

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต้อกระจก
ในผู้สูงอายุ จังหวัดยะลา

The Relationship between Basic Factors and Health Perception about
Senile Cataract of Older Adults in Yala Province

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง^{1*} และ ปาริฉัตร อุทัยพันธ์²

Doungjai Plianbumroong^{1*} and Parichat Utaipan²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัวกับการรับรู้สุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยต้อกระจก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 385 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ นำไปหาค่าความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สุขภาพ เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.63$, $SD=2.71$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.27$, $SD=2.78$, $M=3.13$, $SD=2.93$, $M=3.39$, $SD=2.41$ ตามลำดับ) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อยู่ในระดับดี ($M=3.68$, $SD=2.92$) และการรับรู้แรงจูงใจในด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ($M=4.70$, $SD=2.52$)

2. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สุขภาพ เกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r= .535$, $r=.418$ ตามลำดับ) และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r= -.140$)

ควรมีการปรับแผนการดูแลผู้สูงอายุต้อกระจก โดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับต้อกระจกในผู้สูงอายุ และขยายผลไปสู่ผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้สุขภาพ, ปัจจัยพื้นฐาน, ต้อกระจกในผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: djplian1@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-1971344)



Abstract

The purpose of this research were to 1) study health perception about senile cataract, and 2) the relationship between basic factors and health perception about senile cataract among older adults who lived in Muang district, Yala province Simple random sampling was used to recruit 385 older adults aged 60 years and over. Data were collected by using health perception about senile cataract questionnaire. Content validity of the questionnaire was validated by 3 experts. Its reliability was examined by using Cronbach's alpha coefficient yielding a value of 0.78. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient. The results of the study were as follows.

1. The overall mean score of health perception about senile cataract was at a good level ($M=3.63$, $SD=2.71$). In each subscale of health perception about senile cataract, it was found that the overall mean score of perceived susceptibility, perceived severity, and perceived barrier were at a moderate level ($M=3.27$, $SD=2.78$; $M=3.13$, $SD=2.93$, and $M=3.39$, $SD=2.41$ respectively). The total mean score of perceived benefit was at a good level ($M=3.68$, $SD=2.92$), and perceived health motivation was at the highest level ($M=4.70$, $SD=2.52$).

2. There were significantly positive correlations between level of education and income, and health perception about senile cataract ($r=.535$ and $r=.418$, respectively, $p<.01$). And family type was significantly negative correlated with health perception about senile cataract level ($r=-.140$, $p<.01$)

In order to care for older adults with senile cataract, personnel in health team should be aware of some basic factors that are related to health perception. Further studies should be conducted in other older adult groups.

Keyword: Health Perception, Basic Factors, Senile Cataract

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุ นับเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญ และเป็นกลุ่มที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง ที่จะมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรไทย โดยส่วนรวมในอนาคต ซึ่งจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากอัตราการเกิดของคนไทยลดลง ประกอบกับการพัฒนาทางแพทย์และสาธารณสุข ได้เจริญรวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้ประชากรมีอายุชัวยาวนานขึ้น จากการสำรวจผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในสังคมโลกในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนเพิ่มเป็น 2 เท่าจาก พ.ศ. 2543 โดยคนไทยจะมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 70.1 ปี ในผู้ชายและ 71.1 ปี ในผู้หญิง ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งจำนวนและ

สัดส่วน และยังมีการคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากการสำรวจประชากรวัยผู้สูงอายุ โดยสำนักงานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส) พบว่าในปี พ.ศ.2556 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 9.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) การอายุยืนยาว และการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ร่วมกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุตามมาโดยเฉพาะปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่สภาวะด้านร่างกายเสื่อมถอยลงตามลำดับ จึงมีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย และเมื่อเจ็บป่วยแล้ว มักมีความรุนแรงและโอกาสเสียชีวิตสูง แม้หายจากโรคก็ต้องใช้เวลานาน ในการฟื้นฟูสภาวะปกติ จากการสำรวจผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ 2554 พบว่า มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 53 รายงานว่าตนเองมีอาการของโรคใดโรคหนึ่ง กลุ่มอาการสำคัญอันดับหนึ่ง คือ ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง รองลงมา เป็นเบาหวาน และอันดับสามคือโรคเก๊าท์ รูมาตอยด์ ปวดเข่า ปวดหลัง ปวดคอเรื้อรัง (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

โรคต่อกระจก เป็นความพิการทางสายตาที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของแก้วตาของดวงตาแม้จะเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้พบใน 3 อันดับแรก แต่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยิ่ง โรคต่อกระจกเป็นความผิดปกติที่สามารถจะรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ในการเห็นได้โดยการผ่าตัด โรคนี้จะเกิดแก่ทุกคนเพียงแต่จะเป็นเร็วหรือช้าเท่านั้น ดังนั้น เมื่อจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ก็จะพบว่าโรคตาในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย เพราะมีการตกค้างของผู้ป่วยโรคต่อกระจกค้างอยู่เพิ่มขึ้นตามเวลา เนื่องจากจำนวนจักษุแพทย์ในประเทศไทย ยังมีจำนวนน้อย ครอบคลุมไม่ถึงถึงจึงทำให้มีคนตาบอดเนื่องจากโรคต่อกระจก ต่อกระจกที่สัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น ทำให้การมองเห็นลดลง ตั้งแต่ตามัวเล็กน้อยจนถึงตาบอด โดยพบว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุจะมีปัญหาโรคตาต่อกระจกซึ่งพบบ่อย ในปัญหาหนึ่งของโสต ศอ นาสิก จักษุในผู้สูงอายุ การสูญเสียการมองเห็นทำให้ผู้สูงอายุต้องการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น เพราะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองลดลง อีกทั้งทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรของประเทศเพิ่มขึ้น ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพราะการรักษาที่ได้ผลสำหรับโรคต่อกระจก คือ การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตา ซึ่งพยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อน และหลังการผ่าตัดเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อันจะทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของทั้งภาครัฐ และประชาชนที่เจ็บป่วยเอง (ไชยสิทธิ์ เทพชาติ, 2557)

นอกจากปัญหาสุขภาพกายแล้ว วัยสูงอายุยังเป็นช่วงชีวิตที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียสิ่งต่าง ๆ เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก คู่สมรส ญาติพี่น้อง และเพื่อนด้วยการตายจาก นอกจากนั้นการสูญเสียหน้าที่การงาน เป็นเหตุให้ขาดรายได้หรือมีรายได้ลดลง รวมทั้งขาดโอกาสในการทำกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้มีผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 มีรายได้ต่ำกว่าความยากจน ในอดีตแหล่งรายได้สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุไทย มาจากเงินช่วยเหลือของบุตรหลาน แต่จากผลการสำรวจ พบว่า แหล่งรายได้จากบุตรหลานก็ลดลงจากร้อยละ 50 ในปี 2550 เหลือเพียงร้อยละ 40 ในปี 2554 ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สำนักงานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2554) ในขณะที่สภาพการดำรงตนของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง อาทิ การสูญเสียอำนาจ การสูญเสียสัมพันธภาพ ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีเวลาให้กัน และกันน้อยหรือไม่มีเวลาเลย เพราะครอบครัวมีลักษณะเป็น



ครอบครัวเด็ดยามากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรม มาเป็นสังคมอุตสาหกรรม บุตรหลานมีการย้ายถิ่นฐานเพื่อไปประกอบอาชีพมากขึ้น การสูญเสียสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ มีผลทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

การรับรู้หรือความเชื่อมีความสำคัญมาก ในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะถ้าการรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมหรือมีพฤติกรรมการปรับตัวไปแบบผิด ๆ ทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้ การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้นด้วย ที่เชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้มีความยินดีในการปฏิบัติ ดังที่ King กล่าวว่าการให้คำแนะนำโดยมุ่งให้ความรู้เพียงอย่างเดียว จะไม่เกิดผลต่อการปฏิบัติเท่าที่ควร หากผู้ให้คำแนะนำไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้มารับบริการด้วย ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคล ในการป้องกันและให้ความร่วมมือในการรักษาเบคเกอร์ แดรกแมน และคริส (Becker, Drachman, & Kirscht, 1977) ได้เสนอวิธีการส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ ที่ได้รับในรูปแบบแผนของความเชื่อด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยทางด้านจิตสังคมของบุคคล ได้แก่ การวินิจฉัยความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความสนใจในปัญหาทางสุขภาพ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ที่ได้รับตลอดจนอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะกระตุ้นบุคคลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค รวมถึงปัจจัยร่วมซึ่งได้แก่ปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ในผู้สูงอายุโรคตาต่อกระจกเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อม หากได้รับการรักษาล่าช้า หรือไม่ถูกวิธี จะส่งผลให้เกิดปัญหาที่รุนแรงคือตาบอด ดังนั้น หากผู้ป่วยโรคตาต่อกระจก มีการรับรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคตาต่อกระจกที่ถูกต้อง ก็อาจจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ก็จะสามารถช่วยลดโอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดความรุนแรงของโรคตาต่อกระจกได้ ช่วยให้คุณภาพชีวิตที่ดี

จังหวัดยะลา เป็นหนึ่งในสามของจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย และพบว่าเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และมากกว่าจังหวัดปัตตานี และนราธิวาส ซึ่งใน พ.ศ.2556 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 54,762 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10.82 ของจำนวนประชากรทั้งหมดเป็นเพศชาย 24,414 คน และเพศหญิง 30,348 คน (กองสถิติจังหวัดยะลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2556) จากข้อความข้างต้นในพื้นที่ใดที่มีประชากรผู้สูงอายุมักจะพบโรคต่อกระจกมากด้วย ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ในเขต อำเภอเมือง โดยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 9,895 คน และจากสถิติของการคัดกรองผู้ป่วยโรคต่อกระจกเขตบริการสุขภาพที่ 12 ในปี พ.ศ.2557 พบว่า มีผู้สูงอายุในจังหวัดยะลาเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคต่อกระจก จำนวน 50,059 ราย คัดกรองได้ จำนวน 32,486 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.80 ซึ่งถือว่ามียอัตราก่อนข้างสูง (ไชยสิทธิ์ เทพชาตรี, 2557)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการรับรู้สุขภาพ เกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบ และตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับโรคต่อกระจก และสามารถนำการรับรู้สุขภาพ ที่เป็นผลดีสุขภาพไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และเป็นข้อมูลให้บุคลากรทางสาธารณสุข ได้นำผลการวิจัยที่ได้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้รับบริการ และให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง และส่งเสริมการรับรู้สุขภาพที่ถูกต้องให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

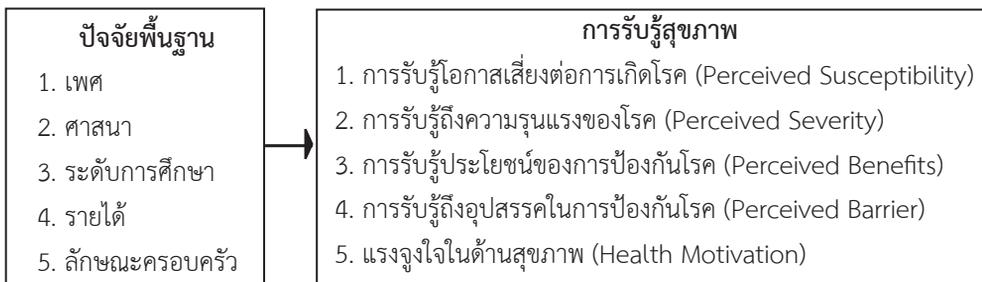
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สุขภาพ เกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุทั้งรายด้าน และโดยรวม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว กับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุมีการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกโดยรวมอยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับกรอบแนวคิดการรับรู้สุขภาพของเบคเกอร์ (Becker) ประกอบด้วย 5 ประการ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การรับรู้อุปสรรคการป้องกัน และแรงจูงใจในด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ศึกษาและปัจจัยร่วมคือปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัว ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์ กับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการรับรู้วันเวลา สถานที่ที่สามารถสื่อสารได้ ยินดีเข้าร่วมวิจัย และอาศัยอยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ซึ่งจากการสำรวจของกองสถิติจังหวัดยะลา พ.ศ. 2556 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุในเขต อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 9,895 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณ จากสูตรของยามานะ จากการคำนวณโดยใช้สูตรได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384.42 ราย ดังนั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 385 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการนำบ้านเลขที่ ที่มีผู้สูงอายุซึ่งได้จากกกองทะเบียนเทศบาลนครยะลามาจัดลำดับ และคัดเลือกเฉพาะเลขที่ลำดับคู่ เช่น ลำดับที่ 2, 4, 6, 8,.....



จนครบ 385 ราย กรณีไม่พบผู้สูงอายุที่สุ่มจับได้ตามบ้านเลขที่ ผู้วิจัยใช้วิธีการข้ามไปในลำดับถัดไป และเพิ่มการสุ่มลำดับต่อจากลำดับสุดท้ายไปเรื่อย ๆ จนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เกณฑ์การคัดออกกรณีผู้สูงอายุ มีคุณสมบัติไม่ตรงตามข้อกำหนดการวิจัย ได้แก่ ไม่ปรากฏชื่อในทะเบียนบ้านจังหวัดยะลา ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในขณะดำเนิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแนวคิดการรับรู้สุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ซึ่งเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยคำถาม 2 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ การอยู่อาศัย

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพ เกี่ยวข้องกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแนวคิดของ Becker (1974) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน จำนวน 32 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย ข้อความที่มีลักษณะทางด้านบวกและลบ ในการตอบแบบสอบถามจะให้กลุ่มตัวอย่าง ประเมินด้วยตนเอง ในกรณีกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการอ่าน ผู้วิจัยจะทำการอ่านแบบสอบถาม และทำเครื่องหมายลงในแบบสอบถามให้ ซึ่งในแต่ละข้อผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ที่ตรงกับความรู้สึกตนเองมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงด้าน (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคต่อกระดูก ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนปรับเป็นแบบสอบถามเพื่อนำไปทดลองหาค่าความเชื่อมั่น

การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการรับรู้วันเวลา สถานที่ดี สามารถสื่อสารได้ ยินดีเข้าร่วมวิจัย และอาศัยอยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 30 ราย และคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการรับรู้วันเวลา สถานที่ดี สามารถสื่อสารได้ ยินดีเข้าร่วมวิจัย และอาศัยอยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

2. ทำหนังสือขอความร่วมมือจากกองทะเบียนเทศบาลนครยะลาเพื่อขอทะเบียนรายชื่อที่อยู่ผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา เพื่อนำมาจัดลำดับและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองอธิบายวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือด้วยความสมัครใจในการทำวิจัยพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งทางตรงและทางอ้อม คำตอบของกลุ่มตัวอย่าง

จะถือถือว่าเป็นความลับ และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอจะเป็นไปในลักษณะที่เป็นภาพรวมไม่เฉพาะเจาะจงรายบุคคล

4. กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้วิจัยใช้ล่ามที่สามารถสื่อสารภาษามลายูท้องถิ่นได้ ในการอ่านแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุฟัง และตอบแบบสอบถามตามที่ผู้สูงอายุบอก

5. เก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ 385 คน ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนก่อนนำไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุ โดยรวม และรายด้านโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาค่าเฉลี่ยดังนี้

ค่าระหว่าง 1.00 – 1.49	แสดงว่า	การรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี
ค่าระหว่าง 1.50 – 2.49	แสดงว่า	การรับรู้สุขภาพอยู่ในระดับพอใช้
ค่าระหว่าง 2.50 – 3.49	แสดงว่า	การรับรู้สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
ค่าระหว่าง 3.50 – 4.49	แสดงว่า	การรับรู้สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี
ค่าระหว่าง 4.50 – 5.00	แสดงว่า	การรับรู้สุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation)

ค่าสหสัมพันธ์ (r)	ตั้งแต่ $\pm 0.01 - 0.20$	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ค่าสหสัมพันธ์ (r)	ตั้งแต่ $\pm 0.21 - 0.40$	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์ (r)	ตั้งแต่ $\pm 0.41 - 0.60$	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (r)	ตั้งแต่ $\pm 0.61 - 0.80$	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าสหสัมพันธ์ (r)	มากกว่า ± 0.80	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาหลักการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ของข้อมูลด้วย Normal Probability Plot พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยและเครื่องมือ ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม ของวิทยาลัยการ-
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ 044/2557

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง



ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n=385)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	196	50.91
หญิง	189	49.09
อายุ		
60 – 69 ปี	172	44.68
70 – 79 ปี	151	39.22
80 – 89 ปี	59	15.32
90 – 99 ปี	3	0.79
สถานภาพสมรส		
โสด	40	10.39
คู่	189	49.10
หย่า	25	6.49
แยกกันอยู่	11	2.86
ม่าย	120	31.17
ศาสนา		
พุทธ	200	51.95
อิสลาม	185	48.05
คริสต์	-	-
อื่น ๆ	-	-
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	73	18.96
ประถมศึกษา	163	42.34
มัธยมศึกษา	43	11.17
อนุปริญญา	32	8.31
ปริญญาตรี	74	19.22
อื่น ๆ	-	-



ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (n=385)	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการบำนาญ	117	30.39
รับจ้าง	6	1.56
ค้าขาย	70	18.18
เกษตรกร	59	15.32
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	133	34.55
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 1,000 บาท	115	29.87
1,000-5,000 บาท	132	34.29
มากกว่า 5,000 บาท	138	35.84
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	209	54.29
ไม่เพียงพอ	176	45.71
ลักษณะครอบครัว		
อยู่คนเดียว	-	-
อยู่กับคู่สมรส	90	23.38
อยู่กับคู่สมรส และบุตรหลานหรือบุตร หรือหลาน	110	28.57
อยู่กับบุตรหลานหรือบุตร หรือหลาน	184	47.79
อยู่กับญาติหรือบุคคลอื่น	1	0.26

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.91 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 44.68 รองลงมา คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.22 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 49.10 โดยร้อยละ 51.95 นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.34 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 34.55 รองลงมาคือข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 30.39 โดยร้อยละ 35.84 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 54.29 คิดว่ารายได้ต่อเดือนมีความเพียงพอ สำหรับลักษณะของครอบครัวพบว่า ร้อยละ 47.79 อาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือบุตร หรือหลาน



ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุรายด้านและโดยรวม

การรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจก	M	SD	ระดับ
1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.27	2.78	ปานกลาง
2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.13	2.93	ปานกลาง
3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน	3.68	2.92	ดี
4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน	3.39	2.41	ปานกลาง
5. ด้านการรับรู้แรงจูงใจในด้านสุขภาพ	4.70	2.52	ดีมาก
รวม	3.53	2.71	ดี

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.53, SD=2.71$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.27, SD=2.78, M=3.13, SD=2.92$ และ $M=3.39, SD=2.41$ ตามลำดับ) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันอยู่ในระดับดี ($M=3.68, SD=2.93$) และด้านการรับรู้แรงจูงใจในด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.70, SD=2.52$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับการรับรู้สุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยตาต่อกระจก

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (<i>r</i>)
เพศ	-.089
ศาสนา	-.002
ระดับการศึกษา	.535**
รายได้	.418**
ลักษณะครอบครัว	-.140**
การรับรู้สุขภาพ	1.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 3 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุพบว่า ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับ การรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.535$ และ $r=.418$) ตามลำดับและพบว่าลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระจกในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.140$)

อภิปรายผล

1. การรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อแยกพิจารณารายด้านพบว่า ด้านแรงจูงใจในด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และแรงจูงใจเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นมีความคิดภายใน และแสดงออกมาในรูปของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออาการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ด้วยตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายตนไปในทางเสื่อมตามวัย และดวงตาเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกาย เพราะฉะนั้น ก็จะเกิดการเสื่อมตามวัยไปด้วยเช่นกัน โดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี หรือกลุ่มสูงอายุตอนต้น อาจยังไม่ประสบปัญหาความรุนแรงของสายตา จึงยังไม่ค่อยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และอุปสรรคในการป้องกันโรค จึงยังไม่สนใจที่จะแสวงหาข้อมูลที่เหมาะสม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์ (2557) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมากร้อยละ 95.0 และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.6 เพราะบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคและช่วยในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค (Becker, Drachman & Kirscht, 1977) การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.2 ทั้งนี้ เพราะหากบุคคลเชื่อว่าการเจ็บป่วย หรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ และการมีชีวิตของเขา และหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Becker, Drachman & Kirscht, 1977) และการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.5 การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการป้องกันโรคนั้น จะสามารถช่วยหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ และหากมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค หรือการส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วย ก็จะช่วยให้บุคคลยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นได้อย่างดีและสม่ำเสมอ (Becker, Drachman & Kirscht, 1977) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศศิกาญจน์ สุกุลปัญญาวัฒน์ (2557) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมุสลิม กรณีศึกษา อ.องครักษ์ ตำบลองครักษ์ จ.นครนายก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และลักษณะครอบครัวกับการรับรู้สุขภาพ เกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี ยังไม่มีปัญหาของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพมากนัก จึงยังไม่มีประสบการณ์ของการเกิดโรค จึงยังคงมีการรับรู้สุขภาพไม่ต่างกัน และความเท่าเทียมกันทางสังคมระหว่างเพศชายและหญิงในปัจจุบัน จึงทำให้ทั้งสองเพศมีโอกาสในการเรียนรู้ และแสวงหาความรู้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุคี ตีรวิวงศ์พากร (2556) เรื่องการศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับ



ข่าวสาร ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการพึ่งตนเอง ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า เพศของผู้สูงอายุที่ต่างกันความสามารถในการพึ่งตนเอง ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ไม่มีความแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพิชชา ประกอบจันทร์, ศุภาพร ศรีมันตะ, ถนอมศักดิ์ บุญสุ และแก้วใจ มาลีลัย (2557) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ เพราะปัจจุบันผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเพศใดก็มีโอกาสในเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้เท่าเทียมกัน มีการรับรู้ข้อมูลสุขภาพไม่ค่อยแตกต่างกัน สืบเนื่องจากแนวทางการให้บริการสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น

2.2 ศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ โดยพบว่าไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะนับถือศาสนาใดก็ตาม จะมีการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุเหมือนกัน ทั้งนี้ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ยังไม่มีประสบการณ์ในการเป็นโรคต่อกระดูก เพราะยังเป็นวัยสูงอายุตอนต้น จึงยังทำให้ขาดประสบการณ์การรับรู้ด้านต่าง ๆ ของโรคต่อกระดูก และอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง จึงมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา อ.องครักษ์ ตำบลองครักษ์ จ.นครนายก ของ ศศิกัญญาณ์ สกุลปัญญาวัฒน์ (2557) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ

2.3 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.535$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะมีการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา ทั้งนี้ เพราะผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถใช้ภาษาไทยในการอ่าน เขียนได้ ทำให้มีการรับรู้ และมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา เพราะผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัยในขณะที่ผู้มีการศึกษาสูงมีโอกาสนในการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองได้ทุกทาง ไม่ว่าจะเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น และยังมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากกว่า ทำให้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้ในเรื่องต่าง ๆ กับกลุ่มเพื่อนได้มากเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณิ ขอบการไ้, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวิเศษ, อรพรรณ โตสิงห์ และธเนศ วรธนอภิสิทธิ์ (2556) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม แต่ไม่สามารถเป็นปัจจัยทำนายได้ ทั้งนี้เพราะการศึกษาที่แตกต่างกัน การเรียนรู้ที่แตกต่างกันของบุคคลแต่ละคนย่อมขึ้นกับประสบการณ์และการรับรู้ที่แตกต่างกันด้วย

2.4 รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.418$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงมีการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกในผู้สูงอายุ ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำ ทั้งนี้ เพราะในการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพบางอย่าง จำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายร่วมด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายในการซื้อหาหนังสือสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น ดังนั้นผู้ที่มีรายได้สูงจึงมีโอกาสได้รับการตอบสนองกิจกรรมดังกล่าวได้โดยไม่ลำบาก สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ดี รวมทั้งมีโอกาสเลือก และสามารถได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของตนเองได้อย่างดีเช่นกัน มีเวลาสนใจ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สุขภาพตนเอง ได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้ต่ำ จะใช้เวลาและความสามารถที่มีอยู่ในการหาเลี้ยงชีพตน และสมาชิกในครอบครัว มากกว่าที่จะสนใจสุขภาพตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุวิพิชชา ประกอบจันทร์, ศุภาพร ศรีมันตะ, ถนอมศักดิ์ บุญสูง และแก้วใจ มาลีสัย (2557) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ทำให้มีโอกาสในการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้ดี

2.5 ลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระเจกในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-.140$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีการรับรู้สุขภาพ เกี่ยวกับโรคต่อกระเจกในผู้สูงอายุที่ดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ทั้งนี้เพราะผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว จะมีลักษณะของความเป็นครอบครัวสมัยใหม่มากขึ้น ดังนั้น จึงมีวิถีของการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป สมาชิกในครอบครัว มีการทำกิจกรรมและสนับสนุนการทำกิจกรรมซึ่งกันและกัน เพราะภาระรับผิดชอบงานในครอบครัวลดลงเนื่องจากขนาดครอบครัวเล็กลง สามารถในครอบครัวมีไม่มาก มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ มากขึ้นช่วยลดเวลาการทำงาน ซึ่งก็พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงมักจะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นเช่นกัน ทำให้มีรายได้เพียงพอในการที่จะใช้ในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และดูแลสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาร้อยละส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีการศึกษา มีสถานภาพสมรสคู่ มีรายได้เพียงพอใช้ ทำให้มีการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ และมีการดูแลสุขภาพร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของสารณี พุฒคง, อรสา พันธุ์ภักดี, พรทิพย์ มาลาธรรม และธีรศักดิ์ แก้วอมตวงศ์ (2554) พบว่า การสนับสนุนของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคหืด อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคได้ดี และสามารถดูแลตนเองได้ดี ก็มีความจำเป็นในการพึ่งพาคนในครอบครัวน้อยลง เช่นเดียวกับการศึกษาของวิราภรณ์ ใจสบาย, พรสุข หุ่นนิรันดร์ และทรงพล ต่อณี (2555) ที่พบว่าลักษณะครอบครัวที่ต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาถึงการรับรู้สุขภาพ เกี่ยวกับโรคต่อกระเจกในผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระเจกในผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่การรับรู้สุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระเจกมากขึ้น ต้องจัดบริการหรือกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ได้แก่การให้คำปรึกษาและแนะนำให้ความรู้เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะควรเน้นทางด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจอันจะส่งผลให้ดูแลสุขภาพที่ดีต่อไป



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยตัวอื่นๆ เช่น อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว เป็นต้น ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก
2. ศึกษาถึงการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูก ในผู้สูงอายุในเชิงคุณภาพ หรือวิจัยเชิงปฏิบัติการน เพื่อพัฒนากิจกรรม ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคต่อกระดูกที่ดีขึ้น อันจะส่งผลให้มีการดูแล และปฏิบัติตนให้เหมาะสมได้ต่อไป

รายการอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. กรุงเทพฯ: วัชรินทร์ พี.พี.
- กองสถิติจังหวัดยะลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2556). *สถิติประชากรจังหวัดยะลา*. ยะลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา.
- ไชยสิทธิ์ เทพชาตรี. (2557). *สรุปผลการดำเนินงานปี 2557 และแผนการดำเนินงานปี 2558 Service Plan สาขาตา เขต 12*. มปท.: มปพ.
- วิราภรณ์ ไจสบาย, พรสุข หุ่นนิรันดร์ และทรงพล ต่อณี (2555). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ. *วารสารคณะพลศึกษา*, 14(1): 214-225.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: มปพ.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: มปพ.
- สารภี พุฒคง, อรสา พันธภัทติ, พรทิพย์ มาลาธรรม และฉัตรศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาและการรับรู้การควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรคหืด. *วารสารพยาบาลรามธิบดี*, 17(30): 309-327.
- สุคี ศรีวงศ์พากร. (2556). *รายงานวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: คณะเทคโนโลยีสื่อสารมวลชน, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.
- สุวพิชชา ประกอบจันทร์, ศุภาพร ศรีมันตะ, ถนอมศักดิ์ บุญสุ และแก้วใจ มาลีลัย. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภอลำดวน จังหวัดอุบลราชธานี*. รายงานการประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ระหว่างวันที่ 8-9 กันยายน 2557. หน้า 543-552.
- สุวรรณณี ขอบการไรร, วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์ และธเนศ วรธนอภิสิทธิ์. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับกัมมาตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3): 68-79.



ศศิกัญจน์ สุกุลปัญญาวัฒน์. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม กรณีศึกษา อ.องครักษ์ ตำบลองครักษ์ จ.นครนายก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3): 353-360.

ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Sick Role Behavior*. Health Education Monographs.

Becker, M. H., Drachman R. H. & Kirscht J. P. (1977). "A New Approach to Explain Sick Role Behavior in Low Income Populations". *American Journal of Public Health*, 64: 206.