

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี*

Factors related to Health Promoting Behaviors among Elderly People in the Cokcram Subdistrict of Bangplama District in Suphanburi Province*

นนุช เพ็ชรร่วง** อติมาส หอมเทศ*** อุบลวรรณ เรือนทองดี****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยด้านการรับรู้ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากผู้สูงอายุจำนวน 297 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วน (proportional sampling) และเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุแบบสะดวก เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการรับรู้ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ความเชื่ออำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ความสามารถในตนของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยการควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .259$ และ $.166$) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive study aimed to identify perceptual factors and the relationship between perceptual factors and health promoting behaviors in the elderly, by using Pender's health promotion model. The sample size sampled by proportional sampling and collected by accident. Data were gathered from 297 elderly people by means of interviews. The statistical analyses used on the data were frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's product moment correlation.

The results of the study revealed that the perceptual factors on perceived health status were at a moderate level, the perceived control of health by internal locus of control and locus of control by powerful others were at a high level, while locus of control by chance was at a moderate level. The perceived self-efficacy was at a moderate level. The perceived health status and perceived control of health by locus of control (powerful others) had positive and statistically significant relationship with health promoting behaviors ($r = .259$, $p < .01$ and $r = .166$, $p < .01$, respectively). The other factors were not related to health promoting behaviors.

Keywords: health promoting behaviors, the elderly

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโรงพยาบาลบางปลาม้า

**อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

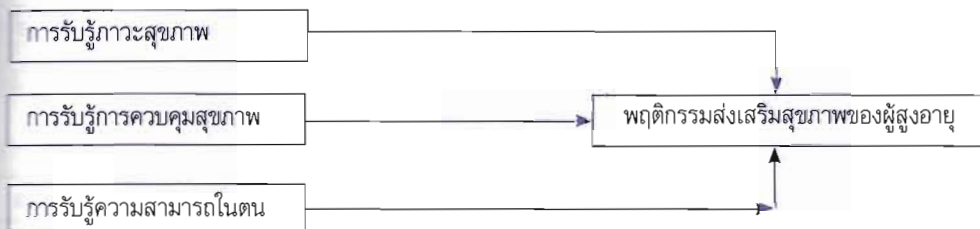
****พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง งานส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลบางปลาม้า

ทบทวนปัญหาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการลดลงของอัตราการเกิด และอัตราการตาย¹ จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกใน พ.ศ. 21 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 2,000 ล้านคน จากประชากรโลก 8,000 ล้านคน² สำหรับสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตลอด ในปี พ.ศ. 2538, 2543, 2548 และ 2553 พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 6.59, 7.69, 8.61 และ 9.93 ตามลำดับ³ และคาดว่าสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นร้อยละ 19.6 ในปีพ.ศ. 2568⁴ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคข้อเสื่อม⁵ ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ หรือมีแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน การที่บุคคลจะตัดสินใจทำพฤติกรรมใดๆ นั้น จะอาศัยการรับรู้ถึงแรงจูงใจ เพราะการรับรู้ของบุคคลต่อสภาวะร่างกาย จะมีผลต่อการปฏิบัติเพื่อให้ได้มาซึ่งสุขภาพที่ดี (Janis & Rodin, 1969) อ้างในประภาเพ็ญ และสรวง สุวรรณ⁶ และจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁷ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (perceived control of health) และการรับรู้ความสามารถในตน (perceived health efficacy) เป็นปัจจัยย่อยส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยที่การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ระดับใด โดยผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับไม่ดี การรับรู้การควบคุมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในตน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

เรียกว่าความเชื่ออำนาจภายในตน (internal locus of control) ถ้าได้รับอิทธิพลจากอำนาจของผู้อื่น (locus of control by powerful others) หรือเป็นผลของความบังเอิญหรือโชคชะตา (locus of control by chance) เรียกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตน (external locus of control) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณีการควบคุมอยู่ภายในตน บุคคลจะมีความโน้มเอียงที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณีการควบคุมอยู่ภายนอกตน⁷ สำหรับการรับรู้ความสามารถในตน เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ ได้สำเร็จ และพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถในตนต่ำ⁷

ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยพบว่าในปี พ.ศ.2551 มีประชากรของผู้สูงอายุทั้งสิ้น 1,151 คน คิดเป็นร้อยละ 9.21 ของประชากรทั้งหมด⁸ และอัตราการป่วยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคทางเดินหายใจ โรคปวดหลัง เป็นต้น⁹ จากปัญหาดังกล่าวจึงเป็นสัญญาณเตือนให้บุคลากรทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ตรงกับปัญหา

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข จึงได้สนใจศึกษาปัจจัยการรับรู้ ซึ่งจะทำให้ทราบว่าจะปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างไรบ้างและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁷ โดยเลือกปัจจัยการรับรู้ด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในตน เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ผลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

สมมุติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. การรับรู้การควบคุมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ
 - 2.1 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.3 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. การรับรู้ความสามารถในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ใน ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ ยามาเน (Yamane)¹⁰ ได้เท่ากับ 297 คน จากนั้นกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วน (proportional sampling) ของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน ทั้งหมด 12 หมู่บ้าน เลือกตัวอย่างโดยแบบสะดวกจากผู้สูงอายุจากหมู่บ้านที่สุ่มได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำมาจากแบบสัมภาษณ์ของนงนุช เพ็ชรร่วง และอิติมาศ หอมเทศ¹¹ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 อันดับถามเกี่ยวกับการตระหนักในคุณค่าแห่งตน การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การช่วยเหลือ

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของปัจจัยการรับรู้

ปัจจัยการรับรู้	คะแนนเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
การรับรู้ภาวะสุขภาพ			
1. สุขภาพของท่านในปัจจุบัน	1.82	0.51	ปานกลาง
2. สุขภาพของท่านในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	1.80	0.49	ปานกลาง
รวม	1.81	0.50	ปานกลาง
การรับรู้การควบคุมสุขภาพ			
- ด้านความเชื่ออำนาจภายในตน			
1. สุขภาพของท่านเกิดจากการปฏิบัติตัวของท่านเอง	2.59	0.54	สูง

พึ่งพาระหว่างกัน และการจัดการกับความเครียด มีความเชื่อมั่น 0.88

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในตน นำมาจากแบบสัมภาษณ์ของนงนุช เพ็ชรร่วง และอิติมาศ หอมเทศ¹¹ โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ถามเกี่ยวกับสุขภาพในอดีต และปัจจุบัน มีความเชื่อมั่น 0.74 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ เป็นแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 อันดับ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความเชื่อมั่น 0.73 ความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความเชื่อมั่น 0.71 ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีความเชื่อมั่น 0.76 การรับรู้ความสามารถในตน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 อันดับ ถามเกี่ยวกับ ความสามารถในการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา มีความเชื่อมั่น 0.72

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งแบบเสนอขออนุมัติการวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนมหาวิทยาลัย มหิดล
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล ชี้แจงผู้สูงอายุเพื่ออธิบายรายละเอียดการดำเนินโครงการวิจัยและผู้สูงอายุที่ยินยอมให้สัมภาษณ์ ลงนามยินยอม เข้าร่วมโครงการและเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.9 มีอายุ 75 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 29.6 รองลงมาคือมีอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 28.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.2 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 53.2 รองลงมาคือค้าขาย ร้อยละ 22.9 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองร้อยละ 47.8 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีโรคประจำตัวร้อยละ 59.3 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 29.0 รองลงมาคือ ไขมันในเส้นเลือดสูง และเบาหวาน ร้อยละ 27.6 และ 12.3 ตามลำดับ



ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของปัจจัยการรับรู้ (ต่อ)

ปัจจัยการรับรู้	คะแนนเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
2. ถ้าท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ท่านจะมีสุขภาพดีอยู่เสมอ	2.82	0.48	สูง
รวม	2.71	0.42	สูง
- ด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น			
1. การไปพบบุคลากรด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่ดีที่สุด สำหรับท่าน ในการป้องกันการเจ็บป่วย	2.86	0.35	สูง
2. ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ท่านมีสุขภาพดี	2.77	0.53	สูง
3. แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ควบคุมการดูแลสุขภาพของท่าน	2.71	0.55	สูง
4. การที่ท่านจะมีอาการดีขึ้นจากการเจ็บป่วย เป็นเพราะได้รับการดูแล จากคนในครอบครัว แพทย์ หรือ พยาบาล	2.88	0.33	สูง
5. ท่านจะปฏิบัติตนในเรื่องของสุขภาพอนามัยตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำท่านนั้น	2.55	0.50	สูง
รวม	2.75	0.25	สูง
- ด้านความเชื่ออำนาจความบังเอิญ			
1. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้ ซึ่งไม่ใช่ความบังเอิญ	2.54	0.57	สูง
2. สุขภาพของท่านไม่ได้ขึ้นอยู่กับโชคเคราะห์ หรือความบังเอิญ	2.40	0.66	ปานกลาง
รวม	2.47	0.56	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถในตน			
1. เมื่อท่านจะทำอะไรท่านมั่นใจว่าจะทำได้สำเร็จตามความตั้งใจ	2.55	0.53	สูง
2. ถ้าท่านไม่สามารถทำสิ่งใดได้สำเร็จในครั้งแรก ท่านจะพยายามทำจนกว่าจะทำได้สำเร็จ	2.73	0.44	สูง
3. ท่านมักจะหลีกเลี่ยงกับการเผชิญปัญหา	2.03	0.72	ปานกลาง
4. ท่านจะไม่พยายามทำงานที่มีความยุ่งยาก	2.36	0.74	ปานกลาง
5. เมื่อท่านตัดสินใจที่จะทำอะไรแล้ว ท่านจะลงมือทำทันที	2.64	0.51	สูง
6. ท่านเป็นคนที่ต้องช่วยเหลือตนเอง	2.68	0.70	สูง
7. ท่านไม่ค่อยมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆในชีวิต	1.87	0.81	ปานกลาง
รวม	2.40	0.31	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยการรับรู้ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.81$, S.D. = 0.50) โดยผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน และในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ด้านการควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.71$, S.D. = 0.42) ซึ่งผู้สูงอายุรับรู้ว่าถ้าปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ก็จะทำให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.75$, S.D. = 0.25) ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการที่จะมีอาการดีขึ้นจากการเจ็บป่วย เป็นเพราะได้รับการดูแล จากคนในครอบครัว แพทย์ หรือ พยาบาล ส่วนความเชื่ออำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.47$, S.D. = 0.56) ผู้สูงอายุรับรู้ว่า สุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับโชคเคราะห์ หรือความบังเอิญ สำหรับการรับรู้ความสามารถในตนของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.40$, S.D. = 0.31) โดยผู้สูงอายุมักจะหลีกเลี่ยงกับการเผชิญปัญหา ไม่พยายามทำงานที่มีความยุ่งยาก และไม่ค่อยมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆในชีวิต

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และ รายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
การตระหนักในคุณค่าแห่งตน	2.60	0.63	ดี
การรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.66	0.66	ดี
การออกกำลังกาย	1.75	0.81	ปานกลาง
การรับประทานอาหาร	3.05	0.36	ดี
การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน	2.86	0.54	ดี
การจัดการกับความเครียด	2.41	0.60	ปานกลาง
โดยรวม	2.60	0.45	ดี

ตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการตระหนักในคุณค่าแห่งตน การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทานอาหาร และการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านการรับรู้	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.259**
การรับรู้การควบคุมสุขภาพ	
-ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.030
-ความเชื่ออำนาจผู้อื่น	.166**
-ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ	-.027
การรับรู้ความสามารถในตน	-.018

** P < .01

ตารางที่ 3 ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .259$) การรับรู้ควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .166$) ส่วนการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตน และการรับรู้ความสามารถในตน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ปัจจัยด้านการรับรู้ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยการรับรู้ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในระดับปานกลางเท่านั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 70 มีการรับรู้ว่า ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมลงตามวัย ไม่แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้น ความรู้สึกถึงสุขภาพของตนเองไม่ดี ก็จะมีสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น¹² นอกจากนั้น แมคโดเวล และ นิวเวล (Mc Dowell & Newell)¹³ กล่าวว่า การรับรู้หรือการประเมินสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุจะประเมินจากการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในระดับปานกลางนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของบันนเรศ กาศอุดม และคณะ¹⁴ และนันทิยา โพธิสาร¹⁵

ปัจจัยการรับรู้ด้านการควบคุมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่ออำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ใน

ระดับสูงโดยผู้สูงอายุ ร้อยละ 62 รับรู้ว่าสุขภาพจะดีหรือไม่ดีเกิดจากการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเอง และร้อยละ 85 รับรู้ว่า ถ้าปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ก็จะทำให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช เพ็ชรร่วง และธิดิตมาส หอมเทศ¹¹ และนันทิยา โพธิสาร¹⁵ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเส้นเลือดสูง และเบาหวาน ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้สูงอายุจึงรับรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

สำหรับการรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช เพ็ชรร่วง และธิดิตมาส หอมเทศ¹¹ และนันทิยา โพธิสาร¹⁵ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 86 รับรู้ว่าการไปพบบุคลากรด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการเจ็บป่วย ร้อยละ 88 รับรู้ว่า คนในครอบครัว แพทย์ พยาบาล จะเป็นคนดูแลให้ตัวเองหายจากการเจ็บป่วย และร้อยละ 55 จะปฏิบัติตนในเรื่องของสุขภาพอนามัยตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากค่านิยมของคนต่างจังหวัด จะยกย่องบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถให้ความช่วยเหลือ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยได้ และเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลเมื่อเจ็บป่วย หรือทำให้มีสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ จอห์น โนเดล และศิริวรรณ ศิริบุญ¹⁶ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคาดหวังที่จะอาศัยอยู่กับบุตร พี่สาวบุตร และเมื่อเข้าสู่วัยชรา บุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความเชื่ออำนาจผู้อื่นจึงมากขึ้น¹⁷ นอกจากนั้นลักษณะครอบครัวไทย บุตรจะมีหน้าที่คอยดูแลและเอาใจใส่บิดา มารดา เมื่อชราภาพ และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับสูงถึงร้อยละ 98.3

ส่วนความเชื่ออำนาจความบังเอิญ อยู่ในระดับปานกลาง

สอดคล้องกับการศึกษาของนางนุช เพ็ชรร่วงและธิติมาส หอมเทศ¹¹ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 36 ระบุว่า สามารถหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้ ซึ่งไม่ใช่ความบังเอิญ และร้อยละ 41 ระบุว่า สุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับโชค เคราะห์ หรือความบังเอิญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานี้ทั้งหมด นับถือศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ และมีอายุมากกว่า 75 ปี ขึ้นไป ทำให้ยังมีความเชื่อในสิ่งที่ยู่นอกเหนือธรรมชาติอื่นๆ เช่น โชค เคราะห์ เวรกรรม และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆ อยู่บ้าง แต่มีอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับสูง โดยผู้สูงอายุระบุว่าสุขภาพของตนจะดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของตนเอง รวมทั้งครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข สามารถให้การดูแล และควบคุมความเจ็บป่วยของตนได้ ไม่ต้องขึ้นอยู่กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ โชค เคราะห์ หรือความบังเอิญ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทยา โพธิ์สาร¹⁵ ที่พบว่า การรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยความเชื่ออำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในตน ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในตนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทยา โพธิ์สาร¹⁵ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนางนุช เพ็ชรร่วงและธิติมาส หอมเทศ¹¹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในตนอยู่ในระดับสูง จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมักจะหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา ร้อยละ 49 และไม่ค่อยมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิต ร้อยละ 38 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ซึ่งการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติ¹⁸ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความรู้ ความเข้าใจ และความมั่นใจ ที่จะเผชิญกับปัญหา แก้ไขปัญหาต่างๆ ในชีวิตหรือทำงานที่มีความยุ่งยาก นอกจากนั้นเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ ความสามารถของร่างกายในการทำงานก็ลดลง มีความเสื่อมในทุกระบบ ทำให้ต้องพึ่งพาบุตรหลานมากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในตนอยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของนันทยา โพธิ์สาร¹⁵ และเช่นเดียวกับการศึกษาของสปีก, โควาท์, เพลเลท (Speak, Cowart, Pellet)¹⁹ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ทั้งปัจจุบัน อดีต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นจากการศึกษาของ Sohny²⁰ พบว่า ผู้สูงอายุเกาหลีที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี และสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์⁷ ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวกระตุ้นให้บุคคลมีความรับผิดชอบ เอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและจากการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองทั้งในปัจจุบันและใน 1 ปีที่ผ่านมาว่าเป็น

อย่างไร ส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแล และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่การศึกษานี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนางนุช เพ็ชรร่วง และธิติมาส¹¹ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตน และปัจจัยการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจความบังเอิญกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2.1 และ 2.3 แต่ปัจจัยการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางนุช เพ็ชรร่วง และธิติมาส¹¹ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้การควบคุมสุขภาพด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่นในระดับสูง โดยผู้สูงอายุร้อยละ 86 ระบุว่า การไปพบบุคลากรด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการเจ็บป่วย และร้อยละ 55 มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนในเรื่องของสุขภาพอนามัยตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำ เมื่อมีการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุร้อยละ 88 ระบุว่า จะมีการดีขึ้น เพราะได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว แพทย์ หรือพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ปัจจัยการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนางนุช เพ็ชรร่วง และธิติมาส¹¹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทยา โพธิ์สาร¹⁵ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ ความสามารถในตนสูง อาจเป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยการควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่า จึงทำให้การรับรู้ความสามารถในตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. การกำหนดนโยบายเชิงรุก โดยให้บุคลากรทีมสุขภาพให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่บ้าน มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย และมีบริการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง
2. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และจัดตั้งเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

3. เสริมแรงทางบวกแก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้รางวัล การยกย่องให้เป็นแบบอย่างผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และเป็นตัวอย่างแก่ผู้สูงอายุคนอื่น รวมทั้งเป็นการเพิ่มความเชื่ออำนาจภายในตนด้วย

4. จัดตั้งหน่วยให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหาดังกล่าวในชีวิตได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ชื่นชม เจริญยุทธ ที่ช่วยแนะนำการเขียนบทความวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปลาหม่า และคณะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโคกคราม ที่ให้การสนับสนุน และความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Zen K. Aging: debates on demographic transition and social policy. New Jersey: Zed books; 1994.
2. Research Affairs. องค์การอนามัยโลก พัฒนาศักยภาพสาธารณสุขแผนรับมือ โรคเรื้อรังและโรคระบาดใหม่. (online) 2008, (cited 2008 September 1) Available from: [http:// www.cuid.org/content/view/709/71/](http://www.cuid.org/content/view/709/71/)
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว; 2545.
4. ปราโมทย์ ประสาทกุล. โครงสร้างอายุ และเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2542.
6. ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวีน สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์; 2534.
7. Pender, N.J. Health promotion in nursing practice.(2 nd ed.). Norwalk: Appleton and Lange; 1987.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. จำนวนประชากรเพื่อทำแผนยุทธศาสตร์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี. จังหวัดสุพรรณบุรี; 2551.
9. โรงพยาบาลบางปลาหม่า. ห้าอันดับโรคของโรงพยาบาลบางปลาหม่า. จังหวัดสุพรรณบุรี; 2551.
10. Yamane T. Statistic: An introductory analysis. 3rd ed. Newyork: Harper & Row; 1973.
11. นนุช เพ็ชรรวงและธิตมาส หอมเทศ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2550; 8(4):13-24.
12. นพวรรณ จงวัฒนา. เกื้อ วงศ์บุญสินและ รุ่งรัตน์ ไกรวรรณธนกุล. แบบแผนการเจ็บป่วยและนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษายาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
13. Mc Doeell I, Newell C. Measuring health: a guideto rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1987
14. ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิสร์ แก้วแดงและธัสมน นามวงษ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2550; 18(1): 25-39.
15. นันทิยา โพธิสาร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540.
16. นภาพร ชัยวรรณ, จอห์น โนเดลและ ศิริวรรณ ศิริบุญ. ครอบครัวอุปถัมภ์ กับขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและบุตร. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2534.
17. Crandall VC, Lacy BW. Children's perception of internal-external control in interlectual academic situation and their embed figure test performance. Child Development 1965; 38: 328.
18. Pender NJ, Murdaugh NI, Parson MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2002.
19. Speak DL, Cowart ME, Pellet K. Health perception and lifestyle of the elderly. Research in nursing and health 1989; 12: 93-100.
20. Sohny KY, Sohny S, Yeon HA. Health promoting behaviors of elderly Korean immigrants in the United States. Public Health Nursing 2002; 19: 294-300.