่มชายวัยทองที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เช่น มังสะวิรัต วิตามินและเกลือแร่ ที่สำคัญพบว่าปัญหาการขาดอยู่บ่อยๆ ได้แก่ เหล็ก สังกะสี ซีลีเนียม วิตามินซี และกลุ่มวิตามินบี ส่วนแคลเซียมมักเป็นปัญหาในหญิงวัยทองมากกว่า

แพทย์ควรป้องกันภาวะการขาดสารอาหาร โดยการติดตามน้ำหนัก และตรวจร่างกายเพื่อดูภาวะการขาดสารอาหาร เช่น อาการซีด และในรายที่คาดว่าจะมีการรับประทานที่ไม่ดี หรืออาจเกิดภาวะการขาดสารอาหารได้ง่ายควรแนะนำให้วิตามิน หรือเกลือแร่เสริมเป็นประจำด้วย (สายัณห์ สวัสดิ์ศรี; และคนอื่นๆ. 2545: 357-358)

7. โรคความเสื่อมอันเกี่ยวเนื่องกับโภชนาการ

โรคความเสื่อมอันเกี่ยวเนื่องกับโภชนาการ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน เป็นต้น โรคเหล่านี้มักมีสาเหตุจากการมีโภชนาการที่ไม่ดีมาแต่ครั้งวัยทารก จนก่อให้เกิดความเสื่อมต่ออวัยวะเร็วขึ้น หรือมากกว่าปกติ อีกทั้งการรักษาโรคเหล่านี้มักต้องใช้การรักษาทางโภชนาการควบคู่ไปกับยาด้วย

7.1 โรคหัวใจ

หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดโลหิตที่มีออกซิเจนและสารอาหารไปหล่อเลี้ยงอวัยวะทั่วร่างกาย คำว่าโรคหัวใจที่เรียกติดปากกันสั้นๆ มาจากชื่อเต็มว่าโรคหลอดเลือด เกิดจากหลอดเลือดหัวใจ ตีบเพราะไขมันสะสมเกาะตัวเป็นคราบอยู่ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้น้อยลงและขาดออกซิเจน ซึ่งถ้าเป็นชนิด Heart Attack อันเกิดจากลิ่มเลือดไปกีดขวางหลอดเลือดจนอุดตัน หรือไขมันทำให้เกิดรอยปริแตกที่ผนังในเส้นเลือดจนเกิดภาวะรุนแรงซึ่งผู้ป่วยอาจช็อก และหัวใจวายได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนไม่ได้เลยจนเกิดความเสียหายถาวร

อาการโรคหัวใจอีกแบบอาจเกิดจากการที่หัวใจขาดเลือดหล่อเลี้ยงชั่วขณะจนทำให้เจ็บหัวใจเหมือนถูกบีบแรงๆ ที่ใต้กระดูกหน้าอกแผ่ไป เกิดอาการเจ็บหน้าอกตรงบริเวณเยื้องไปทางซ้ายมือ หลายคนอาจปวดลามไปที่แขน แขนไปจนถึงข้อศอกหรือข้อมือ บางคนรู้สึกเจ็บคอ หอยหรือขากรรไกรล่างแต่จะไม่เจ็บบริเวณหนึ่งโดยเฉพาะ อาจเกิดจากความเครียด หรือจากการออกกำลังกายซึ่งร่างกายต้องการเลือดและออกซิเจนมากขึ้น

เมื่อหลอดเลือดตีบเช่นนี้จึงทำให้หัวใจมีเลือดมาเลี้ยงไม่พอ กล้ามเนื้อหัวใจก็ขาดออกซิเจน ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้นมาและจะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้พักและหายเครียด การเจ็บหน้าอกแบบนี้เกิดชั่วคราวและไม่มียาผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งต่างจากอาการ Heart Attack ที่กล่าวมาในตอนแรก

นอกจากนี้โรคหัวใจยังมีสาเหตุมาจากระดับคอเลสเตอรอล (ซึ่งเป็นชื่อฝรั่ง ที่เอ่ยกันติดปากว่าชื่อภาษาไทย คือไขมันในเส้น) สูง เนื่องจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวมากเกินไป เช่น เนย เนื้อมัน และจากการมีน้ำหนักอ้วนเกินปกติ การสูบบุหรี่ ดื่มสุราจัด หรือจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน การไม่ได้ออกกำลังกายอย่างพอเพียง หรือการเป็นผู้สูงอายุ เหล่านี้จัดเป็นความเสี่ยงในการในการเป็นโรคหัวใจได้ทั้งสิ้น โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากอาหารที่บริโภคจัดเป็นตัวอย่างสำคัญ ทำให้หลอดเลือดเสื่อมเกิดจากการแข็งตัวขึ้นมาอย่างช้าๆ อาหารยังทำให้เกิดลิ่มเลือดที่แข็งตัวเหล่านั้น จัดเป็นขบวนการเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและทำให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงไปอันเป็นสาเหตุให้หัวใจวายเกิดอาการเต้นบริเวณหน้าอก และกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง

7.2 โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิต หมายถึงแรงดันจากการที่หัวใจสูบฉีด เลือดไปตามหลอดเลือดแดงในร่างกาย ความดันโลหิตที่พุดกันติดปากสั้นๆ ว่า “ความดัน” ปกติของคนเราคือ 120/80 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงตามสิ่งกระตุ้น เช่น การเคลื่อนไหว ความเครียด ความเจ็บ หรือการออกกำลังกาย

คนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มักเรียกกันติดปากว่าโรคความดันมักเรียกกันติดปากว่าโรคความดัน การควบคุมความดันไม่เกิน 130/85 โรคความดันโลหิตสูงมักจัดเป็นภัยเงียบที่มาแรงในหมู่ผู้สูงอายุที่มักเกิดควบคู่ไปกับโรคอื่นๆ เสมอไม่มีพลาด และเป็นปัจจัยเสี่ยงประการหนึ่งทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ด้วย

โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงตีบลงเพราะกล้ามเนื้อที่ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น โลหิตไหลเวียนได้ยากมากขึ้นและหัวใจต้องทำงานหนักในการส่งแรงดันให้โลหิตไปเลี้ยงร่างกายพอเพียง ทำให้ผนังหลอดเลือดขรุขระและไขมันมาเกาะเร็วขึ้นจนหลอดเลือดตีบ

ความดันโลหิตสูงจะส่งผลต่อการทำงานของไต หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดตาหรือแขนขา โดยไม่แสดงความผิดปกติออกมาจนจนกว่าจะเกิดผลเสียต่ออวัยวะนั้นไปแล้ว จึงต้องมีการวัดการทำงานของอวัยวะเหล่านี้เสมอเพื่อเฝ้าระวังได้ทัน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้แต่แรก โดยเฉพาะภาวะไตเสื่อม ไตวาย รวมทั้ง ความเสี่ยงในการเป็นอัมพาตครึ่งซีก เพราะหลอดเลือดแดงในสมองตีบตันมีโอกาสแตกได้ง่าย

7.3 โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดเมื่อร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินไปอันมักแทรกมากับโรคอื่นๆ ในวัยสูงอายุ ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพก็จะควบคุมน้ำตาลกลูโคสซึ่งเป็นแหล่งพลังงานสำคัญในกระแสโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้

โรคเบาหวานเกิดจากตับอ่อนซึ่งมีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลินเพื่อควบคุมการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เกิดทำงานบกพร่องหรือหลังอินซูลินออกมาน้อยเกินไป ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเพราะร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์ จึงขับส่วนเกินออกมาทางปัสสาวะ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีอาการปัสสาวะบ่อย น้ำหนักตัวลด กระจายน้ำตาลอ่อนเพลีย ตามัวหรือตาพร่า เป็นโรคที่ติดเชื้อง่าย บางคนอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เรียกว่าไฮโปไกลซีเมีย ซึ่งมีอาการเหงื่อออก เวียนศีรษะ ซึ่พจรเต้นเร็ว หิว ตัวชา หน้าซีด ให้แก้ไขโดยรีบกินของหวานๆ เช่น น้ำหวาน ลูกอม ซึ่งควรติดตัวไว้เสมอ ถ้าอาการเบาหวานกำเริบหนักอาจหมดสติหรือชักได้

7.4 โรคถุงลมโป่งพอง

ถุงลมอยู่ที่ปลายสุดของทางเดินหายใจ อากาศที่หายใจจะผ่านหลอดลมไปถึงลมและแลกเปลี่ยนออกซิเจนกับเลือดพร้อมกับรับคาร์บอนไดออกไซด์มาปล่อยขนะหายใจออก

ถุงลมโป่งพองเป็นโรคปอดเรื้อรังซึ่งมักเกิดกับผู้ที่สูบบุหรี่โดยเกิดจากการติดเชื่อในทางเดินหายใจ หลายครั้ง ตัวผนังกันถุงลมจะถูกทำลาย ทำให้ถุงลมในปอดขยายพองขึ้นอย่างถาวร เนื้อเยื่อไม่มีความยืดหยุ่นเพราะผนังกันถูกทำลาย เวลาหายใจออกหลอดลมแฟบเข้าจนเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ อากาศไม่สามารถผ่านเข้าออกได้

เมื่อเป็นดังนี้ผู้ป่วยจะมีอาการป่วยหอบ หายใจลำบากขึ้นและหัวใจทำงานหนัก ปอดจะพองขึ้นเป็นการถาวร อาการจะเป็นมากขึ้น ตามการถูกทำลายของถุงลม ยิ่งเร่งหายใจมากเพื่อให้ร่างกายรับออกซิเจนพอหัวใจก็ต้องทำงานหนักด้วย ผู้ป่วยจะอ่อนแรงมากขึ้นและหายใจลำบากจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ และถุงลมที่ถูกทำลายจะไม่มีการสร้างทดแทนได้และไม่มีทางรักษาให้ปรกติ มีแต่จะทรุดหนักลง (โสภภาพรรณ รัตนัย. 2548: 53-68)

8. ปฏิบัติการระหว่างอาหารกับยาที่ใช้

ผู้สูงอายุรวมถึงชายวัยทองมักต้องรับประทานยาหลายประเภท ยาเป็นสารเคมีซึ่งจะมีผลต่อการจัดการอาหารของร่างกายได้ ในทางตรงกันข้ามอาหารก็อาจมีผลต่อการจัดการยาได้เหมือนกัน

8.1 ผลของยาที่มีต่อสารอาหาร

ยาอาจมีผลกระทบต่อความอยากอาหาร ยาบางชนิดทำให้การเคลื่อนไหวของระบบทางเดินหายใจผิดปกติ ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก หรือท้องเสียได้ อาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นอาการที่พบว่าเป็นผลข้างเคียงของยาหลายชนิด ยาระบายบางประเภทอาจทำให้การย่อยและดูดซึมสารอาหารลดลงได้เมื่อใช้เป็นประจำ

การให้วิตามินหรือเกลือแร่หรือสารอาหารเสริมโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ มักจะทำให้เกิดอาการเป็นพิษเนื่องจากได้รับสารอาหารเกิน อาจส่งผลเสียต่ออวัยวะสำคัญ เช่น ตับ ไต หรือกระดูกได้ และอาจมีผลต่อการดูดซึมสารอาหารที่ได้รับจากการรับประทานอาหารตามปกติ แพทย์พึงพิจารณาปัญหาเหล่านี้ประกอบเมื่อสั่งการรักษาทางยาด้วย

8.2 ผลของอาหารที่มีต่อยา

ยามีผลต่อการดูดซึม การเผาผลาญ และการขับถ่ายยาเสมอ ตัวอย่างที่เห็นง่าย ๆ คือการรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารอาจให้ผลการรักษาไม่เท่ากัน ยาที่ก่อนอาหารต้องรับประทานตอนท้องว่าง คือก่อนอาหารประมาณ 30-60 นาที ส่วนยาหลังอาหารบางชนิดต้องรับประทานพร้อมหรือหลังมื้ออาหารทันทีเพื่อลดผลข้างเคียงของยา (สายัณห์ สวัสดิ์ศรี; และคนอื่น ๆ. 2545: 358-359)

จากการทบทวนความรู้เกี่ยวกับชายวัยทอง อาจกล่าวได้ว่า ภาวะวัยทองในเพศชาย เกิดจากภาวะการลดลงของระดับฮอร์โมนเพศชาย โดยจะทำให้เกิดผลกระทบคือ ภาวะกระดูกพรุน การเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อลีบเล็กแต่เกิดภาวะลงพุง มีอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย กระบวนการรับรู้ของสมอง และกระทบต่อบทบาททางเพศ ซึ่งล้วนเป็นภาวะที่แสดงความเสื่อมของร่างกายทั้งสิ้น โดยความเสื่อมเหล่านี้ได้ก่อปัญหาหรือโรคให้กับชายวัยทองหลายประการ คือ

โรคต่อมลูกหมากโต ซึ่งจะทำให้มีอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ซึ่งเกิดจากการที่ต่อมลูกหมากซึ่งอยู่ล้อมรอบท่อปัสสาวะมีขนาดโตขึ้นและไปบีบท่อปัสสาวะให้แคบลง

มะเร็งต่อมลูกหมาก เซลล์มะเร็งลูกหมากจะสร้างหรือพัฒนาจากต่อมที่สร้างน้ำหล่อเลี้ยงอสุจิ โดยการบริโภคอาหารประเภทไขมันจากสัตว์ร่วมกันกับการบริโภคอาหารจำพวกผักน้อยก็เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยเช่นกัน

การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นภาวะที่อวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวได้อย่างเพียงพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมักจะมีหลายสาเหตุร่วมกัน คือ อายุที่มากขึ้น การสูบบุหรี่ การรับประทานยาบางชนิดซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้เกิดกามตายด้าน และโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่มีผลต่อหลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำ กล้ามเนื้อบริเวณอวัยวะเพศ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคหลอดเลือดแดงแข็ง เป็นต้น

โรคกระดูกพรุน โดยการสูญเสียปริมาณกระดูกมี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายใน ได้แก่ พันธุกรรม อายุ เพศ เชื้อชาติ และปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยในคนเอเชียจะมีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าคนยุโรปเนื่องจากการมีกระดูกและสิ่งแวดล้อม เช่น แสงอาทิตย์น้อยในแถบหนาว ส่วนปัจจัยภายนอกที่สำคัญที่สุดคือ การใช้ชีวิต (Life Style) ที่ไม่เหมาะสม การรับประทานยาที่มีสารสเตอรอยด์

โรคอ้วน สาเหตุคือการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเข้าไปมากกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้จริง ทำให้มีไขมันส่วนเกินสะสมในร่างกาย

โรคขาดสารอาหาร เพราะอายุมากขึ้นความอยากอาหารลดลง ร่วมกับการมีโรคประจำตัวหลายอย่าง ทำให้เกิดการรับประทานอาหารที่น้อย จนไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและเกิดโรคขาดสารอาหารขึ้น

โรคความเสื่อมอันเกี่ยวเนื่องกับโภชนาการ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน เป็นต้น ซึ่งมักมีสาเหตุจากการมีโภชนาการที่ไม่ดีมาแต่ครั้งวัยทารก

ปฏิภณระหว่างอาหารกับยาที่ใช้ ยาบางชนิดที่ชายวัยทองต้องรับประทาน มีผลกระทบต่อความอยากอาหาร ทำให้การย่อยและดูดซึมสารอาหารลดลง

ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจไทย

การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปีของข้าราชการตำรวจเป็นหนึ่งใน 28 โครงการของแผนพัฒนาตำรวจและครอบครัว ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เพื่อจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นของสุขภาพตำรวจแต่ละนาย ซึ่งเมื่อพบความผิดปกติ เช่น มีความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และอ้วนจะนำไปสู่การแก้ไขหรือรับการตรวจรักษาที่ถูกต้องจากแพทย์ของ โรงพยาบาลตำรวจในส่วนกลาง กับคลินิกตำรวจหรือแพทย์ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ใกล้เคียง เพื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจที่มีความผิดปกติจะได้แก้ไขและพัฒนาตัวเองให้มีสมรรถภาพร่างกายดีขึ้น พร้อมจะปฏิบัติหน้าที่ราชการอย่างเต็มความสามารถ

เนื่องจากผลการตรวจสอบภาพข้าราชการตำรวจและลูกจ้างทั่วประเทศระหว่างปีพ.ศ. 2549-2550 จำนวนทั้งสิ้น 108,763 นาย พบว่า มีผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ จำนวน 79,898 นาย หรือร้อยละ 73.15 โดยพบว่าโรคที่ตรวจพบความผิดปกติ 10 อันดับแรก ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 32.80 น้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 10.78 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.64 โรคอ้วน ร้อยละ 5.21 เบาหวาน ร้อยละ 4.93 น้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ 4.81 กรดยูริกในเลือดสูงร้อยละ 3.24 โลหิตจางร้อยละ 2.43 ไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือดสูง ร้อยละ 1.18 การทำงานตับผิดปกติ ร้อยละ 1.16 ทั้งนี้จากการสรุปภาวะของโรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องและมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วยการสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ซึ่งสามารถป้องกันได้และควรได้รับการดูแลรักษาเมื่อตรวจพบโรค เพื่อคุณภาพที่ดีและประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของข้าราชการ ตำรวจและลูกจ้างประจำ คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพข้าราชการตำรวจ จึงได้ประชุมหารือได้ข้อสรุปและดำเนินโครงการ 3 โครงการในเบื้องต้น โดยถือเป็นวาระเร่งด่วน คือ

1. ตำรวจไร้พุง โรคอ้วนลงพุงจำนวนกว่า 70% เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนไทย การทำโครงการตำรวจไร้พุง ถือเป็นเรื่องใหม่ที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยให้มีการตรวจร่างกายของเจ้าหน้าที่ตำรวจที่มีภาวะอ้วนลงพุง เพื่อวิเคราะห์สมรรถภาพร่างกายวัดความสมบูรณ์แข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทำงานของกระดูกไขข้อ ปริมาณไขมันในเลือดและอื่นๆ พร้อมทั้งให้ความรู้และส่งเสริมเรื่องพฤติกรรมกรรมการกิน เช่น ไม่กินอาหารที่มีไขมันจนเกินไป งดบุหรี่ เหล้าเบียร์ เป็นต้นและการออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง เล่นกีฬา เล่นฟิตเนส จากนั้นจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลคอยติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์ พร้อมกับมีการมอบประกาศเชิดชูเกียรติผู้ชนะตนเอง เป็นคนไทยไร้พุง แก่ตำรวจผู้ที่สามารถลดรอบเอวได้

2. โรงพักปลอดบุหรี่ วัตถุประสงค์ของโครงการ คือ เพื่อจัดสภาพแวดล้อมให้โรงพักเป็นเขตปลอดบุหรี่ ตามที่กฎหมายกำหนด รมณรงค์ให้ข้าราชการตำรวจตระหนักถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ และการได้รับควันบุหรี่มือสองจากผู้มาติดต่อราชการที่โรงพัก และรณรงค์ให้สถานีดำรวจเป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยดำเนินการติดป้ายข้อความ สติกเกอร์และดำเนินการจัดสถานที่เฉพาะสำหรับผู้สูบบุหรี่ และช่วยเหลือตำรวจที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่โดยให้แต่ละกองบังคับการหารายชื่อมาลดละเลิกบุหรี่ และติดตามประเมินผลการดำเนินการเป็นระยะๆ โดยเริ่มต้นจัดอบรมนายตำรวจสัญญาบัตร 88 สถานีและจากสถาบันพัฒนาข้าราชการตำรวจ จำนวน 1,300 นายต่อปี เพื่อให้ความรู้เรื่องการจัดการให้สถานีดำรวจเป็นเขตปลอดบุหรี่ พิษภัยของบุหรี่และวิธีเลิก โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 หากโครงการดังกล่าวได้เริ่มเป็นรูปธรรมเชื่อว่าโรงพักในเขตกรุงเทพมหานครอย่างน้อย 70% ประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ 80% ประกาศนโยบายเป็นสถานีดำรวจปลอดบุหรี่ นอกจากนี้จะมีการขยายโครงการไปยังโรงพักอื่นๆ ทั่วประเทศอีกด้วย

3. ตำรวจจรรยาบรรณใสสะอาด (สูบบุหรี่-ดื่มสุรา ตำรวจไทยขี้อโรค. 2551: Online) นอกจากโครงการดังกล่าวข้างต้นซึ่งเป็นโครงการส่วนกลางคือ คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพข้าราชการตำรวจ ยังมีโครงการอื่นๆ อีก ที่เป็นโครงการเฉพาะของแต่ละหน่วยงานเช่น

4. โครงการตำรวจไทยร่วมหัวเราะ เพาะสุขภาพให้แก่ชีวิต ซึ่งเป็นโครงการของ กองบัญชาการตำรวจนครบาล ที่นำตำรวจจราจรในสังกัดมาเข้าโครงการเพื่อสร้างอารมณ์ขัน รู้จัก หัวเราะพิชิตอารมณ์เครียด เพราะปัจจุบันตำรวจไทยโดยเฉพาะตำรวจจราจรในพื้นที่กรุงเทพฯ ที่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ได้รับพิษภัยจากมลภาวะทางเสียงและทางอากาศ ตั้งแต่เปลวแดดที่แผดร้อน ตากฝน ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จากท่อไอเสียรถยนต์ ก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น หูหนวก โรคปอด ไมเกรน จนถึงมะเร็ง ตำรวจที่ผ่านการอบรมแล้วกว่าครึ่งบอกว่ารู้สึกได้ถึง การเปลี่ยนแปลงในทางดี คือ อารมณ์ดีขึ้น ไม่เครียด สบายเนื้อสบายตัว การอบรมนี้มีนายวัลลภ ปิยะมโนธรรม ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการหัวเราะบำบัด มาสอนวิธีหัวเราะอย่างถูกต้อง เพื่อผ่านคลายความเครียด บำบัดโรคและล้าง พิษในร่างกาย (ส่องตำรวจ. 2550: Online)

5. กิจกรรมปฏิบัติการ ตำรวจไทย สุขภาพดีมีสุข จัดโดยสถานีตำรวจนครบาลทองหล่อ โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโครงสร้างร่างกายและกระดูกสันหลัง จากสถาบันดีสปายน์ ไคโรแพรคติก มาตรวจรักษาเจ้าหน้าที่ตำรวจที่มีอาการปวดหลัง และโรคเครียด ซึ่งเป็นการรักษา แนวใหม่โดยไม่ใช้ยา คือ ใช้มือจัดการกับปัญหาโครงสร้างกระดูกสันหลัง ที่ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังได้จัดทีมนักกายภาพบำบัดมาสอนเทคนิคการออกกำลังกาย ลดความเครียด บริหาร อารมณ์ขัน สร้างสมาธิ และเพิ่มความอดทนต่อคำร้องเรียนและคำวิจารณ์ต่างๆ ของประชาชน (สถานี ตำรวจนครบาลทองหล่อ. 2551: Online)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

สปีค และคนอื่นๆ (Speak; et al. 1989: 93-100) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง แนวคิดหรือความคิดของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อันเป็นการประเมินตนเองทั้งหมดทั้งมวลที่ เกี่ยวข้องกับร่างกาย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพในอดีต และปัจจัยอื่น ที่มีผลต่อการรับรู้ส่วนบุคคล เช่น สภาพร่างกาย ความเชื่อ การแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นผลสะท้อนของการประเมินตนเองทั้งหมดทั้งมวลที่ เกี่ยวข้องกับร่างกายที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดและความคิดเห็นส่วนบุคคล

เพนเดอร์ (Pender. 1987: 64) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นส่วนของการสังเกต สถานภาพของสุขภาพ เป็นความคิดเห็นและความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพและประเมิน ระดับภาวะสุขภาพของพวกเขาที่มีผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมความรับผิดชอบและเอาใจใส่ในการดูแล ตนเอง

โอเร็ม (Orem. 1991: 151-153) กล่าวว่า ผลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยในมิติของความสามารถและพื้นฐานของลักษณะส่วนบุคคลที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีผลกระทบทำให้เกิดแนวทางที่บุคคลคิดและเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต และนำบุคคลไปสู่ความกังวลหรือหวั่นไหวในทุกสิ่งที่เขาสังเกตเห็น

ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ จึงหมายถึง กระบวนการทางด้านความคิด และความเข้าใจของบุคคลที่แปลความหมายหรือประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งในด้านภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยตามสภาพของร่างกายที่ดำเนินไป

สำหรับการศึกษานี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิด และความเข้าใจของชาวยุทธ์ที่แปลความหมายหรือประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งในด้านภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยตามสภาพของร่างกายที่ดำเนินไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ

1. ระดับขั้นพัฒนาการของบุคคล การที่บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของตนเองได้นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับอายุ
2. อิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม วัฒนธรรมแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแตกต่างกัน และมีการถ่ายทอดจากบิดามารดาไปสู่ลูกหลานด้วย
3. ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต ความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์การเจ็บป่วยจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจภาวะสุขภาพได้ดีขึ้น
4. ความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อตนเอง บุคคลที่มีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของตนเองสูงอยู่เสมอ เมื่อมีสิ่งใดมากระทบต่อการทำหน้าที่ของตนเองแม้เพียงเล็กน้อย เขาก็จะมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับตน (กมลวรรณ ชังศิริ. 2548: 58; อ้างอิงจาก Kozier; & Erb. 1988: 75-76)

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

บุรุษ และคนอื่นๆ (วณิตา กองแก้ว. 2549: 35; อ้างอิงจาก Brook; et al. 1979) ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศอเมริกา ได้เสนอเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพโดยทั่วไปและได้พัฒนาเป็นแบบวัดตัวการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Preception) มีประเด็นการวัด 6 ด้านคือ

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health) เป็นการประเมินความรู้สึก ความเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน เช่น ความเจ็บป่วยรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยใดๆ ประสบการณ์การเหล่านี้ย่อมทำให้บุคคลรับรู้ประมวลผลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพปัจจุบัน การรับรู้ในอดีตอาจทำให้การรับรู้ปัจจุบันบิดเบือนจากความเป็นจริงได้ เพราะความประทับใจที่เกิดขึ้นในครั้งแรกในกระบวนการรับรู้ของบุคคลมีความคงทนมาก และการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกันด้วย

2. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพปัจจุบัน (Current Health) ก่อนที่บุคคลแต่ละคนจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามที่จริง และครบถ้วนวันละครั้ง หรือบ่อยกว่าก็ได้ ด้วยความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี หรือเจ็บป่วย การประเมินของแต่ละบุคคลเป็นไปตามความหมายของ “สุขภาพ” ตามที่เขาคิด การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมก็ได้ ถ้าภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อสุขภาพของเขาน้อย เช่น กรณีที่อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้รับในปัจจุบันอาจขัดกันกับความประทับใจในอดีตมาก การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ก็สามารถเกิดขึ้นได้เหมือนกัน การรับรู้จะทำให้บุคคลนั้นเล่ารายละเอียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น อาการปวดที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต (Health Outlook) เมื่อบุคคลเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยของเขาจะส่งผลต่อการทำงานหรือความพิการของร่างกาย บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเองซึ่งทำให้มีความหวังหรือหมดหวังได้ ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตของตนเองโดยมีความหวังจะทำให้บุคคลนั้นมีกำลังใจ มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีความหวังน้อยหรือหมดหวัง บุคคลจะรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตในทางลบ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคตนี้ได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันด้วย

4. ความห่วงกังวลและตระหนักในภาวะสุขภาพ (Health Worry and Concern) เป็นความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเองบุคคล มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่จะควบคุมโรคและป้องกันความพิการจากโรคได้

5. การรับรู้ถึงความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย (Resistance or Susceptibility to illness) การที่บุคคลได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองโดยรับรู้ถึงจุดอ่อนเกี่ยวกับสุขภาพตน เช่น รู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ เจ็บป่วยง่าย หรือมีความต้านทานต่อโรคดี แตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือประสบการณ์ที่ได้รับ

6. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (Sickness Orientation) การที่บุคคลจะเข้าใจและสามารถบอกถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความรู้หรือประสบการณ์จากการเจ็บป่วยนั้น เช่น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ ผลการรักษาหรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง นอกจากนั้นบุคคลที่เจ็บป่วยต้องยอมรับว่าขณะนี้ตนเองเจ็บป่วย และต้องการการดูแลตนเอง

สรุปได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพหมายถึง เป็นการที่บุคคลตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในสภาพไหน โดยที่บุคคลจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้มากน้อยแค่ไหนก็ขึ้นอยู่กับอายุ สภาพสังคมและวัฒนธรรมที่ผู้นั้นอาศัยอยู่ ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต และความคาดหวังที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น โดยวิธีการที่จะทำให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี ชัดเจน หรือเชิงประจักษ์ก็คือ การประเมินภาวะสุขภาพ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

บุคคลที่จะมีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง มักเป็นบุคคลที่รู้จักการรักษาสุขภาพอนามัยของตน โดยการปฏิบัติตนด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัยควบคุมตนทั้งทางด้านการกิน การนอนหลับพักผ่อน การป้องกันโรคติดต่อ และการเกิดโรคพฤติกรรมเหล่านี้เรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หรือพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นศัพท์เทคนิคทางวิชาการทางสาธารณสุข

ความหมายของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

พาแลงค์ (นลินี มิ่งมณี. 2549: 14; อ้างอิงจาก Palank. 1991: 816) กล่าวว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลทุกกลุ่มอายุที่กระทำเพื่อกองไว้หรือเพิ่มความ สุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและสมปรารถนาของบุคคล ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆ ในยามว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ

แลร์รี และเอ็ดเวิร์ด (Larry; & Edward. 1993: 65) กล่าวว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ต้องการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์หรือปรับปรุงสุขภาพของตนให้อยู่ในภาวะปกติ เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ตรวจร่างกายประจำปี

เพนเดอร์ (Pender. 1996: 97-98) กล่าวว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลตามแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และ ความเป็นอยู่ที่ดีของตนไว้

โอเร็ม (นลินี มิ่งมณี. 2549: 15; อ้างอิงจาก Orem. 1991: 38-41) กล่าวว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด การที่บุคคลจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ

1. มีความชำนาญ ความรู้ และความรับผิดชอบในตนเอง
2. มีแรงจูงใจที่จะกระทำและความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ
3. ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดี
4. รับรู้ว่าการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้
5. ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอโดยลืมน้อยที่สุด จนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ
6. มีกำลังใจและความตั้งใจสูง ตั้งแตริเริ่มกระทำจนกระทั่งเสร็จสิ้น

ดาร์ณี ภูษณสุวรรณศรี (2542: 3) กล่าวว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือการแสดงออกในการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

พัชรินทร์ ขวัญชัย และคนอื่นๆ (2541: 11) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบพฤติกรรมสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา และที่สำคัญจากสิ่งแวดล้อม ทั้งที่อยู่ภายในตัวและภายนอกตัวบุคคลสิ่งแวดล้อม ทั้งที่อยู่ภายในตัวและภายนอกตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคล (Internal Personal Factors) ที่สำคัญคือความสามารถของบุคคล กระบวนการความคิด การเรียนรู้ การรับรู้ แรงจูงใจ ทศนคติและความเชื่อ สำหรับสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เช่น ปทัสถานทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม วิถีประชา จารีต และกฎหมาย เป็นต้น ซึ่งมีการศึกษาวิจัยมากมายทั้งในต่างประเทศและในประเทศ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นสุขภาพนั้นมีความสำคัญและขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ

สมจิต หนูเจริญกุล (2537: 47) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)
2. การป้องกันโรค (Disease prevention)
3. การบำบัดรักษาด้วยตนเอง (Self treatment)
4. การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ (Rehabilitation) การหลังการเจ็บป่วย

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย

ลักษณะของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สมจิต หนูเจริญกุล (2537: 48-49) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal Self Care)

1. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ อาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและไม่เกิดโทษ
2. คงไว้ซึ่งการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติและสม่ำเสมอ
3. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อนร่างกาย
4. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยใน

บางครั้งมนุษย์ก็ต้องการความเป็นส่วนตัว อยากอยู่คนเดียว และจะทำอะไรด้วยความสามารถของตนเองบ้าง ส่วนความสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้จักการสร้างมิตร ให้ความรักเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน มีความผูกพันกับคนรอบข้าง

5. ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ มีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ในสังคมและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

6. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ ให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตน รู้จักพัฒนาและรักษาบุคลิกภาพที่ดีของตนเอง

ลักษณะที่ 2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self Care) เป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไป ที่ดัดแปลงให้มีลักษณะเฉพาะกับระดับพัฒนาการหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างระยะของวงจรชีวิต ได้แก่

1. พัฒนาและคงที่ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะ

2. ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดผลที่เกิดจากการไม่ได้รับการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม ความเจ็บปวด ความพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

ลักษณะที่ 3 การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย หรือมีความพิการเกิดขึ้น (Health Deviation Self Care) ความต้องการของบุคคลในระยะนี้ คือ

1. ความช่วยเหลือ และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์
2. รับรู้ สนใจ เกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง
3. ยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษาความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่
4. รับรู้ถึงข้อดีข้อเสียของการแทรกซ้อน หรือผลจากการบำบัดรักษาที่ได้รับ
5. ทำใจหรือยอมรับได้ว่าตนเองสุขภาพถดถอย และสามารถที่จะเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่เท่าที่ศักยภาพของตนเองจะเป็นไปได้

กوخแมน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสรวง สุวรรณ. 2534: 86; อ้างอิงจาก Gochman. 1988: 4-5) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ลักษณะคือ

ลักษณะที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่กระทำในขณะที่ร่างกายยังเป็นปกติ และต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง เป็นต้น

2. พฤติกรรมป้องกัน (Preventive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย โดยเชื่อว่าการกระทำนั้นจะสามารถดำรงสภาพความสมบูรณ์ไว้ได้ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

2.1 การป้องกันขั้นแรก (Primary Preventive) เป็นการกระทำต่างๆ ไปในแต่ละวัน ซึ่งยังไม่มีอาการของปัญหาสุขภาพ โดยไม่ใช่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าช่วย เช่น การนอนให้เพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การปฏิบัติตามกฎระเบียบ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การงดดื่มสุราหรือดสูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกนิรภัย การปฏิบัติตามกฎจราจร เป็นต้น

2.2 การป้องกันขั้นที่สอง (Secondary Preventive) เป็นการกระทำที่ต้องการประเมินสภาพตนเองก่อนที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถแก้ไขได้โดยเร็วที่สุดในขณะที่มีปัญหาน้อยที่สุด และการกระทำนี้ต้องอาศัยเครื่องมือแพทย์เข้าช่วย เช่น การไปตรวจมะเร็งระยะแรก การตรวจโรคหัวใจ และการตรวจฟันอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

ลักษณะที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกว่าตนเองเริ่มเจ็บป่วย หรือเกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจหรือสังคม ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการกระทำที่แตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น ความเชื่อ ความสนใจ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

ลักษณะที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยแล้ว พฤติกรรมเหล่านี้ได้แก่ การยอมรับการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ เป็นต้น เมื่อบุคคลเกิดอาการอาการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว จะมีแนวทางในการรักษาแตกต่างกันตามมุมมองของบุคคลนั้น รวมกับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วย

พฤติกรรมการป้องกันโรค	พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย	พฤติกรรมที่เป็นบทบาทเมื่อเจ็บป่วย
- เป็นกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อตนเองมีสุขภาพดีและมีการป้องกันโรค	- เป็นกิจกรรมของบุคคลที่มีความรู้สึกเจ็บป่วย	- เป็นกิจกรรมของบุคคลที่เจ็บป่วยและต้องการหาย
- ปราศจากอาการของโรค	- เริ่มปรากฏอาการของโรค	- เกี่ยวข้องกับการยอมรับการรักษาพยาบาล
	- ลังเลต่อการแสวงหาการดูแลรักษา	

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในแต่ละคนนั้นมีการดูแลแตกต่างกัน เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างมีผลต่อการปฏิบัติตนและได้มีการแบ่งแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพออกเป็น 3 แนวคิด คือ (กนกพร หมู่พยัคฆ์; และคนอื่นๆ. 2549: 14)

แนวคิดที่ 1 ปัจจัยภายในในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Summation) มีรากฐานของแนวความคิดมาจากสมมติฐานเบื้องต้นที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ความรู้ เจตคติ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม

แนวคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากภายนอกตัวบุคคล เช่น ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างไร

แนวคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causality Assumption) มีรากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคล

โดยสรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ คือ

1. ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
4. องค์ประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้
6. องค์ประกอบด้านประชากร

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวี่ สุวรรณ (2534: 173-185) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และมีแนวทางการปฏิบัติแตกต่างกัน โดยมีอิทธิพลจากองค์ประกอบ 5 ประการ ดังนี้

องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อการเกิด และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติประกอบด้วย วุฒิภาวะด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ประกอบด้วยวุฒิภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความคับข้องใจ องค์ประกอบด้านมีอยู่ในบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันไปตามลักษณะความมากน้อย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย

องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สภาพสังคม วัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของบุคคล

1. ครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลมาจากครอบครัว บางครอบครัวปลูกฝังนิสัยในเรื่องการรับประทานอาหารบางอย่าง และไม่รับประทานอาหารบางอย่าง เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทาน สุกๆ ดิบๆ และพฤติกรรมการปฏิบัติด้านอื่นๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น การปฏิบัติของบิดา มารดา จะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพสมาชิกในครอบครัว

2. กลุ่มบุคคลในสังคม มีอิทธิพลต่อสุขภาพได้มาก ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะมีความคิด ความเชื่อ ปลูกฝังติดล้ายๆ กัน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น พฤติกรรมที่ยึดถือมีทั้งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากมีน้อย ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ภาพ หรือการยึดถือของกลุ่ม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น

3. สภาพทางสังคม ได้แก่ สภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน ได้แก่ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจ ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาพสังคมที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันด้วย เช่น บุคคลที่มีตำแหน่งการงานสูงในชุมชน มักจะมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค และการรักษาโรคดีกว่าคนทั่วไป

4. วัฒนธรรม วัฒนธรรมแสดงออกวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม วัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนี้มีหลายอย่าง เช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะกลัวเครื่องแต่งกายเครื่องประดับเก่าเร็ว การงดของแสลง ประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ให้กินข้าวมากงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย ข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

5. ศาสนา มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน คำสอนพุทธศาสนาที่กล่าวถึง การรับประทานอาหารแต่พอสมควร ไม่ให้น้อยเกินไป หรือ อิ่มจนเกินไป ข้อปฏิบัติศาสนาอิสลามก่อนทำละหมาด ต้องมีการชำระล้างร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าคำสอนและข้อปฏิบัติมีผลดีต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อสุขภาพด้วย เศรษฐกิจของประชาชนไม่ดีมักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกับสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม ถ้าเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสจะได้รับการศึกษาก็จะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ และการปฏิบัติสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งมีผลให้เขามีสุขภาพดี

องค์ประกอบด้านการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาของประชาชนแตกต่างกัน มีผลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของประชาชน ประชาชนมีการศึกษต่ำ มักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องกว่าประชาชนที่มีการศึกษาสูง

องค์ประกอบทางด้านการเมือง นโยบายทางการเมืองของประเทศ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นว่าจำนวนและความเพียงพอของการบริการ การรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชนกฎหมาย หรือข้อบังคับจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพบางอย่าง

โดยสรุปแล้วปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ คือ ปัจจัยภายในของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ความรู้ เจตคติ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น และปัจจัยภายนอกของบุคคล ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สภาพของสังคม วัฒนธรรม ศาสนา เศรษฐกิจและระบบการศึกษา เป็นต้น

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชายวัยทอง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามสภาวะสุขภาพ สุขภาพและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของชายวัยทองเป็น เรื่องที่ควรแก่การเฝ้าระวัง เพื่อจะได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

স্যันท์ สวัสดิ์ศรี (2549: 114-116) ได้เสนอสูตรสำเร็จที่เปรียบเสมือนยาอายุวัฒนะใน การดูแลสุขภาพชายวัยทอง ที่เรียกว่าสูตร 6 อ. โดยพิจารณาตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งหลับนอนหรือนอนหลับดังนี้

อ.ที่ 1 คือ ตื่นเข้ามาสูดหายใจเอาอากาศบริสุทธิ์ 2 ถึง 3 ครั้งลึกๆ ซ้ำๆ ทำให้ปอด ทำงานเต็มที่และยังเป็นการฝึกสมาธิไปในตัว เสร็จแล้วดื่มน้ำสะอาดทันที 1 ถึง 2 แก้ว จากนั้นจะ ถ่ายอุจจาระทุกวันในตอนเช้า หรือหลังจากออกกำลังกายก็ได้

อ.ที่ 2 คือ การออกกำลังกาย ในตอนเช้าเป็นเวลาที่เหมาะสมที่สุดในการออกกำลัง กาย หลักในการออกกำลังกายจะต้องถูกต้องตามหลักวิชาการเหมาะสมกับสภาพร่างกายที่สำคัญ คือ ต้องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยมักจะบอกว่าไม่มีเวลาจริงๆ มีเวลาแต่ไม่ให้ความสำคัญ เพราะไม่รู้ไม่เข้าใจ แท้จริงควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ถึง 4 ครั้งๆ ละอย่างน้อย 30 นาที จากนั้นรับประทาน อาหาร

อ.ที่ 3 คือ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยพิจารณาลดคาร์โบไฮเดรต ไขมัน ส่วนโปรตีนเน้นเนื้อปลา อาหารที่ควรรับประทาน เช่น น้ำพริกปลาทุบกะปิ ผักสด ผักต้ม เน้นไม่ราด กะทิ เหมาะกับวัยทองมาก สำหรับวิตามินและเกลือแร่เน้น มีความจำเป็นมาก ต้องพิจารณาเพิ่ม อาหารที่มีแคลเซียม ปลาตัวเล็ก ผักผลไม้ที่มีสี เช่น มะละกอสุก แครอท ฟักทอง นมพร่องมันเนย เต้าหู้แข็ง อย่าลืมดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 1,500 ถึง 2,000 ซีซี

อ.ที่ 4 คือ อารมณ์ที่ดีและแจ่มใส ทำงานอย่างมีความสุข หลังจากเลิกงานแล้วควร จะกลับบ้าน

อ.ที่ 5 คือ ควรหางานอดิเรกทำเพื่อเป็นการผ่อนคลายรวมถึงการพักผ่อนไปในตัว เช่น การรดน้ำต้นไม้ ทำสวน ทำงานบ้าน จะได้ออกกำลังกายไปในตัวด้วย

อ.ที่ 6 คือ ต้องระวังอุบัติเหตุ

จากสูตรสำเร็จดังกล่าวพอสรุปกว้างๆ ได้ว่า ชายวัยทองควรดูแลตนเอง ซึ่งอาจกล่าวโดย ละเอียดได้ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางด้านการรับประทานอาหาร

อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญ เพราะก่อให้เกิดประโยชน์ต่างๆ ดังนี้ (วุฒิพงษ์ ปรมัตถาวร. 2542: 127)

- ให้พลังงาน ความอบอุ่น และใช้เป็นพลังงานในการดำรงชีวิตตามปกติ
- ช่วยในการเจริญเติบโตของร่างกาย และซ่อมแซมอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย

- ช่วยในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้ทำงานปกติ และมีอำนาจต้านทานโรค

ดังนั้นอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าทางอาหารสูงต่อร่างกาย จึงมีความจำเป็นมากสำหรับชายวัยทอง

หลักโภชนาการสำหรับชายวัยทอง มีดังนี้ (สายัณห์ สวัสดิ์ศรี; และคนอื่นๆ. 2545: 361-363)

1. รับประทานอาหารให้ครบ พอเพียง และหลากหลายชนิดไม่ซ้ำซาก เนื่องจากในอาหารแต่ละชนิดมีปริมาณและชนิดของสารอาหารแตกต่างกัน หากรับประทานอาหารประเภทเดียวเป็นเวลานานๆ อาจทำให้เป็นโรคขาดสารอาหารได้

2. ผู้ที่เป็นโรคอ้วน หรือมีโคเลสเตอรอลสูง จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหารเพื่อลดโคเลสเตอรอลในเลือด

2.1 ลดความถี่ของการบริโภคเนื้อหมูและเนื้อวัวติดมัน งดบริโภคหนังไก่

2.2 งดเว้นการใช้ไขมันจากสัตว์และกะทิในการประกอบอาหาร โดยใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น

2.3 ลดการบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง (ในไข่ขาวไม่มีโคเลสเตอรอล) เครื่องในสัตว์ กุ้ง หอย ปลาหมึก ควบคุมปริมาณโคเลสเตอรอลให้ร่างกายได้รับไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม

2.4 รับประทานอาหารประเภทปลามากๆ เนื่องการปลามีกรดไขมันชนิดที่มีความไม่อิ่มตัวที่มีประโยชน์ต่อหัวใจและหลอดเลือดอยู่ปริมาณมาก

3. ผู้ที่มีความดันสูงควรปฏิบัติตัวดังนี้

3.1 งดอาหารเค็มจัด ควรรับประทานอาหารที่มีรสจืด

3.2 งดอาหารหมักดอง

3.3 งดเหล้าและบุหรี่

4. รับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เพิ่มขึ้น และควรรับประทานข้าวกล้องเพื่อให้ได้ใยอาหารมากขึ้น

5. รับประทานอาหารที่มีแร่ธาตุสังกะสีให้มาก แร่ธาตุสังกะสีมีมากใน หอยนางรม กุ้ง ตับ ยีสต์ เนื้อสัตว์ ถั่วเมล็ดแห้ง เมล็ดพืชทอง เป็นต้น สังกะสีเป็นธาตุที่มีประโยชน์มาก ทำหน้าที่ด้านเคมีหลายอย่างในร่างกาย

6. รับประทานอาหารจำพวกพืชที่ให้ไฟโตแอสโตรเจน พืชบางชนิดจะมีฮอร์โมนที่เรียกว่าไฟโตแอสโตรเจน ซึ่งฮอร์โมนชนิดนี้มีคุณสมบัติคล้ายฮอร์โมนไฟโตแอสโตรเจนที่ร่างกายสร้างขึ้น แม้ว่าอาจจะไม่ดีเท่า สารไฟโตแอสโตรเจนจะมีในพวกรั้วพืช เช่น ข้าวกล้อง ถั่วเหลือง ถั่วแดง ถั่วดำ งา

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

มนู วาทีสุนทร (2541: 5) กล่าวว่า การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือการออกกำลังกายชนิดที่เสริมสร้างความสมบูรณ์ของร่างกายด้านความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือด รวมทั้งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความอ่อนตัวของข้อต่อ ดังนั้นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพจึงมีเป้าหมายที่แตกต่างกับการออกกำลังกายในการเล่นกีฬา เน้นที่ความสนุกสนานเพลิดเพลิน และแข่งขันเป็นสำคัญ และต่างจากการออกกำลังกายในการทำงานหรือในกิจวัตรประจำวัน ถือว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องทำ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพนั้นจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ในคนที่มีสุขภาพปกติหรือไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ สำหรับคนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นโรคอันเนื่องมาจากการขาดการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนหรือไขข้อเสื่อม การออกกำลังกายจะช่วยป้องกันการเกิดโรคและบางครั้งอาจจะใช้เป็นวิธีการรักษาโรคเหล่านี้ได้อย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การออกกำลังกายยังเป็นวิธีการหนึ่ง ที่สำคัญของการฟื้นฟูสภาพร่างกายอันเป็นผลจากการเกิดโรค หรือภัยอันตรายที่ทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพอีกด้วย ด้วยเหตุนี้การออกกำลังกายจึงมีความสำคัญและความจำเป็นกับทุกคน ในการปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ประจำวัน และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพนั้นจะต้องปฏิบัติให้เหมาะสมกับเพศ วัย และสภาพร่างกาย ควรเรียนรู้ถึงว่าควรจะทำออกกำลังกายนานและหนักเท่าไร จึงจะเพียงพอที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ

สมชาย ดุรงค์เดช (2543: 5) กล่าวว่า การออกกำลังกายทำได้หลายแบบทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การออกกำลังกายเพื่อความสนุกสนาน เพลิดเพลิน (Recreation Exercise) จะเป็นการออกกำลังกายด้วยการเล่นเพื่อสนุกสนาน มิได้เน้นผลกระทบบทที่จะเกิดแก่ร่างกาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการสังคม ได้พบเพื่อนแต่อาจมีผลกระทบต่อความแข็งแรงของร่างกาย ขึ้นอยู่กับผู้ออกกำลังกาย และวิธีการเล่น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทั่วไป สามารถทำได้หลายแบบ เช่น การบริหารร่างกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อ โดยไม่เคลื่อนไหว (Isometric Exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยไม่เคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนใดเลย ไม่ว่า จะเป็นลำตัว แขน ขา หรือ กระดูก เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่ง คลายมัดสักครู่แล้ว คลายเกร็งใหม่ หรือ ออกแรงผลักวัตถุที่ไม่เคลื่อนไหวอวัยวะ หากทำเป็นประจำก็จะเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อให้แข็งแรงขึ้นได้ แต่ไม่เกิดประโยชน์อะไรต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนั้นอาจเกิดโทษด้วย เพราะการเกร็งกล้ามเนื้อ เช่น การทำอะไรไว้ในมีอนานๆ เพียงไม่กี่นาทีอาจทำให้ความดันสูงขึ้นมาได้ โดยเฉพาะคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ก็จะเป็นอันตรายไม่ควรออกกำลังกายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ โดยไม่เคลื่อนไหวอวัยวะ

2. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทั่วไป (General Fitness Exercise) อย่างหนึ่งที่นิยมกันมากคือ การลดน้ำหนัก (Isometric หรือ Isophasis Exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อพร้อมกับการเคลื่อนไหวอวัยวะ แขน ขา และข้อต่างๆ เช่น การยกน้ำหนัก เป็นการบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ โดยตรง ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น รวมถึงการบริหารร่างกายต่างๆ เช่นการออกกำลังกายแบบรำมวยจีน ซึ่งถ้าทำอย่างถูกต้องแล้วจะประโยชน์ต่อสุขภาพไม่น้อย แต่ถ้าทำไม่ถูกวิธีแม้ก้ร่างกายให้เหนื่อยเพียงใดก็ไม่มีประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

3. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของหัวใจและปอดที่มีการส่งเสริมและได้รับการยอมรับว่าได้ผลดี คือ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกาย เพิ่มความสามารถสูงสุดในการรับออกซิเจน ทำให้มีผลกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้ เช่น ปอด หัวใจ ขณะออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน จะทำให้ร่างกายใช้พลังงานสูงขึ้น หัวใจและปอดทำงานมีประสิทธิภาพขึ้น และมีประโยชน์ต่อร่างกายมากมาย

ภิญโญ วิทวัสชุตikul และคนอื่นๆ (2546: 76-77) ได้แบ่งการออกกำลังกายที่จะก่อให้เกิดผลดีสุขภาพเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ช่วยการทำงานของระบบหัวใจ ระบบการไหลเวียนของโลหิตและปอดทำงานได้ดี เช่น การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน การเต้นแอโรบิค

2. การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิค (Anaerobic Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นในช่วงระยะสั้นๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เช่น การวิ่งแข่ง

3 การออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความแข็งแรงและทนทาน (Strength and Endurance) เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้โครงสร้างและกล้ามเนื้อและข้อและคองทน ได้แก่ การฝึกยกน้ำหนักและเพาะกาย

4. การออกกำลังกายเพื่อทำให้เกิดการยืดหยุ่น (Stretching Activities) เป็นการออกกำลังกายเพื่อฝึก การยืดหยุ่นของข้อต่อ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อและข้อต่อ เช่น โยคะ กิจกรรม เข้าจังหวะรำไทเก๊ก เป็นต้น

สำหรับชายวัยทอง สายนันท์ สวัสดิ์ศรี (2549: 105-106) กล่าวว่า ก่อนจะเริ่มออกกำลังกายจะต้องไปพบแพทย์ก่อน เพื่อประเมินว่าท่านมีโรคบางอย่างที่มีผลต่อการออกกำลังกายหรือไม่ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น และข้อเข้าจะเป็นปัญหามากที่สุดของการออกกำลังกายสำหรับชายวัยทอง เนื่องจากการออกกำลังกายแทบทุกชนิด จะมีการลงน้ำหนักผ่านข้อเท้าแทบทั้งสิ้น ชนิดของการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่มีข้อเข้าเสื่อมที่ดื้อที่สุด คือ การออกกำลังกายในน้ำ แต่ผู้ที่มีน้ำหนักมากก็จะมีอุปสรรคหลายอย่าง เช่น ว่ายน้ำไม่เป็น หรือว่ายน้ำไม่ไหวเนื่องจากความอ้วน ดังนั้นถ้าว่ายน้ำไม่ได้แนะนำให้ใช้การเดินในน้ำแทน ที่ระดับน้ำประมาณหน้าอกแล้วเดินจากฝั่งหนึ่งไปอีกฝั่งหนึ่งประมาณ 10 นาที ก็เป็นการออกกำลังกายได้แล้ว การเดินในน้ำจะช่วยลดน้ำหนักที่กระทำกับข้อและยังช่วยลดอุบัติเหตุจากการล้มได้อีกด้วย แต่ถ้าหาสระว่ายน้ำไม่ได้ การใช้วิธีการเดินบนพื้นปกติก็อาจทำได้ถ้ามีอาการของข้อเสื่อมไม่มาก แต่คงต้องเลือกรองเท้าสำหรับเดิน ควรเลือกชนิดที่มีความนุ่มและออกแบบมาสำหรับการเดินหรือวิ่งโดยเฉพาะสถานที่ควรเป็นที่เรียบ ถ้าเป็นสนามหญ้าก็ยิ่งดีเพราะจะรองรับแรงกระแทกได้ดี

การออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีนก็ใช้ได้ดี เนื่องจากไม่ค่อยมีแรงกระแทกที่ข้อและยังช่วยฝึกการทรงตัวอีกด้วย

หลักการที่สำคัญของการออกกำลังกายก็คือ ความสม่ำเสมอ ไม่จำเป็นต้องหักโหมหรือเร่งโดยการใช้นแรงมากๆ เพราะจะทำให้เหนื่อยเร็วและเกิดอาการบาดเจ็บได้ง่าย

กรมอนามัย (2545: 45-47) ได้ให้แนวคิดในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลวัยผู้ใหญ่มีร่างกายแข็งแรง ปราศจากโรคภัยต่างๆ ว่า การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น กล้ามเนื้อขา ลำตัว แขน ให้มีการเคลื่อนไหวเร็วขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หรือเหนื่อยอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 20-60 นาที แล้วแต่ความเหนื่อยนั้นมากหรือน้อย ถ้าเหนื่อยมากก็ใช้เวลาน้อย แต่ถ้าเหนื่อยน้อยก็ใช้เวลามากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย คือ มีการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดความแข็งแรง เพิ่มความต้านทานของการเกิดโรค ช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน ไขมันในเส้นเลือด ฯลฯ และวิธีการออกกำลังกายที่ดีต้องมีการปฏิบัติตามขั้นตอนคือ ระยะการอบอุ่นร่างกาย ระยะการฝึกฝนและระยะผ่อนคลายร่างกาย

พฤติกรรมกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล

1. การตรวจสุขภาพ ชายวัยทองโดยเฉพาะผู้ที่อายุเกิน 50 ปี ควรรับการตรวจเป็นประจำคือ

1.1 ตรวจความดันโลหิต

1.2 ตรวจสายตาและดวงตา (ดูอาการโรคต้อหินและต้อกระจก)

1.3 ตรวจฟันทุกหกเดือน

1.4 บุรุษควรรับการตรวจต่อมลูกหมากเพื่อป้องกันโรคมะเร็งที่ต่อมลูกหมากด้วย เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นกันมากรองจากมะเร็งที่ปอดและลำไส้

1.5 การตรวจปัสสาวะเพื่อหาโรคเบาหวาน ซึ่งบางคนอาจมีประวัติในครอบครัวที่เป็นโรคนี้นมาก่อน

1.6 การตรวจคลื่นหัวใจและการเอกซเรย์ปอดและตรวจการทำงานของปอด ผลการตรวจที่กล่าวมาอาจทราบได้ในทันทีหรือในวันนั้น

1.7 การตรวจอื่นๆ ซึ่งกระทำโดยการเจาะเลือดไปตรวจในห้องปฏิบัติการแล้วแจ้งผลให้ทราบภายหลังคือ :

- การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด
- การวิเคราะห์สารเคมีในเลือด
- การทดสอบการแข็งตัวของเลือด
- การตรวจปัสสาวะเพื่อหาการติดเชื้อ

2. ปรับพฤติกรรมให้มีการนอนที่ดี โดยสุขบัญญัติของการนอนหลับที่ดี (Sleep Hygiene) มีดังนี้

2.1 ตื่นนอนให้เป็นเวลาในแต่ละวัน

2.2 ใช้เวลาในที่นอนให้น้อยที่สุดหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

2.3 งดการใช้สารที่กระตุ้นระบบประสาท เช่น กาแฟ บุหรี่ เหล้า ยากระตุ้น

2.4 หลีกเลี่ยงการงีบหลับในช่วงกลางวัน (ยกเว้นในบางรายที่แสดงว่าการงีบหลับในช่วงกลางวัน ไม่มีผลต่อการนอนหลับในช่วงกลางคืน และบางรายยังช่วยให้หลับดีขึ้น)

2.5 มีการออกกำลังกายประจำในช่วงกลางวันหรือเย็น

2.6 หลีกเลี่ยงกิจกรรมใดๆ ที่กระตุ้นสมอง

2.7 อาบน้ำอุ่น ก่อนเข้านอน 20 ถึง 30 นาที

2.8 ไม่รับประทานอาหารหนักหรือมื้อใหญ่ก่อนเข้านอน

2.9 หัดฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีที่ถนัดในช่วงเย็นๆ

2.10 สร้างสภาพแวดล้อมให้สบาย และเหมาะกับการนอน

2.11 ไม่ใช้เวลาในที่นอนมากเกินไปที่จะพยายามนอนให้หลับ (ไม่ควรมากกว่า 20 นาที)

2.12 ปรับชั่วโมงการนอนและกิจวัตรให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน

3. อยู่ในที่อากาศบริสุทธิ์และควรได้รับแสงแดดอ่อนๆ อย่างเพียงพอ เพราะจะทำให้ร่างกายได้รับวิตามินดีจากแสงแดด ซึ่งจะช่วยในเรื่องของการป้องกันและชะลอการเปาะบางของกระดูก

4. ฝึกบริหารจิตหรือทำสมาธิ เพื่อให้จิตแจ่มใส ลดความเครียด

5. หลีกเลี่ยงการทำที่ก่อให้เกิดกระดูกคอและหลังเสื่อม เช่น การเงยคอนานๆ การก้มที่ไม่ถูกต้อง เพื่อลดอันตรายต่อกล้ามเนื้อและกระดูก

6. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด

7. รักษาฟันให้แข็งแรง และแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง เมื่อฟันหักควรรีบทำฟันปลอมทดแทนโดยเร็วเพื่อไม่ให้ฟันซี่อื่นรวนผิดรูปเคี้ยวอาหารไม่ได้ดีถ้าทิ้งไว้นาน

8. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม

9. ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร และหลังการขับถ่าย

10. ขับถ่ายทุกวัน

11. ไม่กลั้นปัสสาวะ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงเพศที่เป็นโทษ

เมื่อบุคคลสามารถและมีความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการเพศที่เป็นโทษ บุคคลนั้นจะดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย ปราศจากการเจ็บป่วยของร่างกายที่เกิดจากสารพิษต่างๆ (สุรางค์ เชื้อวณิชชากร. 2548: 29) ซึ่งสารที่เป็นโทษที่ควรหลีกเลี่ยงมีดังนี้

1. บุหรี่ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต เนื่องจากสารพิษจากบุหรี่จะไปทำลายกระดูกซี่โครงให้กับระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดโรคมะเร็งที่ปอด ช่องปาก ทางเดินหายใจ คอหอยยังก่อให้เกิดโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ไอมีเสมหะ และโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น บุหรี่ยังมีผลต่ออวัยวะส่วนอื่นของร่างกายเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงโรคเส้นเลือด

ในสมอง โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย ผู้สูบบุหรี่และผู้ได้รับควันบุหรี่ มีโอกาสทำให้สภาพร่างกายทั่วไปทรุดโทรม ความจำเสื่อม ทำลายสายตา เพราะการสูบบุหรี่ที่ทำให้ปริมาณออกซิเจนเข้าสู่สมองลดลง ดังนั้นการสูบบุหรี่จึงมีผลต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบและผู้ใกล้ชิด การสูบบุหรี่จึงเป็นพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง บุคคลที่มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ ต้องเป็นบุคคลที่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ เพื่อเป็นการป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

2. สุรา มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์สามารถละลายได้ดีทั้งในน้ำและน้ำมัน และถูกดูดซึมโดยรวดเร็วที่กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กโดยไม่มีการย่อย การดื่มสุราในปริมาณที่มากจะเป็นพิษต่ออวัยวะทุกส่วนของร่างกายอวัยวะที่มีเลือดไปเลี้ยงมากจะเสียหายมากกว่าส่วนอื่นๆ เช่น ตับ ไต ปลายประสาท ตับอ่อน เป็นต้น ความเสี่ยงเนื่องจากการดื่มสุรานี้มากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ความชุกและระยะเวลาคงอยู่ของแอลกอฮอล์ในร่างกาย แอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคกระเพาะอักเสบเรื้อรัง โรคเมรัยทางเดินอาหาร โรคตับอักเสบ และตับแข็ง

3. สารที่ใช้ผสมอาหาร เช่น ผงชูรส สารบอเรียซ์ สารฟอกขาว ฟอรัมาลินที่ใช้แช่ปลาเพื่อให้ปลาสด สารเคมีที่อยู่ในส่วนผสมในอาหารเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะสะสมและกระตุ้นทำให้เกิดโรคมะเร็งและปัญหาต่อสุขภาพซึ่งส่งผลถึงอันตรายต่อชีวิต

พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

การป้องกันอุบัติเหตุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การเดิน การนั่ง การเดินทาง ด้วยความระมัดระวังในที่ที่ปลอดภัย เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการจากการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย ย่อมส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวัน เพราะอุบัติเหตุเกิดได้ตลอดเวลา และมีต้นตอของการเกิดอุบัติเหตุได้แก่

1. การหกล้ม พบได้มากที่สุดในชีวิตประจำวัน เช่น ตกบันได สลื่นล้มในห้องน้ำ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี

2. การหยาบพิตหรือ การใช้ยาผิด เพราะความเผลอเรอหรือ อาศัยความเคยชินในการหยิบ

3. อุบัติเหตุจากการเดินทาง, การจราจร เนื่องมาจากการปฏิบัติงาน ความอ่อนเพลีย และความเร่งด่วน ล้วนก่อให้เกิดปัญหาตามมา

4. อุบัติเหตุจากการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน และที่ทำงานไม่เรียบร้อย ชับซ้อน โดยสรุปก็คือชายวัยทองควรดูแลสุขภาพในเรื่องของการรับประทานอาหารให้เพียงพอและครบห้าหมู่ แต่ต้องระวังเรื่องอาหารที่มีไขมันหรือมีโคเลสเตอรอลสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อีกทั้งต้องระวังรักษาน้ำหนักส่วนบุคคล เพื่อเป็นการซ่อมแซมอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย ให้ทำงานปกติ และมีอำนาจต้านทานโรค และประการสุดท้ายคือพึงหลีกเลี่ยงสารเสพติดที่เป็นโทษ เพื่อมิให้อวัยวะต่างๆ เสื่อมสภาพลงกว่าที่ควรจะเป็นและมีอายุการใช้งานนานที่สุดเท่าที่จะนานได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ตัวแปรทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

วสันต์ ศิลปสุวรรณ และคนอื่นๆ (2544) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วณิดา กองแก้ว (2549) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด หรือม่าย หรือหย่า หรือแยกกันอยู่

นลินี มิ่งมณี (2549) ที่พบว่า 1) ผู้ใหญ่เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย 2) ผู้ใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีการศึกษาต่ำกว่า 3) ผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดีกว่าผู้ใหญ่ตอนต้น 4) ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่ำกว่า แต่สิ่งที่ผลงานวิจัยนี้แตกต่างจากงานวิจัยอื่นคือ งานวิจัยนี้พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน

วีรชัย ภาณุมาตรศรี และวันเพ็ญ แก้วปาน (2545) ซึ่งพบว่า ชายวัยทองที่มีอายุ รายได้ และการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เทียนทิพย์ เทียนสีม่วง (2549) ก็พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปได้ว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่สมรส และการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

วสันต์ ศิลปสุวรรณ และคนอื่นๆ (2544) ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุ ในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชรได้ประมาณร้อยละ 26 สอดคล้องกับงานวิจัยของเทียนทิพย์ เทียนสีม่วง (2549) ที่ศึกษากับสตรีวัยหมดประจำเดือน แล้วพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วณิดา กองแก้ว (2549) ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

สรุปได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

3. ตัวแปรอื่นๆ

นอกจากตัวแปรทางชีวสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพแล้วยังมีตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยดังต่อไปนี้

วสันต์ ศิลปสุวรรณและคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านแพทย์และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เทียนทิพย์ เทียนสีม่วง (2549) ที่ได้ทำการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยทางชีวสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์กันกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัย ในการตั้งสมมติฐานที่กล่าวมาในบทที่ 1 และเป็นข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาตามขั้นตอนดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. ตัวแปรที่ศึกษา
3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ซึ่งใน จังหวัดชลบุรีมีสถานีตำรวจทั้งหมด 23 สถานี เป็นข้าราชการตำรวจที่มีรายชื่อตามบัญชีรายชื่อ จำนวน 2,820 นาย และมีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 1,837 นาย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นข้าราชการตำรวจชายวัยทอง ที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ที่สถานีตำรวจภูธร ภายในจังหวัดชลบุรี จำนวน 330 นาย เป็นการเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan (ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. 2529. ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์สังคม: การสังเคราะห์และบูรณาการ.)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม เป็นการสอบถามข้าราชการตำรวจวัยทอง เกี่ยวกับอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือตามลำดับขั้น ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำราทางวิชาการ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าในครั้งนี้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเขียนนิยามและสร้างแบบสอบถาม โดยให้มีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความถูกต้องและนำมาปรับปรุงแก้ไข
3. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก) ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง โดยเสนออาจารย์ที่ปรึกษาร่วมพิจารณา
4. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือ แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ไปทดลองใช้กับข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 คน ที่มาปฏิบัติงานบริเวณสี่แยกราชประสงค์ ช่วงเดือนมิถุนายน 2553 เพื่อนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือต่อไป โดยแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม เป็นการสอบถามข้าราชการตำรวจวัยทองเกี่ยวกับอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ

ตัวอย่างแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคม เมื่อท่านอ่านแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ซึ่งตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. อายุ ☐ 40 – 49 ปี
☐ 50 – 59 ปี
2. ชั้นข้าราชการตำรวจ
☐ สัญญาบัตร ☐ ชั้นประทวน
3. ความเพียงพอของรายได้
☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ

4. ระดับการศึกษา
☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
5. ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต
☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
7. การเข้ารับการตรวจสุขภาพ
☐ ทุกปี (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) ☐ มากกว่าปีละหนึ่งครั้ง
8. แหล่งที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ
☐ บุคคลใกล้ชิด ☐ สื่อมวลชน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลของนำแบบวัดของ เนตรนภา คู่พันธ์ (2534) และศึกษา General Health Perception Battery ของ บรูค และคนอื่นๆ (Brook; et al. 1979) นำมาดัดแปลงและผู้วิจัยได้สร้างขึ้นใหม่โดยครอบคลุมเนื้อหาและสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ มีจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามที่ประเมินใน 6 ด้าน ดังนี้

- การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตจำนวน 3 ข้อ
- การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันจำนวน 4 ข้อ
- การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตจำนวน 2 ข้อ
- ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพจำนวน 2 ข้อ
- ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อโรคจำนวน 3 ข้อ
- ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจำนวน 1 ข้อ

ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับการรับรู้ของท่านเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
0	ที่ผ่านมามีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของท่านมาตลอด					
00	ท่านเข้าใจภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน					

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ช่วง (Rating Scale) ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองดีกว่า ผู้ที่ได้รับคะแนนต่ำกว่า โดยแบ่งระดับการรับรู้สุขภาพ เป็น 5 ระดับ ดังนี้

- 5 หมายถึง มากที่สุด คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุด
- 4 หมายถึง มาก คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองเป็นส่วนมาก
- 3 หมายถึง ปานกลาง คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองปานกลาง
- 2 หมายถึง น้อย คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองเป็นส่วนน้อย
- 1 หมายถึง น้อยที่สุด คือ ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของตนเองน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยจะให้คะแนนการตอบคำถาม ดังนี้

- 1. ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี
- 2. ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี
- 3. ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
- 4. ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี
- 5. ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 5 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดให้โทษ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุสำหรับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้านแรก ผู้วิจัยได้นำแบบวัดของ นลินี มิ่งมณี (2548) และกอบบุญ พึ่งประดิษฐ์ (2550) มาดัดแปลงให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่

- ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ
- ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 18 ข้อ
- ด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ
- ด้านการหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ จำนวน 11 ข้อ
- ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 16 ข้อ

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด
เพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ น้อยครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
0	ในแต่ละวันท่านรับประทานธัญพืช เช่นข้าวซ้อมมือ ถั่ว งา ข้าวโพด				
00	ท่านใช้วิธีการเดินทางหรือนั่งรถใน ระยะสั้นๆ				

ลักษณะคำถามเป็นแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จากปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติ หรือการทากิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการงด การละเว้น การกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อป้องกันการส่งผลเสียต่อร่างกาย ในการให้คะแนนแบบวัดนี้ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีกว่า ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า ใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

สำหรับข้อคำถามเชิงบวก จะเป็นประโยคที่มีข้อความตรงกับลักษณะของผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัติน้อยครั้ง	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน

สำหรับข้อคำถามเชิงลบ จะเป็นประโยคมีข้อความตรงข้ามกับลักษณะของผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดี มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2 คะแนน
ปฏิบัติน้อยครั้ง	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	4 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จะให้คะแนนการตอบคำถามรายข้อ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ย 3.31-4.00 หมายถึง พฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดี
2. ค่าเฉลี่ย 2.41-3.30 หมายถึง พฤติกรรมดูแลสุขภาพค่อนข้างดี
3. ค่าเฉลี่ย 1.71-2.40 หมายถึง พฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง
4. ค่าเฉลี่ย 1.00-1.70 หมายถึง พฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่ดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ เพื่อให้เครื่องมือนั้นสามารถวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ โดยนำแบบสอบถามไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก) เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงทางด้านเนื้อหาภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก ของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่นำไปทดลองใช้ (try out) กับข้าราชการตำรวจชายวัยทอง ที่มีอายุ 40-59 ปี ในจังหวัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 50 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตั้งแต่ .32 - .67 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีค่าเท่ากับ .35-.68

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่นำไปทดลองใช้ (try out) กับข้าราชการตำรวจชายวัยทอง ที่มีอายุ 40-59 ปี ในจังหวัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 50 คน และนำข้อมูลจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์ความเที่ยงตรงตามวิธีของ ครอนบัค (Cronbach) ผลการวิเคราะห์ พบว่า

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .83

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม เท่ากับ .84

ส่วนผลการวิเคราะห์แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านได้ค่าความเชื่อมั่นดังต่อไปนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร เท่ากับ .84

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ .89

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล เท่ากับ .85

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ เท่ากับ .74

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ เท่ากับ .89

4. นำแบบสอบถามที่ผ่านการหาคุณภาพดังกล่าวแล้ว นำไปใช้ในการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาได้ขอความร่วมมือจากข้าราชการตำรวจที่มีอายุระหว่าง 40 – 59 ปี จังหวัด กรุงเทพมหานคร เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบด้วยตนเอง

2. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบแล้ว ได้แบบสอบถามคืนมาจำนวน 330 ชุด และให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for Social Science for Window) และการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับจากกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกเฉพาะที่สมบูรณ์ไว้สำหรับนำมาวิเคราะห์ต่อไป
2. นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยทางชีวสังคม ของผู้ตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ค่าร้อยละ
3. นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยทดสอบด้วยค่าที (t-test)
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One Way Analysis of Variance) โดยทดสอบค่าเอฟ (F-test)
6. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐานค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 1.1 ค่าร้อยละใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 118)
 - 1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ; และอังคณา สายยศ. 2538: 173)
 - 1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 143)
2. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน
 - 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามในกลุ่มตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน การทดสอบค่าที (t-test)
 - 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One Way Analysis of Variance) โดยทดสอบค่าเอฟ (F-test)
 - 2.3 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2538: 314)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 330 นาย โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test, F-test และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนคน
$\bar{x}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
s	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา t-Distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา F- Distribution
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum Of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean Of Square)
df	แทน	ค่าของชั้นแห่งความอิสระ
p	แทน	ค่าของความน่าจะเป็น (Propability)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี 330 นาย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 หาค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลลักษณะชีวสังคมของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ และเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการแปรผล การรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละและเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปรผล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

ตอนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1-17

4.1 การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำแนกตาม อายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี และแหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ

4.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกตาม อายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี และแหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ

4.3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะชีวสังคมของข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี จำนวน 330 นาย ได้แก่ อายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ โดยการแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะชีวิตสังคม ตามตัวแปร อายุ ชั้น
 ข้าราชการ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของ
 ครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ

ตัวแปร	n	ร้อยละ
1. อายุ		
40 – 49 ปี	179	54.2
50 – 59 ปี	151	45.8
รวม	330	100
2. ชั้นข้าราชการตำรวจ		
สัญญาบัตร	63	19.1
ชั้นประทวน	267	80.9
รวม	330	100
3. ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	237	71.8
ไม่เพียงพอ	93	28.2
รวม	330	100
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	128	38.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	202	61.2
รวม	330	100
5. ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	153	46.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	177	53.6
รวม	330	100
6. รายได้ของครอบครัว		
ไม่เกิน 20,000 บาท	32	9.7
20,001 – 30,000 บาท	63	19.1
30,001 – 40,000 บาท	88	26.7
40,001 – 50,000 บาท	96	29.1
สูงกว่า 50,000 บาท	51	15.5
รวม	330	100
7. การเข้ารับการตรวจสุขภาพ		
ทุกปี(อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)	272	82.4
และมากกว่าปีละ 1 ครั้ง	58	17.6
รวม	330	100
8. แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ		
บุคคลใกล้ชิด	177	53.6
สื่อมวลชน	153	46.4
รวม	330	100

จากตาราง 3 ข้อมูลลักษณะชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปร อายุ ชั้นข้าราชการ ตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ จำนวน 330 คน พบว่า

1) ข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นช่วงอายุ 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.2 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.8

2) ชั้นข้าราชการของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ระดับชั้นประทวน คิดเป็นร้อยละ 80.9 รองลงมาเป็นชั้นสัญญาบัตร คิดเป็นร้อยละ 19.1 ความเพียงพอของรายได้ ข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 71.8 และไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 28.2

3) ระดับการศึกษา ข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.2 และต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 38.8

4) ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต ข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 53.6 และระดับต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 46.4

5) รายได้ของครอบครัว ของข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัว 40,001 – 50,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 29.1 รองลงมา 30,001 - 40,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมา 20,001 – 30,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 19.1 รองลงมา สูงกว่า 50,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 15.5 และไม่เกิน 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 9.7

6) การเข้ารับการตรวจสุขภาพ ของข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มชาย ส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจร่างกายทุกปี (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 82.1 และเข้ารับการตรวจสุขภาพ มากกว่าปีละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.6

7) แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ ของข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลสุขภาพจากคนใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 53.6 และได้รับข้อมูลสุขภาพจากสื่อมวลชน คิดเป็นร้อยละ 46.4

ตอนที่ 2 วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปรผล การรับรู้ ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี เมื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ความห่วงกังวลและความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้านทานโรคหรือโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปรผล การรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี เมื่อศึกษาระดับภาวะสุขภาพ

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการแปรผล
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	330	3.72	.45	ค่อนข้างดี

จากตาราง 4 แสดงให้เห็นว่า ข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปรผล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปรผล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการแปรผล
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร	330	2.86	.44	ค่อนข้างดี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย	330	2.81	.44	ค่อนข้างดี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล	330	3.40	.43	ค่อนข้างดี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ	330	3.30	.45	ค่อนข้างดี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	330	3.13	.41	ค่อนข้างดี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	330	3.10	.35	ค่อนข้างดี

จากตาราง 5 แสดงให้เห็นว่า ข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งโดยรวม และรายด้าน 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ อยู่ในระดับค่อนข้างดี

ตอนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน ข้อ 1-16

4.1 การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ ต่างกัน ดังตาราง 6 – 8

ตาราง 6 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามตัวแปรอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P
อายุ					
40 – 49 ปี	179	3.71	.49	0.48	.63
50 - 59 ปี	151	3.74	.41		
ชั้นข้าราชการตำรวจ					
สัญญาบัตร	63	3.70	.40	.26	.60
ชั้นประทวน	261	3.73	.47		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	237	3.77	.42	2.70	.01
ไม่เพียงพอ	93	3.61	.51		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	128	3.66	.46	0.20	.46
ปริญญาตรีขึ้นไป	202	3.77	.45		

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P
ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	153	3.66	.50		
ปริญญาตรีขึ้นไป	177	3.78	.40	2.47	.01
การเข้ารับการตรวจสุขภาพ					
ทุกปี (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)	272	3.72	.46	2.70	.01
มากกว่าปีละ 1 ครั้ง	52	3.61	.42		
แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ					
บุคคลใกล้ชิด	177	3.70	.44		
สื่อมวลชน	153	3.75	.47	0.71	.48

จากตาราง 6 พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี ที่มีระดับความเพียงพอของรายได้ และระดับการศึกษาของคู่ชีวิต แตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 และข้อที่ 5 ส่วนตำรวจที่มีอายุชั้นข้าราชการตำรวจ ระดับการศึกษา การเข้ารับการตรวจสุขภาพ และแหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ข้อที่ 2 ข้อที่ 4 ข้อที่ 7 ข้อที่ 8

ตาราง 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวน คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS.	MS	F	P
รายได้ของครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	4	2.40	.60	2.99	.02
	ภายในกลุ่ม	325	65.37	.20		
	รวม	329	67.77			

จากตาราง 7 พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี ที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จะทำการทดสอบความแตกต่างกันเป็นรายคู่

ตาราง 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี เป็นรายคู่

		สูงกว่า 50,000 บาท	40,001 – 50,000 บาท	30,001 – 40,000 บาท	20,001 – 30,000 บาท	ต่ำกว่า 20,000 บาท
รายได้ของครอบครัว	$\bar{x}$	3.86	3.77	3.72	3.64	3.56
สูงกว่า 50,000 บาท	3.86	-	.09	.14	.22*	.30*
40,001 – 50,000 บาท	3.77		-	.05	.13	.21*
30,001 – 40,000 บาท	3.72			-	.08	.16
20,001 – 30,000 บาท	3.64				-	.08
ต่ำกว่า 20,000 บาท	3.56					-

จากตาราง 8 พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี ที่มีรายได้ครอบครัว สูงกว่า 50,000 บาท และ 40,001 – 50,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงกว่า ข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี ที่มีรายได้ครอบครัว 20,001 – 30,000 บาท และต่ำกว่า 20,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

4.2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ ต่างกัน ดังตาราง 9 – 11

ตาราง 9 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง จังหวัดชลบุรี จำแนกตามอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	S.D.	t	P
อายุ					
40 – 49 ปี	179	3.04	.37	2.00	.05
50 - 59 ปี	151	3.11	.32		
ชั้นข้าราชการตำรวจ					
สัญญาบัตร	63	3.69	.40	.54	.59
ชั้นประทวน	267	3.73	.47		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	237	3.77	.42		
ไม่เพียงพอ	93	3.62	.51	2.70	.01
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	128	3.08	.36	.30	.77
ปริญญาตรีขึ้นไป	202	3.07	.34		
ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	155	3.09	.36	.94	.35
ปริญญาตรีขึ้นไป	177	3.05	.34		
การเข้ารับการตรวจสุขภาพ					
ทุกปี	272	3.07	.36	.27	.79
มากกว่าปีละ1ครั้ง	58	3.06	.29		
แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ					
บุคคลใกล้ชิด	177	3.03	.36	2.58	.01
สื่อมวลชน	153	3.12	.32		

จากตาราง 9 พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ที่มีอายุและแหล่งที่ได้รับข้อมูลต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 และข้อที่ 16 ส่วนระดับชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิตต่างกันและการเข้ารับการตรวจสุขภาพ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10, ข้อที่ 11, ข้อที่ 12, ข้อที่ 13 และข้อที่ 15

ตาราง 10 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนพฤติกรรมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของข้าราชการ
ตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS.	MS	F	P
รายได้ของครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	4	3.21	0.80	7.14	.00
	ภายในกลุ่ม	325	36.52	.11		
	รวม	329	39.73			

จากตาราง 10 พบว่าข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจะทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ดังตาราง 11

ตาราง 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ใน
จังหวัดชลบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัวเป็นรายคู่

รายได้ของครอบครัว		สูงกว่า 50,000 บาท	40,001 – 50,000 บาท	30,001 – 40,000 บาท	20,001 – 30,000 บาท	ต่ำกว่า 20,000 บาท
	$\bar{x}$	3.12	3.15	3.10	3.01	2.81
สูงกว่า 50,000 บาท	3.25	-	.03	.02*	.11*	.31*
40,001 – 50,000 บาท	3.15		-	.15	.15*	.34*
30,001 – 40,000 บาท	3.10			-	.09	.28*
20,001 – 30,000 บาท	3.01				-	.19*
ต่ำกว่า 20,000 บาท	2.81					-

จากตาราง 11 พบว่าข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ที่มีรายได้ของครอบครัวสูงกว่า 50,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากกว่า รายได้ของครอบครัว 30,001 – 40,000 บาท และต่ำกว่า 20,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ที่มีรายได้ 40,001 – 50,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากกว่าข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ที่มีรายได้ 20,001 – 30,000 บาท และต่ำกว่า 20,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 นอกจากนี้ข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ที่มีรายได้ 20,001 – 30,000 บาท มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากกว่า ข้าราชการตำรวจที่มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

4.3 การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ดังตาราง 12

ตาราง 12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ					โดยรวม
	ด้านการ รับประทานอาหาร	ด้านการออกกำลังกาย	ด้านการรักษา อนามัยบุคคล	ด้านการหลีกเลี่ยง สารที่เป็นโทษ	ด้านการป้องกัน อุบัติเหตุ	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.48**	.48**	.34**	.35**	.39**	.48**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ						
ด้านการรับประทานอาหาร						
อาหาร	-	.55**	.52**	.53**	.42**	.75**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ						
ด้านการออกกำลังกาย		-	.56**	.43**	.55**	.81**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ						
ด้านการรักษาอนามัย						
ส่วนบุคคล			-	.71**	.66**	.84**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ						
ด้านการหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ				-	.64**	.79**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ						
ด้านการป้องกัน						
อุบัติเหตุ					-	.81**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ						
โดยรวม						-

จากตาราง 12 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และ ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี สรุปได้ดังนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง

สมมติฐานการศึกษา

1. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีอายุต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
2. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีชั้นข้าราชการต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
3. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
4. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดีกว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
5. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่คู่ชีวิตมีระดับการศึกษาสูงกว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองที่คู่ชีวิตมีระดับการศึกษาต่ำกว่า
6. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า
7. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
8. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน
9. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

10. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีชั้นข้าราชการต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
11. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน
12. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
13. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่คู่ชีวิตมีระดับการศึกษาสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าข้าราชการตำรวจวัยทองที่คู่ชีวิตมีระดับการศึกษาต่ำกว่า
14. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า
15. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
16. ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันแตกต่างกัน
17. การรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชายวัยทอง

วิธีการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ซึ่งในจังหวัดชลบุรีมีสถานีตำรวจทั้งหมด 23 สถานี เป็นข้าราชการตำรวจที่มีรายชื่อตามบัญชีรายชื่อจำนวน 2,820 นาย และมีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 1,837 นาย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นข้าราชการตำรวจชายวัยทอง ที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ที่สถานีตำรวจภูธร ภายในจังหวัดชลบุรี จำนวน 330 นาย เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan (ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. 2529)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ลักษณะเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม เป็นการสอบถามข้าราชการตำรวจวัยทอง เกี่ยวกับอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลของนำแบบวัดของ เนตรนภา คู่พันธ์ (2534) และศึกษา General Health Perception Battery ของ บรูค และคนอื่นๆ (Brook; et al. 1979) นำมาดัดแปลงและผู้วิจัยได้สร้างขึ้นใหม่โดยครอบคลุมเนื้อหาและสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยคำถามที่ประเมินใน 6 ด้าน ดังนี้

- การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตจำนวน 3 ข้อ
- การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันจำนวน 4 ข้อ
- การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตจำนวน 2 ข้อ
- ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพจำนวน 2 ข้อ
- ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อโรคจำนวน 3 ข้อ
- ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจำนวน 1 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ

แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 5 ด้าน คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงสารเสพติดให้โทษ และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้านแรก ผู้วิจัยได้นำแบบวัดของ นลินี มิ่งมณี (2548) และกอบบุญ พึ่งประดิษฐ์ (2550) มาดัดแปลงให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่

- ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ
- ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 18 ข้อ
- ด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ
- ด้านการหลีกเลี่ยงสารที่เป็นโทษ จำนวน 11 ข้อ
- ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 16 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for Social Science for Window) และการทดสอบสมมุติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียงร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับจากกลุ่มตัวอย่าง และคัดเลือกเฉพาะที่สมบูรณ์ไว้สำหรับนำมาวิเคราะห์ต่อไป

2. นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ปัจจัยทางชีวสังคม ของผู้ตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ แจกแจงความถี่ค่าร้อยละ
3. นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยหาค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มโดยทดสอบ ด้วยค่าที (t-test)
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การ ทดสอบแบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One Way Analysis of Variance) โดยทดสอบค่า เอฟ (F-test)
6. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจชายวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี สามารถแยกอธิบายได้ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นข้าราชการ ตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.2 ชั้นข้าราชการส่วนใหญ่ อยู่ระดับชั้นประทวน คิดเป็นร้อยละ 80.9 ความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 71.8 ระดับ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.2 ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต ส่วน ใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 53.6 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มี รายได้ครอบครัว 40,001 – 50,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 29.1การเข้ารับการตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจร่างกายทุกปี (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 82.1 และส่วนใหญ่มี แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพจากคนใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 53.6

2. ผลของระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี เมื่อ ศึกษาระดับภาวะสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.72$, SD. = .45)

3. ผลของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี เมื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับ ค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.12$, SD. = .34) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 2.86$, SD. = .44)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 2.81$, SD. = .44)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล ระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.40$, SD. = .43)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ ระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.30$, SD. = .45)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ระดับค่อนข้างดี ($\bar{x} = 3.10$, SD. = .35)

4. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ที่มีระดับความเพียงพอของรายได้แตกต่างกัน และระดับการศึกษาของคู่ชีวิตแตกต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ข้าราชการตำรวจวัยทองที่ระดับการศึกษาของคู่ชีวิตสูงกว่าจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาของคู่ชีวิตต่ำกว่า สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 และข้อที่ 5 ส่วนตำรวจที่มีอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ระดับการศึกษา และแหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ข้อที่ 2 ข้อที่ 4 ข้อที่ 7 ข้อที่ 8 และรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6

5. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ พบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ที่มีอายุและแหล่งที่ได้รับข้อมูลต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 และข้อที่ 16 ส่วนระดับชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิตต่างกันและการเข้ารับการตรวจสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 ข้อที่ 11 ข้อที่ 12 ข้อที่ 13 และข้อที่ 15 รายได้ของครอบครัวสูง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากกว่า และรายได้ของครอบครัว ต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 14

6. ผลการความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี สามารถแยกอภิปรายตามสมมติฐานดังนี้

1. ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำแนกตามอายุ ชั้นข้าราชการตำรวจ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต รายได้ของครอบครัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อโรคและความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทั้งนี้เป็นเพราะข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรีส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.2 สามารถแสวงหาความรู้ ข่าวสารต่างๆ แหล่งประโยชน์และมีความพอเพียงของรายได้ ซึ่งจะส่งผลถึงความสามารถในการค้นหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเองและปัจจุบันสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้จัดโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ของข้าราชการตำรวจไทยอย่างสม่ำเสมอ ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 จึงส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับค่อนข้างดี

อายุกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

อายุที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 แต่เนื่องจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติมีนโยบายให้ ข้าราชการตำรวจไทยต้องตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี ดังนั้นข้าราชการตำรวจไทยทุกคนจึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ว่ามีอายุเท่าไรก็ตาม ปราณี วีโรโสภณ (2546: 21) อธิบายว่าการที่บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นของบุคคล

ชั้นข้าราชการกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ชั้นข้าราชการต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ต่างกัน เนื่องมาจากลำดับชั้นการแบ่งชั้นข้าราชการจะแบ่งตามระดับการศึกษาและประสบการณ์ที่สั่งสมมา ดังนั้นฐานของเงินเดือนจึงขึ้นอยู่กับตำแหน่งงานเช่นกัน จากการศึกษางานวิจัยพบว่า ชั้นข้าราชการต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ เพราะข้าราชการตำรวจทุกคนมีการรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่มาจากแหล่งเดียวกัน ตามประกาศที่ออกมาจากหน่วยงานของรัฐ มีข้อบังคับให้ข้าราชการตำรวจทุกคนเข้ารับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ดังนั้น ข้าราชการตำรวจจึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่คล้ายกันทำให้ไม่พบความแตกต่างในงานวิจัย

ระดับการศึกษากับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาถึงสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า การมีการศึกษาที่ดีจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกๆ ด้านให้กับบุคคลทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ผลการวิจัยสอดคล้องกับ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ (2535) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับวิถีชีวิตพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเองและการเข้าร่วมกิจกรรม (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ. 2535) และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

ระดับการศึกษาของคู่ชีวิตกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองจังหวัดชลบุรีที่มีระดับการศึกษาของคู่ชีวิตสูงกว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองที่คู่ชีวิตมีระดับการศึกษาต่ำกว่า ระดับการศึกษาของคู่ชีวิตเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต สภาพความเป็นอยู่ในด้านความรู้สึนึกคิด ความเชื่อ และวิถีปฏิบัติตน (นิภา นิธยาน. 2520: 74) ข้าราชการที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยจะทำให้มีคู่คิด คู่ปรึกษา ไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยวนอกจากนี้คู่สมรสยังเป็นผู้คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน รวมทั้งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ความเพียงพอของรายได้กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีความเพียงพอของรายได้ต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้ เนื่องจากข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จะมีการตรวจสุขภาพประจำปี แต่ตำรวจบางนายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีอาจมีการตรวจสุขภาพเพิ่มเติมด้วยทุนส่วนตัว ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพต่างๆ มีความแตกต่างกัน การมีรายได้ที่ดีทำให้ช่วยวัยทองมีโอกาสเลือกและกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เพราะการกระทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยสำคัญ การมีรายได้ดีทำให้ช่วยวัยทองมีโอกาสได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัยที่มีสภาพดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมทั้งอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ. 2535) ผลการวิจัยสอดคล้องกับ ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534: 84) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้การปฏิบัติตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กทม. พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลวรรณ ชังศิริ (2548: 112) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า แผนกเอ็กซเรย์วินิจฉัย กองรังสีกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้ป่วยที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากแหล่งข้อมูลในปัจจุบันมีเข้ามาได้หลายทาง รวมทั้งสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ทีวี อินเทอร์เน็ต สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ จึงทำให้มีการรับรู้ข้อมูลได้เพิ่มขึ้น และทุกคนมีสิทธิ์เลือกที่จะรับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมกับตนเอง แหล่งข้อมูลที่ต่างกันจึงไม่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ

2. ระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับค่อนข้างดี ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมด้านการป้องกันอุบัติเหตุและพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่เป็นผู้มีความรู้ อยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 53.6 สามารถแสวงหาความรู้ ข่าวสารต่างๆ แหล่งประโยชน์ ตลอดจนแหล่งนั้นหนทางการต่างๆ สามารถพิจารณาเข้าใจการกระทำต่างๆ ได้ดี สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้มากกว่าและสนใจในสุขภาพ ตลอดจนมีการเข้าร่วมในกิจกรรมของกรมตำรวจอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของกรมตำรวจทำให้ข้าราชการตำรวจวัยทองได้รับประโยชน์ต่างๆ มากมาย เช่น ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การนันทนาการ ตลอดจนการตรวจสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี เป็นการสนับสนุนแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537: 23; อ้างอิงจาก Orem. 1991: unpagged) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (Delibetate Action) และเมื่อกระทำอย่างมี จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด เช่น มีโครงการทดสอบสมรรถภาพร่างกายตามแผนพัฒนาการตำรวจและครอบครัว การจัดกิจกรรมนันทนาการต่างๆ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น กิจกรรมหัวเราะบำบัด โดย ดร.วัลลภ ปิยะมโนธรรม ซึ่งมีสวนช่วยสนับสนุนในเรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นรินาถ วิทยโชติทิติคุณ (2534: 42) พบว่า ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 106) ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา พวงแก้ว (2540: 82-87) ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพฯ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี

อายุกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า ทั้งนี้ เป็นเพราะบุคคลที่มีอายุมากขึ้น เริ่มรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมากขึ้น จึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ผลการวิจัยสอดคล้องกับของสมบัติ พันธุ์คง และคนอื่นๆ (พัชรินทร์ ขวัญชัย; และคนอื่นๆ. 2541: 14; อ้างอิงจาก สมบัติ พันธุ์คง; และคนอื่นๆ. 2537) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของครูโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานครจากกลุ่มที่ศึกษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

ชั้นข้าราชการกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาชั้นข้าราชการต่างกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ต่างกัน ทั้งนี้จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษางานวิจัยพบว่าข้าราชการทุกระดับ มีการรับทราบข้อมูลข่าวสารที่มาจากแหล่งเดียวกัน ตามประกาศที่ออกมาจากหน่วยงานของรัฐ อีกทั้งมีนโยบายให้ข้าราชการต่าง ๆ ทุกคน ตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ข้าราชการตำรวจจึงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าข้าราชการตำรวจวัยทองจังหวัดชลบุรี ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างจากข้าราชการตำรวจวัยทอง ที่มีระดับการศึกษา ทั้งนี้ เนื่องจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติมีนโยบายส่งเสริมภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจไทยเท่าเทียมกันไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาใดก็ตาม ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ นรินาท วิทย์โชติภักดิ์ (2534: 46) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าจำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พัฒนผดุงพิทยา (2542: 82) ได้ศึกษาเรื่องอำนาจควบคุมเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 110) ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ได้รับความรู้นอกสถานศึกษา เช่น สื่อมวลชนต่างๆ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ในสังคม และการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง แม้มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

ระดับการศึกษาของคู่ชีวิตกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีระดับการศึกษาของคู่ชีวิตต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการทำกิจกรรมดูแลสุขภาพ ส่งเสริมและป้องกันเพื่อให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากความเจ็บป่วยนั้น เป็นการปฏิบัติของตนเองทั้งสิ้น จึงไม่มีความเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของคู่ชีวิต

ความเพียงพอของรายได้ และรายได้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี ที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ทั้งนี้ เนื่องจากการมีรายได้ที่ดีทำให้ชายวัยทองมีโอกาสเลือกและกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เพราะการกระทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยสำคัญ การมีรายได้ดีทำให้ชายวัยทองมีโอกาสได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัยที่มีสภาพดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมทั้งอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ หนูบ้านยาง

(2540: 109) ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุใน คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมการแพทย์ทหารเรือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีความสามารถในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้คงเป็นเพราะข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี จะมีการตรวจสุขภาพประจำปี แต่ตำรวจบางนายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีอาจมีการตรวจสุขภาพเพิ่มเติมด้วยทุนส่วนตัว ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพต่างๆ มีความแตกต่างกัน การมีรายได้ที่ดีทำให้ชายวัยทองมีโอกาสเลือกและกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เพราะการกระทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยสำคัญ การมีรายได้ดีทำให้ชายวัยทองมีโอกาสได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัยที่มีสภาพดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมทั้งอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิต พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ ความสามารถในการดูแลตนเอง (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์. 2535)

แหล่งที่ได้รับข้อมูลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองที่มีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับจากบุคคลใกล้ชิดทำให้ข้าราชการตำรวจมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าแหล่งข้อมูลที่ได้รับจากสื่อมวลชน ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน นอกจากจะทำให้ข้าราชการตำรวจได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์แล้วยังช่วยทำให้เขาเกิดการรับรู้ว่ามีบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดคอยให้ความห่วงใยเอาใจใส่อีกด้วย อันเป็นสิ่งที่ช่วยหนุนเสริมให้ข้าราชการตำรวจมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าที่ได้รับจากสื่อมวลชน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ ข้าราชการตำรวจวัยทอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตรงตามสมมุติฐานข้อที่ 11 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender. 1987: 67) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อมีการรับรู้ภาวะสุขภาพเกิดขึ้น บุคคลก็จะมี การให้ความหมาย มีการตกลงเกิดขึ้นในใจ เกิดทัศนคติและให้คุณค่าตามการรับรู้ของตน ซึ่งจะมีผลบังคับให้เกิดการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกไป และส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง และมีแนวโน้มว่าจะมีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย และการที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งใดเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพนั้น บุคคลต้องมีการรับรู้ถึงพฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง 298 คน ผลการศึกษาพบว่า การรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับดี และมีแบบแผนชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงดี สอดคล้องกับการศึกษาของ พิเชฐ เจริญเกษ (2540: ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครุฑมัยศึกษา

สังกัดสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา พวงแก้ว (2540: 82-87) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 200 ราย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า

ผลการวิจัยพบว่า ข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อโรคและความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับค่อนข้างดี ได้แก่ พฤติกรรมด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมด้านการป้องกันอุบัติเหตุและพฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงเพศสภาวะที่เป็นโทษ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. ควรส่งเสริมการให้ความรู้ถึงการเข้าสู่ภาวะวัยทอง ในรูปแบบการประเมินร่างกายและให้มีความเข้าใจถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ละน้อย เพื่อการเข้าสู่วัยทองอย่างแข็งแรง
2. ควรส่งเสริมการให้มีการจัดตั้งชมรมตำรวจวัยทองขึ้นในหน่วยงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ และการเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะพร่องฮอร์โมน ทำให้ข้าราชการตำรวจวัยทองรู้สึกชีวิตมีคุณค่า และมีความสุขในชีวิตประจำวัน
3. ควรศึกษาและสร้างความเข้าใจให้ข้าราชการตำรวจวัยทองเฝ้าระวังภาวะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่กำลังเกิดขึ้น เพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างแข็งแรง
4. ควรมีการส่งเสริมกลุ่มแม่บ้านของครอบครัวข้าราชการตำรวจวัยทอง เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพของคู่สมรส เช่น การดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของข้าราชการตำรวจวัยทอง
5. ควรส่งเสริมคู่สมรสและครอบครัวให้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะวัยทองในเพศชาย
6. จัดให้มีโครงการให้ความรู้แก่ข้าราชการตำรวจไทยในเรื่องการจัดสรรเงินออมจากรายได้เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ควรมีการศึกษาในจังหวัดอื่นๆ เพื่อให้ได้รับข้อมูลในภาพรวม และสามารถนำมาศึกษาเปรียบเทียบต่อไป
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่คาดว่าจะมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพข้าราชการตำรวจวัยทอง เช่น ความวิตกกังวล การเห็นคุณค่าในตน เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลวรรณ ชังศิริ. (2548). ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการตรวจด้วยเครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า. สารนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กอบบุญ พึ่งประดิษฐ์. (2550). การศึกษาลักษณะมุ่งอนาคต การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของนักศึกษาโปรแกรมวิชาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏในกลุ่มรัตนโกสินทร์. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กรมอนามัย. (2545). คู่มือส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับจำนวนประชากร. (2550, ธันวาคม). ค้นเมื่อ 17 เมษายน 2551, จาก http://www.dopa.go.th/cgi-in/people2_stat.exe?.
- จิราพร มงคลประเสริฐ. (2548). การส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารสร้างเสริมสุขภาพ. 2(3-4): 29-42.
- จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐกร อ่วมบำรุง. (2534). การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงพร รัตนอมรชัย; และคนอื่นๆ. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2(1): 21-25.
- ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี. (2542). การศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์. กรุงเทพฯ: ฝ่ายอบรมอนามัยในบ้าน สำนักงานสภากาชาดไทย.
- เทียนทิพย์ เทียนสีม่วง. (2549). การเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลรามารับดี. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในคลินิกของผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. ปรินต์นิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นลินี มิ่งมณี. (2549). ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นिरานารถ วิทย์ชคกิตติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา นิธยาน. (2520). การปรับตัวและบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ: สารศึกษากาการพิมพ์.
- นุชระพี สุทธิกุล. (2540). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ปราณี ธีรโสภณ; และสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2546). รายงานการวิจัย ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของผู้ชายวัยทอง. ขอนแก่น: สามคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิเชษฐ เจริญเกษ. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จ.นครนายก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พิธีสิทธิ์ คำนวนคิลปี; และคนอื่นๆ. (2523). ความทันสมัย : ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหา บางประการของคนชรา. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- พัชรินทร์ ขวัญชัย; และคนอื่นๆ. (2541). รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและ ภาวะสุขภาพของประชาชนวัยผู้ใหญ่ ในอำเภอบางพลี จังหวัดนครนายก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปิฎก วิทวัสสุติกุล; และคนอื่นๆ. (2546). สุขศึกษา. กรุงเทพฯ: แม็ค.
- มนู วาทีสุนทร. (2541). หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. วารสารสุขุทัยธรรมมาธิราช. 11(3): 5.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีค่าในตนเอง และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ. ปรินต์นิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ล้วน สายยศ; และ อังคณา สายยศ. (2536). เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

ศิริพร สันติกุล. (2547). พฤติกรรมการใช้บริการคลินิกวัยทองของสตรีและบุรุษ. วิทยานิพนธ์

สค.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

วณิดา กองแก้ว. (2549). ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร.

สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

วสันต์ ศิลปสุวรรณ; และคนอื่นๆ. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสุขศึกษา. 24(89): 14-29.

วีรชัย ภาณุมาตรศรี; และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2545). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของชายวัยทองในจังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขศึกษา. 25(91): 46-61.

วุฒิพงษ์ ปรมัตถการ. (2542). วิทยาศาสตร์การกีฬา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลสุขภาพตนเอง. *Health เพื่อสาระและ*

สุขภาพแห่งชีวิต. 3(31): 46-49.

สมชาย ดุรงค์เดช. (2543). โภชนาการกับการออกกำลังกาย. *วารสารโภชนาการ*. 35(2): 66-68.

สายัณห์ สวัสดิ์ศรี. (2549). *รู้ทันวัยทอง*. กรุงเทพฯ: เรือนปัญญา.

สายัณห์ สวัสดิ์ศรี; และคนอื่นๆ. (2545). *คลินิกชายวัยทอง* โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. กรุงเทพฯ:

บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร. (2548). ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม. สารนิพนธ์

กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ถ่ายเอกสาร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย*. กรุงเทพฯ:

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

อัจฉริยา พวงแก้ว. (2540). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ใน*

กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อรุษา เทพพิสัย. (2544). *สุขภาพชาย-หญิง วัยทองยุค 2001*. กรุงเทพฯ: ข้าวฟ่าง.

ฤดี ปุ๋งบางกระดี. (2540). *การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิง*

ตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์ การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ:

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- Larry, C. B.; & Edward, K. (1993). *Health psychology*. United States of America: Holt, Rinehart and Winston.
- Orem, D.E. (1985). *Concept of practice*. 3rd ed. New York: Mc Grew Hill Book Company.
- (1991). *Nursing: Concepts of practice*. 4th ed. St.Louis: Mosby Year Book.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. California: Appleton & Large.
- (1987). *Health promotion in nursing practice*. 2nd ed. California: Appleton & Large.
- Speak, D. L.; Cowert, M. E.; & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing & Health Care*. 12, 93-100.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

อาจารย์ ทศนา ทองภักดี	ภาควิชาการวัดผลและวิจัยการศึกษา สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ วิชญญา วัฒนโณ	ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ สุพัทธ แสนแจ่มใส	ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถามการศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดทำสารนิพนธ์เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง กรณีศึกษากลุ่มข้าราชการตำรวจชายวัยทองที่มีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ที่สถานีตำรวจภูธรจังหวัดชลบุรี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ดังนั้นจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและตอบทุกข้อ โดยข้อมูลที่ได้อาจจะปกปิดไว้เป็นความลับ คำตอบของท่านมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีทั้งหมด 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ด้าน มีทั้งหมด 73 ข้อ

กรุณาอ่านคำชี้แจงแต่ละตอนก่อนลงมือทำ และคำตอบในแบบสอบถามของท่านผู้ศึกษารับรองว่าจะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม

นางสาวปัทมาพร พันธุ์อุบล
นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคม เมื่อท่านอ่านแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ ซึ่งตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. อายุ ☐ 40 – 49 ปี
☐ 50 – 59 ปี
2. ชั้นข้าราชการตำรวจ
☐ สัญญาบัตร ☐ ชั้นประทวน
3. ความเพียงพอของรายได้
☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
4. ระดับการศึกษา
☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
5. ระดับการศึกษาของคู่ชีวิต
☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
7. การเข้ารับการตรวจสุขภาพ
☐ ทุกปี (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) ☐ มากกว่าปีละหนึ่งครั้ง
8. แหล่งที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ
☐ บุคคลใกล้ชิด ☐ สื่อมวลชน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับการรับรู้ของท่านเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ โดยผู้วิจัยกำหนดคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพดังต่อไปนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึของท่านทุกประการ
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึของท่านเป็นส่วนมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึของท่านเพียงเล็กน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ที่ผ่านมามีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของท่านมาตลอด					
2. ที่ผ่านมามีความรู้ความเปลี่ยนแปลงของร่างกายของท่านเมื่อเข้าสู่วัยทองมาโดยตลอด					
3. ที่ผ่านมามีความรู้ภาวะสุขภาพของท่านมาตลอด					
4. เมื่อท่านทราบผลการตรวจสุขภาพ ท่านได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงสาเหตุของภาวะสุขภาพของท่านได้					
5. เมื่อมีญาติสนิทหรือเพื่อนบอกท่านเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ท่านได้นำข้อมูลกลับมาคิดทบทวน					
6. ท่านเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบันกับอดีตที่ผ่านมาเป็นประจำ					
7. ท่านเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน					
8. ท่านได้มีการคาดการณ์ภาวะสุขภาพในอนาคต					
9. ท่านเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความเจ็บป่วยของท่านที่จะเกิดขึ้นในอนาคต					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10. ท่านสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่าน					
11. การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญของท่าน					
12. ท่านเข้าใจถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องของท่าน					
13. ท่านสามารถเชื่อมโยงสภาพร่างกายของท่านกับโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้					
14. ท่านเข้าใจถึงความแข็งแรงหรือความอ่อนแอของร่างกายของท่าน					
15. ท่านยอมรับว่าบางเวลาท่านต้องเจ็บป่วยบ้าง					

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง : กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด
เพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบทุกข้อโดยผู้วิจัยได้มีการให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นประจำ สม่ำเสมอ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
ปฏิบัติน้อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมในข้อความนั้นเป็นบางครั้งหรือทำเป็นส่วนน้อย
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมในข้อความนั้นเลย

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติ น้อยครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร				
1. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อ				
2. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 6 แก้วต่อวัน				
3. ท่านรับประทานอาหารผักใบเขียวและผลไม้สดทุกวัน				
4. ท่าน รับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ดมาก เค็มมาก				
5. ท่านรับประทานอาหารมื้อเช้าทุกวัน				
6. ในแต่ละวันท่านรับประทานอาหารฟาส์ฟู้ด เช่น ข้าวหอมมือ ถัง งา ข้าวโพด				
7. ท่านรับประทานอาหารแต่อาหารที่ชอบโดยไม่คำนึงถึงคุณค่า หรือ ประโยชน์				
8. ท่านดื่มและกินโดยไม่สนใจสุขภาพ				
9. เวลากระหายน้ำท่าน ดื่มน้ำอัดลม				
10. ท่านรับประทานอาหารขนมขบเคี้ยว ขนมปัง เค้ก หรือขนมอื่น ขณะดูโทรทัศน์				
11. ท่านรับประทานอาหารจนแน่นท้อง อึดอัด เมื่อรู้สึก ว่าอาหารอร่อย รสชาติดี				

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติน้อยครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
12. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน หรืออาหารประเภทผัดที่มีน้ำมันมาก				
13. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อในหนึ่งวัน				
14. ท่านรับประทานอาหารเพื่อให้อึดท้องโดยไม่คำนึงถึงคุณค่าด้านอื่นๆ				
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย				
15. เมื่อออกกำลังกายท่าน ออกกำลังกายจนเหงื่อออกและหัวใจเต้นแรง				
16. ท่านสวมเสื้อผ้า และรองเท้าที่เหมาะสมกับการออกกำลังกาย				
17. ท่านออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็วๆ หรือออกกำลังกายบริหาร อย่างน้อยครั้งละ 20 นาที				
18. ท่านทำการอบอุ่นร่างกาย 5- 10 นาที ก่อนการเล่นกีฬา				
19. ท่านทำการผ่อนคลายร่างกาย 5- 10 นาที หลังการเล่นกีฬา				
20. เวลาเดินท่านจะเดินเร็วๆ เพื่อออกกำลังกาย				
21. ท่านกำหนดเวลาสำหรับการออกกำลังกายเป็นเวลาที่แน่นอน				
22. ท่านประเมินการเต้นของหัวใจโดยการจับชีพจร ก่อนและหลังการออกกำลังกาย				
23. ท่านไม่ออกกำลังกายที่ใช้พลังกำลังมากๆ				
24. เมื่อมีเวลาว่างท่านจะไปออกกำลังกาย				
25. ถึงแม้ไม่มีเวลาออกกำลังกายท่านจะใช้วิธีทำงานบ้านแทน				
26. เมื่อออกกำลังกายเสร็จแล้วท่านจะพักให้หายเหนื่อยก่อนไปอาบน้ำ ชำระร่างกาย				
27. ท่านออกกำลังกายในที่ที่อากาศถ่ายเทดี				
28. ท่านออกกำลังกายชนิดที่เหมาะสมกับตนเอง				

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติน้อยครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
29. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์				
30. ท่านใช้วิธีเดินแทนการนั่งรถ ในระยะสั้นๆ				
31. ท่านสามารถออกกำลังกายระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ 1 - 2 ชั้น				
32. ท่านออกกำลังกายในช่วง เช้า หรือ เย็น แทนการดูโทรทัศน์				
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการรักษานามัยส่วนบุคคล				
33. ท่านไปพบทันตแพทย์ตรวจสุขภาพฟันแม้ไม่มีอาการผิดปกติใดๆอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				
34. ท่านแปรงฟัน หรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง				
35. ท่านไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี				
36. ท่านดูแลรักษาห้องนอนให้สะอาดสม่ำเสมอ				
37. เมื่อท่านเป็นหวัดข้าพเจ้าจะพักผ่อนมากๆ				
38. ท่านใช้ช้อนกลาง เมื่อรับประทานอาหารกับผู้อื่น				
39. ท่านรับประทานอาหารในภาชนะที่สะอาด				
40. ท่านสวมรองเท้า เมื่อออกไปนอกบ้าน				
41. ท่านชำระร่างกายให้สะอาดก่อนเข้านอน				
42. ท่านล้างมือก่อนรับประทานอาหาร				
43. ท่านอ่านหนังสือในที่แสงสว่างเพียงพอ				
44. ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน				
45. ท่านทิ้งขยะมูลฝอยในถังขยะ				
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยง เสพยาที่เป็นโทษ				
46. ท่านล้างผักผลไม้ให้สะอาดก่อนรับประทาน				
47. ท่านจะไม่เข้าไปในบริเวณที่เพิ่งมีการฉีดยาฆ่าแมลงเสร็จใหม่ๆ				

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติน้อยครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
48. หลังจากฉีดยาฆ่าแมลงหรือใช้สารเคมี ท่านจะล้างมือให้สะอาด				
49. ท่านอ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาบนฉลากยาก่อนใช้				
50. ท่านระมัดระวังเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีในบ้าน เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำ				
51. ท่านรับประทานอาหารทอดโดยไม่คำนึงถึงน้ำมันที่ใช้ทอดหลายครั้งจะมีสีดำ				
52. แม้ท่านจะรู้ว่าน้ำพริกที่ขายตามร้านทั่วไปจะผสมสารกันบูดเข้าพเจ้าก็เลือกซื้อมารับประทาน				
53. ท่านดื่มกาแฟอย่างน้อย 3 แก้วต่อวัน				
54. เมื่อซื้ออาหารประเภทปิ้งหรือย่างท่านจะเลือกซื้อที่ไหม้จนเกรียมมารับประทาน				
55. ท่านใส่ถุงมือขณะใช้น้ำยาล้างห้องน้ำ				
56. ท่านกินยานอนหลับ ก่อนนอน				
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ				
57. ทุกครั้งที่นั่งรถจักรยานยนต์ ท่านไม่สวมหมวกกันน็อก				
58. ท่านถอดปลั๊กไฟทุกครั้ง เมื่อทำงานเสร็จ				
59. ท่านระมัดระวังขณะเดินบนพื้นที่ลื่นหรือลงบันได				
60. ท่านเก็บอุปกรณ์ที่เป็นของมีคมทุกครั้งเมื่อใช้งานเสร็จ				
61. ท่านจะไม่ขับรถเมื่อรู้สึกร่างง่วงนอน				
62. ทุกครั้งที่ข้ามถนน ท่านเดินข้ามสะพานลอย				
63. ท่านสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุได้				
64. ท่านจะข้ามถนนบนทางม้าลายหรือสะพานลอยเท่านั้นแม้ว่าต้องเดินไกล				
65. ท่านเก็บสารหรือวัตถุอันตรายไว้ในที่มิดชิด				
66. ขณะที่มือเปียกน้ำ ท่านจะไม่เสียบปลั๊กไฟฟ้า				

พฤติกรรมในชีวิตของท่าน	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติน้อยครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
67. ช่วงกลางคืนแม้จะมีสะพานลอย ท่านก็จะวิ่งข้ามถนนเพราะมีรถน้อย				
68. เมื่อต้องซื้อนํ้าหรือซื้อขนมหรือเครื่องดื่มอื่นใด แม้ไม่มีหมวกกันน็อค ท่านจะหาหมวกชนิดอื่นใส่แทน				
69. เมื่อฝนตกท่านใช้ผ้าหรือเสื้อคลุมแทนที่หลังฝน				
70. เมื่อไปซื้อของใกล้บ้าน ท่านก็จะไม่ถอดปลั๊กไฟ เพราะใช้เวลาไม่นาน				
71. ท่านตรวจสอบสายไฟในบ้านเป็นประจำ				
72. ก่อนขึ้น-ลงรถประจำทาง ท่านจะรอให้รถจอดสนิทก่อน				
73. ท่านตรวจสอบปลั๊กไฟทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน				

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวปณมาพร พันธุ์อุบล
วันเดือนปีเกิด	22 มกราคม 2513
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	874 ซอย ดาราฉาย ถนน อ่อนนุช 46 แขวง สวนหลวง เขต สวนหลวง กรุงเทพมหานคร 10250
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ทางเดินอาหารและตับ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	มัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเซนต์โยเซฟ บางนา
พ.ศ. 2531	จากมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนลาซาล
พ.ศ. 2536	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
พ.ศ. 2539	คหกรรมศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2553	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ