

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การออกกำลังกาย และการไปพบแพทย์ กับการรับรู้สุขภาพในวัยผู้ใหญ่

วรัญญู กองชัยมงคล สันทนต์ พรประเสริฐมานิต สุขวิทย์ โคนาราง
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพ กับอายุ ความถี่ในการออกกำลังกาย และความถี่ในการไปพบแพทย์ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 121 คน ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 20 – 72 ปี ได้ผลการวิจัยว่าการรับรู้สุขภาพ มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางบวกกับอายุ และความถี่ในการออกกำลังกาย แม้ว่าจะควบคุมหรือไม่ ควบคุมตัวแปรเพศก็ตาม และไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรับรู้สุขภาพ และความถี่ในการไปพบแพทย์ ทั้งควบคุมและไม่ควบคุมตัวแปรเพศ

สุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการดำรงชีวิต ถึงขนาดมีคำกล่าวที่ว่า “การไม่เป็นโรค เป็น ลากอันประเสริฐ” แต่อย่างไรก็ตาม การรับรู้ของคนทั่วไป มักพบว่าวัยสูงอายุ เป็นวัยที่เจ็บป่วย ร่างกายเสื่อมโทรมในด้านต่างๆ ทั้งรูปร่างลักษณะภายนอก และระบบการทำงานภายใน (สกุรัตน์ เดียววานิช, 2545) แต่อาจเป็นไปได้ว่า ถึงแม้ว่าสุขภาพจะเสื่อมถอยลง แต่การรับรู้สุขภาพของ ผู้สูงอายุอาจเป็นไปได้ด้วยเหตุนี้เอง ทำให้ผู้วิจัยสนใจในการรับรู้สุขภาพในวัยผู้ใหญ่

ความหมายของการรับรู้สุขภาพ

ศิริพร ชัมภลิจิต (2533 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันตา) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง

มธุรส จันทรแสงศรี (2540) ให้ความหมาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกและ ความคิดเห็นหรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ภายในช่วงเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมามาจนถึงเวลาปัจจุบัน และความสามารถทางด้านร่างกายในการชำระ ไข ซึ่งการทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาท โดยเฉพาะความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม แม้ว่าจะมี ความเจ็บป่วยอยู่ โดยให้บุคคลประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง

ปิยะพันธุ์ นันตา (2541) หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลต่อสุขภาพ โดยทั่วไปของตนเอง

บันทึกจากผู้เขียน

รายงานฉบับนี้ถูกเขียนขึ้นเมื่อ กุมภาพันธ์ 2005 ประกอบรายวิชา จิตวิทยาผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ติดต่อผู้เขียน: Sunthud Pornprasertmanit, Email: psunthud@gmail.com

Hiall, Peglar & Borgen (1984 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541) ให้ความหมายของการรับรู้ด้านสุขภาพว่า หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพขึ้นอยู่กับระดับของภาวะสุขภาพจริง และการยอมรับในบทบาทของการเจ็บป่วย

Connelly et al. (1989 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541) ให้ความหมายของการรับรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย

Wang & Laffrey (2001 อ้างถึง สกุศลรัตน์ เตียววานิช, 2545) ให้ความหมายของการรับรู้สุขภาพว่า หมายถึง การที่แต่ละบุคคลบอกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง ทั้งภาวะสุขภาพปัจจุบัน ภาวะสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และภาวะสุขภาพเพื่อเปรียบเทียบกับบุคคลวัยเดียวกัน

Speak, Cowart, & Pellet (1989 อ้างถึง สกุศลรัตน์ เตียววานิช, 2545) ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพว่า หมายถึง ความคิดของบุคคลที่รวบรวมขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของเขาเหล่านั้น ดังนั้นจึงมีความเห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกซึ่งความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตน

โดยสรุปแล้วการรับรู้สุขภาพ เป็นกระบวนการที่สมองตีความหมายจากสุขภาพของตนเอง และประเมินภาวะสุขภาพของตนว่าดีมาน้อยเพียงใด ผ่านเจตคติที่มีต่อสุขภาพของตนเอง

สาเหตุของการรับรู้สุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World health Organization: WHO, 2003) ได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพไว้ว่า เป็นภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่เพียงแค่การไม่มีโรคหรือความอ่อนแอ แต่อย่างไรก็ตาม ในความรู้สึกของคนทั่วไป สุขภาพดี หมายถึง การปราศจากความเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของบุคคล (Maddox & Douglass, 1973 อ้างถึง ชลธิชา สงวนวงษ์, 2539) และบุคคลประเมินตนเองเจ็บป่วยเมื่อรู้สึกที่ไม่สุขสบาย มีอาการแสดงต่างๆ เช่น เจ็บปวดและไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

โดยปกติแล้วสุขภาพจะมีทั้งภาวะที่สุขภาพดี ซึ่งแสดงถึงภาวะที่สมบูรณ์เทียบพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม และสุขภาพไม่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสมบูรณ์เหล่านั้นเริ่มบกพร่องหรือหายไป ประสบการณ์ที่ได้รับจากความเจ็บป่วยในรูปแบบต่างๆ ทำให้บุคคลมีการรับรู้สุขภาพที่แตกต่างกัน (Pender, 1987 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541) รวมถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคลในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น เพศ อายุ พฤติกรรมการใช้ชีวิต (lifestyle behaviors) เช่น การสูบบุหรี่ หรือการออกกำลังกาย สถานภาพการทำงาน การศึกษา รายได้ หรือแม้กระทั่งบุคลิกภาพส่วนบุคคล ที่

เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้การรับรู้สุขภาพแตกต่างกันด้วย (Pampalon, 1999) บางคนอาจรับรู้ความเจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ขณะที่บางคนรับรู้ความเจ็บป่วยเท่ากันว่าเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก

Kozier & Reb (1988 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541) ได้สรุปถึงปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้สุขภาพที่แตกต่างกัน คือ

1) ระดับขั้นพัฒนาการของบุคคล การที่บุคคลจะรับรู้ด้านสุขภาพและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของคนได้นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับอายุ เช่น เด็กทารกเมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น เด็กอาจจะรับรู้ต่อความเจ็บปวดได้ แต่ไม่สามารถจะบอกได้ว่าเจ็บปวดมากน้อยแค่ไหน ซึ่งผิดกับผู้ใหญ่ คือ นอกจากจะเล่าถึงความเจ็บปวดได้แล้ว ยังสามารถหาวิธีการบรรเทาอาการเจ็บปวดได้อีกด้วย

2) อิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม วัฒนธรรมแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีแนวคิดเกี่ยวกับด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน และมักมีการถ่ายทอดจากบิดามารดาไปสู่ลูกหลานด้วย

3) ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนดีนั้นไม่ได้หมายความว่าปราศจากโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา แม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย เขาก็อาจประเมินสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดี หากเขารับรู้เช่นนั้น ส่วนความเจ็บป่วยจะมีกระบวนการดำเนินของโรคต่างๆ และทำให้มีการหยุดชะงักของพัฒนาการของชีวิตซึ่งเป็นเรื่องประกอบสำคัญ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่อการรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล และความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์การเจ็บป่วยจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจภาวะสุขภาพได้ดีขึ้น

4) ความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อตนเอง บุคคลที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนสูงอยู่ตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งใดมากระทบต่อการทำหน้าที่ของตนแม้เพียงเล็กน้อย เขาก็จะรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับตน

ตัวแปรเกี่ยวข้องกับการรับรู้สุขภาพ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประเมินสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ดีและดีมาก (บรรลุ ศิริพานิช, 2533; ดวงฤดี ลาสุขะ, 2528; ประคอง อินทรสมบัติ, 2539 อ้างถึง มธุรส จันท์แสงศรี, 2540) และนอกเหนือจากนี้ ผู้สูงอายุที่สามารถเคลื่อนไหวตนเองได้ดี สามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยหรือไม่ก็ตาม จะรู้สึกพึงพอใจในสุขภาพของตนเองว่าดี (Travelbee, 1971; ดวงฤดี ลาสุขะ, 2528; ประคอง อินทรสมบัติ, 2539 อ้างถึง มธุรส จันท์แสงศรี, 2540)

การรับรู้สุขภาพเป็นตัวที่เชื่อมโยงกับการบันทึกอาการอยากตาย จากการสำรวจหรือการวินิจฉัยผ่านการทดสอบทางคลินิก (Larue et al., 1979; Linn et al., 1980; Mays et al., 1992 อ้างถึง Pampalon et al., 1999) และการจำกัดกิจกรรมหรือกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สำหรับการดำรงชีวิต

(Nagi, 1976; Linn et al., 1980 อ้างถึง Pampalon et al., 1999) นอกจากนี้การรับรู้สุขภาพเป็นตัวทำนายอัตราการตายที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง (Mossey & Shapiro, 1982; Kaplan & Camacho, 1983; Idler & Angel, 1990 อ้างถึง Pampalon et al., 1999) และเป็นชี้ให้เห็นถึงการใช้บริการทางการแพทย์หรือบริการสุขภาพ เช่น การปรึกษาด้านการใช้จ่าย การเข้าโรงพยาบาล และการไปอยู่สถานพยาบาล (Linn et al., 1980; Winberger et al., 1986; Connely et al., 1989 อ้างถึง Pampalon et al., 1999)

Pampalon, Duncan, Subramanian, & Jones (1999) พบว่าการรับรู้สุขภาพมีความแตกต่างในท้องถิ่นและในครัวเรือนที่แตกต่างกันในถิ่นควิเบก ประเทศแคนาดา เมื่อรวมลักษณะภายในบุคคลเข้าไปเช่นเพศ วิถีชีวิต สภาพเศรษฐกิจสังคม สถานภาพการแต่งงาน และการสนับสนุนทางสังคมเข้าไป ขณะที่เมื่อดูในระดับภูมิภาค (ไม่ว่าจะเป็นในส่วนเมืองหรือชนบท) แล้ว ไม่พบความแตกต่างอย่างเป็นระบบแม้ว่าจะรวมลักษณะภายในบุคคลเข้าไปร่วมวิเคราะห์แล้วก็ตาม

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการแต่งงานกับการรับรู้สุขภาพ งานวิจัยส่วนใหญ่สนับสนุนว่าบุคคลที่ไม่ได้อยู่สถานภาพการแต่งงานมีการรับรู้สุขภาพได้น้อยกว่าบุคคลที่อยู่ในสถานภาพการแต่งงาน (Mauldon, 1990 อ้างถึง Ren, 1997) อย่างไรก็ตามสถานะทางสุขภาพไม่ได้เกี่ยวข้องกับสถานภาพการแต่งงานเพียงแคंपัจจุบันเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการแต่งงานอีกด้วย (Aseltine & Kessler, 1993; Gove, Hughes & Style, 1983 อ้างถึง Ren, 1997) โดยความสัมพันธ์ที่ดี เป็นเพื่อนจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง การกระจายบทบาทุดิธรรมช่วยลดความซึมเศร้าจากการที่คู่ครองมีอำนาจเหนือกว่า ซึ่งในทางกลับกันความสัมพันธ์ที่ไม่ดีและมีข้อขัดแย้งนำไปสู่ความไม่เสมอภาคและการประเมินสุขภาพไม่ดี (Ross, Mirowsky & Huber, 1983; Glass & Fujimoto, 1994 อ้างถึง Ren, 1997) Ren (1997) ได้ทำวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพการแต่งงาน พบว่าการแยกกันอยู่ขณะที่แต่งงานจะมีการรับรู้สุขภาพที่ไม่ดีมากกว่าพวกที่หย่าร้างแล้ว และพบว่าผู้ที่อยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงานจะประเมินสุขภาพว่าดีน้อยกว่าผู้ที่แต่งงาน นอกจากนี้พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้สุขภาพมากในกลุ่มที่ไม่ได้อยู่สถานภาพการแต่งงาน และการรับรู้การสนับสนุนทางด้านการเงินจะสำคัญต่อการรับรู้สุขภาพในบุคคลที่หย่าร้างหรือโสด

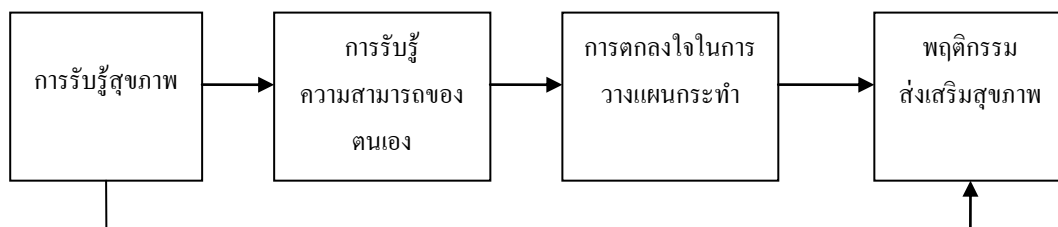
สกุรัตน์ เดียววานิช (2545) พบว่าการรับรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าเกิดความผาสุกทำให้รับรู้สุขภาพดี หรือว่าการรับรู้สุขภาพดีทำให้เกิดความผาสุก

การรับรู้สุขภาพเกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตวิทยา เช่น อารมณ์ซึมเศร้า (Kaplan & Camacho, 1983 อ้างถึง Golding et al., 1997) การซึมเศร้าที่ตัดสินในคลินิก (Wells et al., 1989 อ้างถึง Golding et al., 1997) และความอ่อนไหวทางอารมณ์ (Okun & George, 1984 อ้างถึง Golding et al., 1997) เช่นเดียวกับตัวชี้วัดสุขภาพทางกายแบบปรนัย

Golding, Cooper & George (1997) พบว่าการถูกทำร้ายเกี่ยวข้องกับรับรู้สุขภาพทางลบ แม้ว่าจะไม่คำนึงถึง เพศ เชื้อชาติ หรือกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้เมื่อควบคุมตัวแปรความซึมเศร้าแล้ว ไม่ได้เปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ระหว่างการถูกทำร้ายและการรับรู้สุขภาพมากนัก การถูกทำร้ายหลายครั้ง และการถูกทำร้ายโดยคนแปลกหน้าหรือคู่ครองเป็นประเภทที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สุขภาพทางลบมากที่สุด

Pender (1987 อ้างถึง ชลธิชา สงวนวงษ์, 2539) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพยังมีบทบาทสำคัญในการแสดงความถี่และความจริงจังของพฤติกรรม คือเมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แล้วรับรู้ว่าทำให้มีภาวะสุขภาพดี จะเป็นแรงจูงใจให้กระทำพฤติกรรมนั้นบ่อยขึ้น เช่น การรับประทานอาหารที่โภชนาการดี (ขวัญชัย ต้นดีวัฒน์เสถียร, 2534; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; มนต์ภรณ์ วงษ์หนองหว้า, 2537; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538 อ้างถึง ชลธิชา สงวนวงษ์, 2539) การออกกำลังกาย (ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 1

มธุรส จันท์แสงศรี (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปรทั้งสองสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สุขภาพในระดับดี จะปฏิบัติกิจกรรมในครอบครัว หรือสังคม ที่ทำคนเดียว ไม่ได้กำหนดเวลาแน่นอน (เช่น ปลูกต้นไม้ เล่นดนตรี อ่านหนังสือ) มากกว่าผู้ที่รับรู้สุขภาพในระดับปานกลางหรือต่ำ



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

(Pender, 1996 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541)

การวัดภาวะสุขภาพและการรับรู้สุขภาพ

ประคอง อินทรสมบัติ (2539 อ้างถึง มธุรส จันท์แสงศรี, 2540) ได้แบ่งการประเมินภาวะสุขภาพ ออกเป็น 4 ด้าน ด้วยกัน

1) สุขภาพกาย (Physical health) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพในภาพรวม และความแข็งแรง ต้องการรู้ความเจ็บป่วย โรคที่เป็นอยู่ตลอดจนกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และความสามารถในกิจวัตรประจำวันอื่นๆ ดัชนีที่ใช้วัดสุขภาพกาย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค อาการของความพิการ ยาที่ใช้ประจำ ความรุนแรงของโรค การใช้ระบบบริการสุขภาพ เช่น จำนวนวันที่พักรักษาตัว

2) ภาวะการณืทำหน้าที่ (Functional Status) เป็นการประเมินถึงการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร การขับถ่าย ฯลฯ การวัดดังกล่าวแสดงถึงความสามารถทางด้านร่างกายและความจำเป็นในการช่วยเหลือ

3) การทำหน้าที่ทางจิตใจ ภาวะทางด้านปัญญา เช่น ความจำ การคิด การรับรู้ ความเชื่อ เจตคติ และภาวะทางด้านอารมณ์

4) การทำหน้าที่ทางสังคม เป็นการวัดเครือข่ายทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคมเป็นสัมพันธ์ภาพทางสังคมที่แวดล้อมอยู่ และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนการสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น เงินทอง เครื่องใช้ อารมณ์ การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะเป็นการป้องกันความเครียดและช่วยให้เกิดความสามารถในการทำหน้าที่ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและอารมณ์ซึมเศร้า

Herkkinen, Waters & Brzezinski (1983 อ้างถึง มธุรส จันทรแสงศรี, 2540) แบ่งวิธีการประเมินภาวะสุขภาพไว้ 2 วิธี

- 1) วัดโดยใช้พื้นฐานทางการแพทย์ เป็นหลักในการพิจารณาจำแนกสภาวะสุขภาพ
- 2) วัดโดยใช้หลักการพิจารณา จากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นสิ่งกำหนดขีดความสามารถของบุคคล ในการทำกิจกรรมและความเครียดในชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ และความต้องการในการบริการทางสุขภาพ

Liang & Whillaw (1987 อ้างถึง มธุรส จันทรแสงศรี, 2540) แบ่งภาวะสุขภาพทางกายและใจเป็นสองแบบด้วยกันคือ

- 1) แบบวัดกาววิสัย (Objective) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยทั้งหมด เช่น จำนวนวันที่พักรักษาตัว รายการที่แสดงการเจ็บป่วย
- 2) แบบวัดอัตวิสัย (Subjective) เป็นการวัดโดยใช้ความรู้สึกและเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้ตอบ ซึ่งเป็นการรับรู้สุขภาพของแต่ละบุคคลนั่นเอง

McDowell & Newell (1987 อ้างถึง สกุรัตน์ เตียววานิช, 2545) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลจะวัดได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจวินิจฉัยต่างๆ โดยแพทย์หรืออาจจะวัดได้จากการประเมินตนเอง มีสุขภาพตนเองของบุคคลอาจประเมินได้จาก การประเมินรายงานความรู้สึกทั่วไปของความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม การประเมินรายงานอาการแสดงต่างๆ ของการเจ็บป่วย และจากการที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ และกล่าวว่าการประเมินสุขภาพด้วยตนเองมีความแตกต่างจากข้อมูลที่ได้โดยแพทย์เพียงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายรายที่พบว่า การประเมินสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพโดยแพทย์ (Cockerham, Sharp & Wilcox, 1983; Ferraro, 1980; Linn & Linn, 1980 อ้างถึง ชลธิชา สงวนวงษ์, 2539)

แบบวัดการรับรู้สุขภาพ

การวัดการรับรู้สุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นมาตราส่วนแบบอันตรายภาค โดยมีความหลากหลายทั้งในความยาวของเครื่องมือ ระดับของการวัด และกรอบแนวคิดที่เครื่องมืออ้างอิงถึง โดยในที่นี้ได้ถูกเรียบเรียงตามแนวคิดตั้งแต่อดีตเป็นต้นมา ดังนี้

Brook et al. (1979 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันดา, 2541) ได้สร้าง เครื่องมือการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ประกอบด้วยคำถามที่ถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค และการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

Denyes (1980 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันดา, 2541) ได้สร้าง แบบวัดภาวะสุขภาพของเดนิส (Denyes Health Instrument) สร้างขึ้นเป็นแบบวัดที่ให้ผู้ประเมินได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามการรับรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพ (Subjective health measure) ซึ่งแบบวัดสุขภาพของเดนิส ประกอบด้วยข้อความ 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ให้ผู้ตอบตอบคำถามสั้นๆ เกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพของตนเองตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงในช่วงเวลานั้น

น้ำค้าง ว่องเกษญา (2540 อ้างถึง สกุลรัตน์ เตียววานิช, 2545) ประเมินแบบวัดการรับรู้สุขภาพ ด้วยคำถาม 3 ข้อ ซึ่งได้ดัดแปลงแบบประเมินของ Lawton, Moss, Fulcomer & Kleban (1982 อ้างถึง สกุลรัตน์ เตียววานิช, 2545) โดยประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามความคิดเห็นหรือความรู้สึกทั่วไปจากภาวะสุขภาพ ด้วยมาตรวัดแบบอันตรายภาค 4 ระดับ ว่าอยู่ในระดับ ดีมาก ดีพอใช้ หรือไม่ดี ซึ่งมีข้อมูลความตรงเชิงเนื้อหา และมีความเที่ยงแบบอัลฟาเท่ากับ .78

ชลธิชา สงวนวงษ์ (2539) ได้นำแนวคิดของ Speak, Cowart & Pellet (1989 อ้างถึง ชลธิชา สงวนวงษ์, 2539) ที่ได้พิจารณาการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปออกเป็น 3 ด้าน คือ การรับรู้สุขภาพในอดีต (Past health) เป็นการรับรู้สุขภาพของบุคคลช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา การรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน (Present health) เป็นการรับรู้สุขภาพของบุคคลในปัจจุบัน และการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับบุคคลอื่นๆ ที่มีอายุเท่าๆ กัน (Compared to other your age) เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่าๆ กัน โดยนำแนวคิดนี้มาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ มีจำนวน 15 ข้อ ซึ่งถามถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของอวัยวะระบบต่างๆ ของผู้สูงอายุ มีระดับการวัดแบบอันตรายภาค 4 ระดับ คือ อาการนั้นเกิดขึ้นและรับรู้ว่าเป็นปัญหามาก ปานกลาง น้อย และไม่เคยเกิดหรือไม่เคยรับรู้ว่าเป็นปัญหา

Pender et al. (1990 อ้างถึง สกุลรัตน์ เตียววานิช, 2545) ใช้การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม โดยใช้คำถามเพียงหนึ่งคำถามว่า ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเป็นอย่างไร เป็นมาตรวัดแบบอันตรายภาค 4 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง และไม่ดี

Wang & Laffrey (2001 อ้างถึง สกุลรัตน์ เตียววานิช, 2545) ได้นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) และทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) มาพัฒนาเป็นแนวคิดของ

การรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน สุขภาพ โดยทั่วไปในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลในวัยเดียวกัน ส่วน เครื่องมือในการวัดการรับรู้สุขภาพ Wang & Laffrey (2001 อ้างถึง สกุศลรัตน์ เตียววานิช, 2545) ได้ สร้างเครื่องมือโดยใช้แนวคิดการรับรู้สุขภาพ 3 ข้อ ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว โดยให้คะแนนเป็นมาตร วัดอันตราย 3 ระดับ คือ ไม่ดี ปานกลาง และดี แบบวัดนี้มีข้อมูลความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงแบบอัลฟา วัดซ้ำ และการแบ่งครึ่งเครื่องมือ ซึ่งมีค่าตั้งแต่ .77 - .88 (สกุศลรัตน์ เตียววานิช, 2545)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแบบสัมภาษณ์ของ ชลธิชา สงวนวงษ์ (2539) มาใช้ เนื่องจากว่า ผู้วิจัยต้องการเน้นเฉพาะการรับรู้สุขภาพทางกาย ในการทำวิจัยในครั้งนี้

แนวคิดและความหมายของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การใช้กำลัง และแรงเบ่งในการบริหารร่างกายเพื่อให้แข็งแรง ทั้งระบบ โครงสร้าง และทำให้กล้ามเนื้อสามารถรวมกันต่อต้านและเอาชนะแรงบังคับได้ มี จุดมุ่งหมายเพื่อให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหารให้ได้มากที่สุด ซึ่งเป็นผลให้ระบบต่างๆ ภายใน ร่างกายทำงานดีขึ้น (จรรยาพร ธรณินทร์, 2534; พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541)

เฉก ชนะศิริ (2533 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541) ได้กล่าวไว้ว่า การออกกำลังกาย เป็นการ ทำให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อยด้วยการทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นกว่าปกติประมาณเท่าตัว เป็นเวลา ติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาทีและอย่างน้อย 3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์ การออกกำลังกายที่น้อยกว่านี้ จะ ไม่นับว่าเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และจำทำให้ไม่ได้ประโยชน์ต่อร่างกายอย่างแท้จริง

การออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายเพื่อเป็นการบำบัดรักษา หรือเป็นการส่งเสริมให้ ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง และมีการใช้พลังงานจากร่างกายเกิดขึ้น (ชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟู แห่งประเทศไทย, 2531; Bloomqvist, 1988 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541)

ปิยะพันธุ์ นันตา (2541) ได้กล่าวถึงการออกกำลังกายไว้ว่า เป็นกิจกรรมทางกายที่บุคคล ตั้งใจปฏิบัติในช่วงเวลาว่าง นอกเหนือจากชีวิตประจำวัน เช่น การเดินขึ้นบันได การเดินโดย กำหนดระยะทางต่างๆ การเล่นกีฬา และกิจกรรมที่สามารถใช้พลังงานของร่างกายได้

โดยสรุปแล้ว การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมทางกายที่บุคคลปฏิบัติในช่วงเวลา นอกเหนือจากชีวิตประจำวัน โดยประโยชน์ที่ได้รับที่สำคัญจากการออกกำลังกายคือเป็นประโยชน์ ต่อร่างกาย

การออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

การออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่จำเป็นและควรทำอย่างต่อเนื่อง จนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อช่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น (ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541) โดยควรออกกำลังกายตามความเหมาะสมของตนเอง ไม่น้อยเกินไป หรือหักโหมจนเกินไป ให้เหมาะสมแก่อายุ และต้องได้รับความปลอดภัย เกณฑ์ในการพิจารณาการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล ควรคำนึงถึงองค์ประกอบตามหลักเกณฑ์ฟิตท์ (Frequency Intensity Time Type – FITT; Giam & The, 1988 2533 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541) ดังนี้

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย (frequency of exercise) หมายถึง จำนวนครั้งในการออกกำลังกายต่อวันหรือสัปดาห์ โดยปกติแล้วควรออกกำลังกายประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และจะต้องทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องกัน ไม่เว้นห่างมากเกินกว่า 2 วัน ส่วนการออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ หรือความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ อาจฝึกประมาณ 2-3 ครั้งต่อวัน

2. ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (intensity of exercise) เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกาย ควรให้มีความหนักเบาของการออกกำลังกายอย่างพอเหมาะ ประมาณ ร้อยละ 40-80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด

3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (duration of exercise) เป็นช่วงเวลายาวนานในการออกกำลังกายในแต่ละประเภทของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง โดยทั่วไปควรอยู่ระหว่าง 15-40 นาที

นอกจากพิจารณาดังเกณฑ์ที่ผ่านมาแล้ว การออกกำลังกายอาจพิจารณาถึงชนิดและประเภทของการออกกำลังกาย แบ่งได้เป็น 3 ประเภทดังต่อไปนี้ (สาธารณสุข, 2536 2533 อ้างถึง ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541)

1. การออกกำลังกายประเภทแอโรบิก (aerobic exercise) คือการออกกำลังกายที่เพิ่มการทำงานของปอดและหัวใจ เป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมาก ทำให้การหมุนเวียนของโลหิตดีขึ้น การออกกำลังกายประเภทนี้ต้องทำติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 20-30 นาที ความบ่อยของการออกกำลังกายประมาณ 3 วันต่อสัปดาห์ เช่น การเดินอย่างกระฉับกระเฉง การวิ่ง ถีบจักรยาน อาจเป็นแบบที่อยู่กับที่ การว่ายน้ำ กระโดดเชือก การเดินแอโรบิก เป็นต้น

2. การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (stretching exercise) การยืดเหยียดเป็นการออกกำลังกายที่จะให้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุหลายอย่าง เพราะทำให้เกิดความคล่องแคล่ว ยืดหยุ่นของร่างกาย ทำให้มีการเคลื่อนไหวได้อย่างว่องไวตามความต้องการ นอกจากนี้จะช่วยในการทรงตัว และการประสานงานของอวัยวะต่างๆ เช่น แขน ขา การยืดเหยียดจะช่วยผู้สูงอายุที่เป็นโรคปวดข้อได้มาก และยังช่วยในการผ่อนคลายทางประสาท ทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น เช่น โยคะ การรำมวยจีน กายบริหาร การออกกำลังกายประเภทนี้ควรทำทุกวัน หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำครั้งละ 5-10 นาที

3. การออกกำลังกายที่เพิ่มพลังหรือความแข็งแรง การออกกำลังกายประเภทนี้ บางอย่างจะต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น น้ำหนัก เพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การยกน้ำหนัก การวิดพื้นอย่างง่าย (วิดพื้นในท่าคุกเข่า) ในการออกกำลังกายจะต้องหายใจเข้า ออก ในจังหวะปกติ ไม่ควรกลั้นหายใจ ในกรณีที่ใช้น้ำหนักต้องใช้น้ำหนักที่เหมาะสม โดยเริ่มประมาณ 1 กิโลกรัม

สมมติฐานในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาความสัมพันธ์ของอายุ ความถี่ในการออกกำลังกาย และความถี่ในการไปพบแพทย์ ว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้สุขภาพอย่างไร และเนื่องจากผู้วิจัย เห็นว่า เพศ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพ ผู้วิจัยจึงควบคุมตัวแปรดังกล่าว แล้วค้นหา ว่า การรับรู้สุขภาพสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นอย่างไร

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเมื่ออายุมาก รับรู้สุขภาพตนเองดีหรือดีมาก (บรรลู่ ศิริพานิช, 2533; ดวงฤดี ลาสุขะ, 2528; ประคอง อินทรสมบัติ, 2539 อ้างถึง มธุรส จันทร์แสงศรี, 2540) และการรับรู้สุขภาพที่ดีทำให้ความถี่ในการออกกำลังกายมากยิ่งขึ้น (ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541) ส่วนความถี่ในการไปพบแพทย์ จากการรับรู้สุขภาพ จะมีความสัมพันธ์สูงกับภาวะสุขภาพตามความเป็นจริง (Cockerham, Sharp & Wilcox, 1983; Ferraro, 1980; Linn & Linn, 1980 อ้างถึง ชลธิชา สงวนวงษ์, 2539) ถ้าสุขภาพร่างกายตามความเป็นจริงไม่ดี ทำให้ไปพบแพทย์มากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้วิจัยเชื่อว่าความถี่ในการไปพบแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สุขภาพ จากข้อมูลเหล่านี้ สามารถสรุปข้อสมมติฐานเป็น 3 ข้อดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ
2. การรับรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่ในการออกกำลังกาย
3. การรับรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความถี่ในการไปพบแพทย์

วิธีการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบบังเอิญจากผู้ใหญ่ ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 121 คน เป็นชาย 51 คน เป็นหญิง 70 คน มีอายุระหว่าง 20 -72 ปี แบ่งเป็นกลุ่มผู้ใหญ่วัยตอนต้น (20-40 ปี) จำนวน 30 คน เป็นชาย 13 คน เป็นหญิง 17 คน กลุ่มผู้ใหญ่วัยตอนกลาง (41-60 ปี) จำนวน 65 คน เป็นชาย 26 คน เป็นหญิง 39 คน และกลุ่มผู้ใหญ่วัยตอนปลาย (61 ปีขึ้นไป) จำนวน 26 คน เป็นชาย 10 คน เป็นหญิง 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การรับรู้สุขภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ซึ่ง ชลธิชา สงวนวงษ์ (2539) ได้พัฒนาขึ้น โดยมีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อประเมินด้วยมาตรวัดแบบ อันตรภาค 4 ระดับ คือ รับรู้ว่าอาการนั้นเป็นปัญหา มาก ปานกลาง น้อย หรือ ไม่มีอาการดังกล่าว เกิดขึ้นเลย โดยให้คะแนน 1 คะแนน ถ้ารับรู้ว่าอาการนั้นเป็นปัญหา มาก จนกระทั่งให้คะแนน 4 คะแนน ถ้าไม่รับรู้ว่าอาการนั้นเป็นปัญหาเลย ซึ่งแบบวัดดังกล่าวมีความตรงเชิงเนื้อหา พิจารณา ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ท่าน และความเที่ยงของแบบวัดทั้งหมดแบบ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.70

ความถี่ในการออกกำลังกายและการ ไปพบแพทย์ ให้เลือกตัวเลือกกว่ามีความถี่ในการทำ กิจกรรมดังกล่าวมากน้อยเพียงใด ตั้งแต่ 2-3 ครั้งต่อเดือน 1 ครั้งต่อเดือน 2-3 ครั้งต่อ 6 เดือน หรือ 1 ครั้งต่อ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การหาค่าสหสัมพันธ์แบบ Spearman-rank correlation เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพ และความถี่ในการออกกำลังกาย และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพและความถี่ ในการไปพบแพทย์ และหาค่าสหสัมพันธ์แบบ Pearson product moment correlation เพื่อหา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพ และอายุ

นอกจากนี้ ยังใช้ partial correlation เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้สุขภาพ กับ อายุ ความถี่ในการออกกำลังกาย และความถี่ในการ ไปพบแพทย์ โดยควบคุมตัวแปรเพศเอาไว้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าสถิติพื้นฐาน จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 121 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ และคะแนนการรับรู้สุขภาพดังตารางที่ 1 แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนการรับรู้สุขภาพของตนเองในแต่ละช่วงวัย

	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	SD
อายุ	20	72	48.02	14.24
คะแนนการรับรู้สุขภาพ	22	60	47.59	8.30

อายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุดเท่ากับ 20 ปี และสูงสุดเท่ากับ 72 ปี โดยอายุเฉลี่ยของ กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 48.02 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.24

คะแนนการรับรู้สุขภาพของตนเองพบว่ามีค่าสูงสุดอยู่ที่ 22 คะแนน (คะแนนจริงที่เป็นไปได้คือ 15 คะแนน) และค่าสูงสุดอยู่ที่ 60 คะแนน (คะแนนจริงที่เป็นไปได้คือ 60 คะแนน) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีผู้ตอบแบบสอบถาม ที่ไม่พบว่ามีปัญหาทางด้านสุขภาพเลย โดยค่าเฉลี่ยที่ได้อยู่ที่ 47.59 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.30

ส่วนความถี่ในการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างระบุว่าออกกำลัง 6 เดือนต่อ 1 ครั้ง เป็นจำนวน 9 คน (7.4 %) 2-3 เดือนต่อครั้งเป็นจำนวน 16 คน (13.2 %) 1 เดือนต่อครั้งเป็นจำนวน 12 คน (9.9 %) และ 2-3 ครั้งต่อเดือนเป็นจำนวน 66 คน (54.5 %) โดยมีที่ไม่ระบุจำนวน 18 คน (14.9 %)

ความถี่ในการไปพบแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างระบุว่าไปพบแพทย์ 6 เดือนต่อ 1 ครั้ง เป็นจำนวน 54 คน (44.6 %) 2-3 เดือนต่อครั้งเป็นจำนวน 34 คน (28.1 %) 1 เดือนต่อครั้งเป็นจำนวน 8 คน (6.6 %) และ 2-3 ครั้งต่อเดือน เป็นจำนวน 9 คน (7.4 %) โดยมีที่ไม่ระบุจำนวน 16 คน (13.2 %)

การทดสอบค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคะแนนการรับรู้สุขภาพ กับอายุ ความถี่ในการออกกำลังกาย และความถี่ในการไปพบแพทย์ โดยควบคุมตัวแปรเพศ และไม่ควบคุมตัวแปรเพศ เป็นดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้สุขภาพ กับอายุ ความถี่ในการออกกำลังกาย และความถี่ในการไปพบแพทย์ โดยไม่ควบคุมและควบคุมตัวแปรเพศ

ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้สุขภาพของตนเองกับ	ไม่ควบคุมตัวแปรเพศ	ควบคุมตัวแปรเพศ
อายุ	.216*	.289**
ความถี่ในการออกกำลังกาย	.222*	.201*
ความถี่ในการไปพบแพทย์	.049	.041

* : $p < .05$ ** : $p < .01$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าคะแนนการรับรู้สุขภาพสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ขนาดน้อยกับอายุ และความถี่ในการออกกำลังกาย ไม่ว่าจะควบคุมตัวแปรเพศ หรือไม่ควบคุมก็ตาม โดยอายุ และความถี่ในการออกกำลังกายสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้สุขภาพของตนเองได้เท่ากับ 4.67 % และ 4.93 % ตามลำดับ ส่วนคะแนนการรับรู้สุขภาพของตนเอง และความถี่ในการไปพบแพทย์ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้ได้สำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 121 คน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพ กับตัวแปรอายุ ความถี่ในการออกกำลังกาย และความถี่ในการไปพบแพทย์ ได้ผลดังต่อไปนี้

พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้สุขภาพ และอายุ ซึ่งอายุมากขึ้น จะมีแนวโน้มที่คะแนนการรับรู้สุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อมีอายุมากขึ้น จะเข้าใจอาการของตน และสามารถหาทางแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งตรงกับงานวิจัยที่ผ่านมา (บรรลุศิริพานิช, 2533; ดวงฤดี ลาสุชะ, 2528; ประคอง อินทรสมบัติ, 2539 อ้างถึง มธุรส จันทร์แสงศรี, 2540)

พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้สุขภาพ และความถี่ในการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ได้ตั้งเอาไว้ สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีของ Pender (1987 อ้างถึง ชลธิชา สงวนวงษ์, 2539) ที่กล่าวเอาไว้ว่า เมื่อบุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แล้วรับรู้ว่าจะทำให้มีภาวะสุขภาพดี จะเป็นแรงจูงใจให้กระทำพฤติกรรมนั้นบ่อยขึ้น ซึ่งรวมถึงการออกกำลังกายด้วย แต่ในอีกทางหนึ่ง อาจเป็นไปได้ว่าเมื่อออกกำลังกายบ่อยๆ ก็ทำให้การรับรู้สุขภาพดีขึ้น ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องได้รับการพิสูจน์ต่อไป

นอกจากนี้ ยังไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรับรู้สุขภาพ และความถี่ในการไปพบแพทย์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดข้อผิดพลาดจากการสุ่ม (Sampling error) หรือเกิดจากสาเหตุของการไปพบแพทย์ กล่าวคือ การไปพบแพทย์ไม่จำเป็นต้องเจ็บป่วยเสมอไป การไปพบแพทย์อาจเป็นเพราะเนื่องจากไปตรวจสุขภาพ ซึ่งถ้าเป็นกรณีนี้แล้ว การรับรู้สุขภาพควรจะสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมตรวจสุขภาพตามทฤษฎีของ Pender (1987 อ้างถึง ชลธิชา สงวนวงษ์, 2539) ดังนั้น ในการวิจัยต่อไป ควรแยกสาเหตุของการไปพบแพทย์

ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้ อย่างแรก คือ ตัวเลือกในคำถามเรื่องความถี่ในการออกกำลังกายและความถี่ในการไปพบแพทย์ แคบเกินไป กล่าวคือ อาจเป็นไปได้ที่บุคคลไม่เคยออกกำลังกายหรือออกกำลังกายทุกวันได้ ทำให้เหมือนเป็นการจำกัดพิสัย (Range restriction) ของความสัมพันธ์ ซึ่งอาจทำให้ความสัมพันธ์ออกมามีค่าที่ควรจะเป็น อย่างที่สอง คือ การเก็บกลุ่มตัวอย่าง น้อยเกินไป ทำให้มีโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการสุ่ม (Sampling error) สูง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายระดับการวัดของความถี่ในการออกกำลังกายและความถี่ในการไปพบแพทย์ให้กว้างกว่านี้ เก็บกลุ่มตัวอย่างให้มากกว่านี้ โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นระบบมากกว่านี้ และอาจเพิ่มรายละเอียดให้แก่ตัวแปรการออกกำลังกาย เช่น ความถี่

ในการออกกำลังกายยืดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค เป็นต้น และอาจเพิ่มรายละเอียดให้แก่ตัวแปรในการไปพบแพทย์ว่าไปเพื่อรักษาโรค หรือไปเพื่อตรวจสุขภาพ

หนังสืออ้างอิง

ภาษาไทย

ชลธิชา สงวนวงษ์. (๒๕๓๘). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปิยะพันธุ์ นันตา. (๒๕๔๑). *การรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ*.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. มธุรส จันทร์แสงศรี. (๒๕๔๐). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศกุลรัตน์ เดียววานิช. (๒๕๔๕). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Golding, M. J., Cooper, L. M., & George, K. L. (1997). Sexual assault history and health perceptions: seven general population studies. *Health Psychology, 16*, 417-425.

Pampalon, R., Duncan, C., Subramanian, V. S., & Jones, K. (1999). Geographies of health perception in Quebec: a multilevel perspective. *Social Science & Medicine, 48*, 1,483-1,490.

Ren, S. X. (1997). Marital status and quality of relationships: the impact on health perception. *Social Science & Medicine, 44*, 241-249.

World Health Organization. (2003). *WHO definition of health*. Retrieved on February 24, 2005, from <http://www.who.int/about/definition/en/>