

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกษียณ เป็นการพ้นจากตำแหน่งทางสังคม หรือการจากหน้าที่การงานตามอายุ และเป็นการพิจารณาความมีอายุตามกฎหมาย ซึ่งกำหนดแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ (ชูศรี วงษ์เกรือวัลย์, 2533) ในประเทศไทยได้กำหนดการเกษียณอายุไว้ที่อายุ 60 ปี (พระราชบัญญัติบำเหน็จ บำนาญข้าราชการ, 2526) จากสถิติกรมบัญชีกลางปี พ.ศ. 2529 พบว่า มีข้าราชการเกษียณอายุจำนวน 6,406 คน (กรมบัญชีกลาง, 2529) ในปี พ.ศ. 2536 มีข้าราชการเกษียณอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12.8 จากจำนวนข้าราชการทั้งหมด 1,406,160 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542) และในปี พ.ศ. 2545 พบว่า เฉพาะในจังหวัดชลบุรี มีจำนวนข้าราชการเกษียณ รวมทั้งสิ้น 308 คน โดยเป็นข้าราชการชาย 194 คน ข้าราชการหญิง 114 คน (สถิติชมรมข้าราชการบำนาญ จังหวัดชลบุรี, 2545)

การเกษียณ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ กล่าวคือ บุคคลในวัยเกษียณ มีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย ทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรม และเกิดโรคตามมาได้ง่าย (สุรกุล เจนอบรม, 2534) อีกทั้งการเกษียณทำให้เกิดการถูกจำกัดบทบาท ที่เคยแสดงในสังคมถูกจำกัด การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นลดลง ส่งผลให้เกิดอาการเหงา มองภาพพจน์ตนเองต่ำลง (สมประสงค์ ศิริวงศ์, 2539) รวมทั้งเป็นการถอนบทบาทสังคมภายนอก ผู้เกษียณจึงมีแต่สังคมในบ้าน ขาดการพบปะเพื่อนร่วมงาน และมีการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมลดลง (Cook, 1996) ตลอดจนรายได้ที่ไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง คิดว่าตนเองเป็นต้นเหตุของปัญหาเป็นภาระของครอบครัว (โฆมพัคตร์ มณีวัตร, 2540) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2542 เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชนทั่วไปและข้าราชการ พบว่าข้าราชการมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 64.3 และประชาชนทั่วไปมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันร้อยละ 35.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542) จะเห็นได้ว่าข้าราชการมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันสูงกว่าประชาชนทั่วไป และจากการศึกษาภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลระหว่างข้าราชการชายกับข้าราชการหญิงพบว่า ข้าราชการชายมีการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 73.6 ส่วนข้าราชการหญิงมีการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 26.4 โดยร้อยละ 97.6 ของข้าราชการที่เจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล มี

อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมข้าราชการชายมีการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าข้าราชการหญิง

ในปี ค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบอายุขัยเฉลี่ยระหว่างประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ยุโรป อเมริกา ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น กับประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ไทย อินเดีย พม่า ลาว กัมพูชา โดยพบว่าอายุขัยเฉลี่ยทั้งเพศหญิงและเพศชายในประเทศที่พัฒนาแล้วสูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาอายุขัยเฉลี่ยพบว่า เพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 52 และเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย 70-79 ปี ร้อยละ 41 โดยสรุป เพศชายมีอายุสั้นกว่าเพศหญิงอย่างเห็นได้ชัดในแต่ละกลุ่มประเทศ (WHO, 1998) จากการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2541 พบว่า เพศชายตายทั้งหมด 186,167 คน ด้วยอัตรา 611.5 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า และเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ (สถิติสาธารณสุข, 2541) สำหรับจังหวัดชลบุรี พบว่าในปี พ.ศ. 2544 สถิติการเสียชีวิตของเพศชายมีจำนวน 1,945 คน ซึ่งมากกว่าเพศหญิงที่มีการตายจำนวน 931 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2544) จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโดยภาพรวมเพศชายมีการเจ็บป่วย และเสียชีวิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าสาเหตุของความทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของเพศชายส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ และเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ยังไม่มีผู้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในประเทศไทย อาจเนื่องมาจากเพศชายเป็นเพศที่ถูกคาดหวังจากสังคมว่าเป็นเพศที่เข้มแข็ง และมีความสามารถมากกว่าเพศหญิง จึงไม่มีผู้ใดสนใจศึกษา แต่พบว่ามีผู้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ จากผลการศึกษาพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ พบว่ามีพฤติกรรมการดื่มน้ำที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ แสดงอาการ โดยริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังแห้งไม่ชุ่มชื้น แก้มบุ๋มลึก ปัสสาวะสีเข้ม หรือมีอาการสับสน (Eliopoulos, 1993; Berkow, 1995) รวมถึงรูปแบบของชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงทางโภชนาการของชายสูงอายุที่อายุระหว่าง 80-85 ปี ซึ่งพบว่า สมรรถนะในการดูแลตนเองลดลงถึง 2 เท่า ทำให้เสี่ยงต่อการรับประทานอาหารผิด (Palank, 1991) สำหรับวงจรการนอนหลับของผู้สูงอายุ จะแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว มักจะตื่นง่าย คุณภาพการนอนหลับลดลง จึงหันมาใช้ยานอนหลับหลายชนิด ทำให้เกิดการขัดขวางกระบวนการนอนหลับตามธรรมชาติ ทำให้ตื่นบ่อย (พัสมณต์ กุ่มทวีพร, 2544) อีกทั้งพบว่า ผู้สูงอายุมักมีการออกกำลังกายน้อยลง (ดวงเดือน พันธุโยธี, 2539) ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะข้อติดแข็ง อวัยวะเพศไม่แข็งตัว (ลินจง โปธิบาล, 2538) ประกอบกับมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น การเที่ยวหญิงบริการ การสูบบุหรี่

หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่โลดโผน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้นเพื่อให้ข้าราชการเกษียณชายสามารถดำรงชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีคุณค่า และสามารถช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ตามบทบาทของตนได้นั้น ข้าราชการเกษียณชายจึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจ

เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นการแสดงออก หรือการแสดงออกของบุคคลที่แสดงถึงการป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย การดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ในช่วงเวลาที่ผ่านมาจึงมีผู้สนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งใน และต่างประเทศ ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และการมีโรคประจำตัว เป็นต้น (สุดา วิไลเลิศ, 2536; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536; ชัยชาญ แสงดี, 2536; ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538; อรอนงค์ สมัญญ, 2539; วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2538; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535)

อย่างไรก็ตามการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะในกลุ่มข้าราชการเกษียณชายโดยเฉพาะนั้น ยังไม่พบว่ามีผู้ใดทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในจังหวัดชลบุรี โดยคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มดังกล่าว ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และการมีโรคประจำตัว ทั้งนี้เนื่องจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (สุดา วิไลเลิศ, 2536; มาลินี จุฑารพ, 2537; วันดี เข้มจันทร์ฉาย, 2538; Schwartz, 1975; Camevali & Patrick, 1986; Lantz, 1985) ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นส่วนสำคัญที่ใช้เป็นข้อมูลในการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ หากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Camevali, 1986) รวมถึงความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้ การที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ จะเป็นพื้นฐานการคิด การไตร่ตรองตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่ (Schwartz, 1975) ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยจากสิ่งที่คุกคามชีวิต ช่วยลดความเครียด และสามารถปรับตัวได้ถูกต้อง นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (Schwartz, 1975) สำหรับภาวะสุขภาพจิต ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุต้องเผชิญกับ

การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปในทางที่เลื่อมลง ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และบทบาทในสังคม ถ้าไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้ จะทำให้เกิดอารมณ์เศร้า หวาดระแวง ท้อแท้ และผิดหวัง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (อานนท์ อาภาภิรมย์, 2525; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2530; จินตนา ชูนิพันธุ์, 2529) ส่วนการมีโรคประจำตัวนั้น ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากส่งผลกระทบต่อบุคคลในแง่ของความไม่สบาย ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งความพร้อมของร่างกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบกับพฤติกรรมสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของข้าราชการเกษียณชาย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี เพราะจากสถิติอัตราการป่วย และอัตราการตายของข้าราชการเกษียณชายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2544) ซึ่งจัดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ควรมุ่งแก้ไข ผู้วิจัยคาดว่าผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ บุคลากรทางการแพทย์จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา และสร้างรูปแบบทางการแพทย์ เพื่อให้ข้าราชการเกษียณชายมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพได้

คำถามในการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในจังหวัดชลบุรีอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และการมีโรคประจำตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้

เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายหรือไม่

3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายหรือไม่

สมมุติฐาน และเหตุผลสนับสนุนการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพ สามารถตั้งสมมุติฐานการวิจัย และให้เหตุผลสนับสนุนได้ดังนี้

อายุ อายุที่มากขึ้น ทำให้บุคคลมีการพัฒนาตามวัย บุคคลจะสะสมประสบการณ์ มีการปรับตัว และการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ตลอดเวลา ทำให้ความคิด ความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนแปลง (จินตนา บุญพันธ์, 2532) ส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออก การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม โดยพบว่า บุคคลที่มีอายุมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสม่ำเสมอ (Palank, 1991) จากการศึกษาแผนชีวิตในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น และตอนกลางกับวัยสูงอายุ พบว่า ความแตกต่างของอายุมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ อธิบายได้ว่าวัยสูงอายุ มีการตอบสนองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพได้ดีกว่าวัยผู้ใหญ่ (Walker, 1988) และจากการศึกษาของแฮริส และกุลีน (Harris & Gulen cited in Brown & McGreedy, 1979) กล่าวว่า อายุเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยบุคคลจะมีความรู้ ความสามารถตามอายุ หรือวัยที่เพิ่มขึ้น อายุจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของอรอนงค์ สมัญญ (2539) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิ์มนตรี (2534) เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคในผู้สมรสของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี นั่นคือ ผู้ที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย จากการศึกษาของ อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร พบว่า อายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ อายุจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานว่า

1. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายใน จังหวัดชลบุรี

สถานภาพสมรส เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมักจะได้รับการสนับสนุน มีผู้ให้การช่วยเหลือ ปลอดภัย ให้คำปรึกษา ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นทางใจ มีกำลังใจต่อสู้กับปัญหา นำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Rankin, 1992) การขาดคู่สมรส ทำให้รู้สึกว่าการขาดคนให้ความช่วยเหลือ โดดเดี่ยว ไม่สนใจสุขภาพร่างกายของตนเอง ส่งผลกระทบทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของ ควงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยก สอดคล้องกับการศึกษาของซอนนี่ และเวนนิคค์ (Shone & Weinick, 1998) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและประโยชน์ของการมีคู่สมรส ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 4,443 คน พบว่าการมีคู่สมรส จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีการออกกำลังกาย มีการตรวจความดันโลหิต และการรับประทานอาหารที่มีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส ซึ่งเบอร์กแมน (Berkman, 1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม จะมีส่วนช่วยให้เข้าถึง หรือมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่มีกลุ่มสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของเดวิส (Davis, 1997 อ้างถึงใน อรุณ ธรรมสอน, 2544) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุหญิงที่อยู่กับคู่สมรสมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานว่า

2. สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในจังหวัดชลบุรี

จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา การศึกษาทำให้นุชนมีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผลในการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ย่อมต้องการที่จะค้นคว้าหรือแสวงหาความรู้ กล่าวได้ว่าการศึกษายช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามวัยได้ดี ต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ การเรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1982) จะช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ระดับการศึกษาสูง จะช่วยให้บุคคลมีความรู้ ความสามารถในการคิดประเมินอย่างมีเหตุผล และนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวละติน

อเมริกัน กับอเมริกันผิวขาว พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่า (Shetterly, 1998) และจากการศึกษาของวันดี แยมันทรฉาย (2538) พบว่าจำนวนปีของการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของรูธ (Ruth, 1974) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ มักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และเข้าใจสิ่งที่เรียนรู้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ ฅชภักดี (2533) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ความสามารถในการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มว่าเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น การเรียนรู้จะดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาค่ำ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะให้ความสามารถในการรับรู้ และการแปลความหมายในสิ่งที่รับรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามมา จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานว่า

3. จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในจังหวัดชลบุรี

ความเพียงพอของรายได้ เพนเดอร์ (Pender, 1982) กล่าวว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้ และประสบการณ์ของตนเอง รายได้จะช่วยเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถหาอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานอย่างเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ตลอดจนสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็น เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง พบว่ามีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ (สุดา วิไลเลิศ, 2536; นิรนาท วิทยโชติคติคุณ, 2534) โดยผู้ที่มีรายได้สูงสามารถแสวงหาอาหาร และแหล่งบริการได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษา และรายได้ต่ำ (Willist & Crider, 1988) นอกจากนี้ครอบครัวที่มีรายได้ดี จะมีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เช่น อาหาร ยารักษาโรค แหล่งบริการทางสุขภาพ และค่าบริการทางสุขภาพ เป็นต้น (Thoits, 1982) จากการศึกษาของจิระนุช สมโชค (2540) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี แสดงให้เห็นว่ารายได้เป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ของบุคคล ทำให้แสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และส่งผลให้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานว่า

4. ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในจังหวัดชลบุรี

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของมนุษย์ ในการที่จะเสริมสร้างสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงถึงความเป็นอยู่ที่ดี ชีวภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต (ทศนีย์ รัชยา, 2537; Miller, 1995) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ลักษณะพัฒนาการของวัยนี้จะเป็นไปในทางเสื่อมลง และขณะเดียวกันมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ประกอบกับมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม (Markson, 1997) เกิดภาวะพึ่งพา (Dependency) ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นอิสระ แต่ต้องการความช่วยเหลือ หรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล, 2542) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นใจ มีความวิตกกังวล ส่งผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ คาเนวาดี (Camevali, 1986) กล่าวว่า ส่วนสำคัญในการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่บ่งบอกถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาของมาร์คและมาร์ติน (Markides & Martin, 1979) เกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามมา จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานว่า

5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณอายุในจังหวัดชลบุรี

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้ บุคคลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ เสียก่อน เพราะความเข้าใจจะเป็นพื้นฐานการคิด การไตร่ตรองตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่ (Schwartz, 1975) ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากความรู้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตามมา (มาลินี จุฑะรพ, 2537) ดังนั้นความรู้จึงมีผลต่อพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และพฤติกรรมในสาขาวิชาต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวก ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ในการใช้ยาแก้ปวดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการใช้ยาแก้ปวดของผู้ใช้แรงงานสตรีในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าสองแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .2023$) (ดนัย วีณะคุปต์, 2534) จากการศึกษาของเขาวดี สุวรรณนาคะ (2532) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = .3362$) และความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนของชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .48$) (ปรีชา วงศ์ทิพย์ และทิพย์รัตน์ มณีเลิศ, 2542) สำหรับการศึกษาที่พบว่า ผลของการให้ความรู้ทำให้มีความรู้และมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ได้แก่ การศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของ

ประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสูงกว่าก่อนการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (วัชร คุณานูวัฒน์ชัยเดช, 2532) และผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Taira, 1991) จากผลการให้ความรู้ในการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ความรู้มีผลในทางบวกต่อพฤติกรรม จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

6. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณอายุในจังหวัดชลบุรี

การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมถึงการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยนี้มีการสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง จึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น (จินตนา ชูนิพันธุ์, 2529) จากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความภูมิใจ มั่นใจ และเห็นคุณค่าในการดูแลตนเองแล้ว จะทำให้เห็นคุณค่าในการดำรงชีวิต อันจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพดียิ่งขึ้น (Lantz, 1985; Muhlenkamp & Sayles, 1986) การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แก่ การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการตอบสนองที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์ และความคิด ช่วยให้ผู้สูงอายุเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การตอบสนองด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือกระทำของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Orem, 1985) การตอบสนองในเรื่องการได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของเงินทอง หรือแรงงาน แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความต้องการที่จะลดการพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยลง (ศรีทิพย์ทิพย์พานิชพันธ์, 2526) โดยทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง แต่บางครั้งผู้สูงอายุก็ไม่สามารถจะปฏิบัติด้วยตนเองได้ เนื่องจากผลของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนั้นยังมีการเปลี่ยนแปลงรายได้ภายหลังการเกษียณอายุ ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ลดลง หรือไม่มีเลย ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือในด้านการเงิน และสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ ย่อมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น การสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลให้ผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้อย่างสิ้นเชิง การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นเสมือนแรงกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

7. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในจังหวัดชลบุรี

ภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับพฤติกรรม และการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2544) ซึ่งในวัยสูงอายุ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวในการเผชิญกับปัญหา ย่อมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยทั่วไป พบว่ามีการสูญเสียความสามารถทางกาย ทำให้ช่วยเหลือตนเองน้อยลง เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ (Ebersole & Hess, 1990, P.b; นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2532) การสูญเสียคู่สมรส ทำให้รู้สึกเศร้าโศก สูญเสียหน้าที่การงานและบทบาททางสังคม ทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ ขาดความสนใจในตนเอง ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ (Burnside, 1981 cited in Shive, 1994; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

8. ภาวะสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในจังหวัดชลบุรี

การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากการมีโรคประจำตัวมีผลกระทบต่อบุคคลในแง่ของความไม่สบาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาของคาร์สัน (Carison, 1999) พบว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตอาร์ศรีอาคะ (2543) พบว่าความพร้อมของร่างกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล บ่งบอกถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem, Taylor & Renpening, 1995) และจากการศึกษาของบุญมา ณ นคร (2545) พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.0 ทำให้ไม่ได้ไปขอรับบริการจากบุคลากรด้านสาธารณสุข โรคประจำตัวที่พบเป็นโรคไม่ร้ายแรง คือ มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้คิดว่าไม่จำเป็นต้องไปขอรับบริการจากบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้ขาดคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

9. การมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายในจังหวัดชลบุรี

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงคาดว่าปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต

และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณอายุในจังหวัดชลบุรีได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลตลอดจนบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มข้าราชการเกษียณอายุ
2. ด้านการศึกษาการพยาบาล อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ประกอบการเรียนการสอนนิสิตพยาบาล เพื่อให้นิสิตเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มข้าราชการเกษียณอายุได้อย่างเหมาะสม และเพื่อให้นิสิตพยาบาลนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป
3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารสามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมให้พยาบาลสามารถส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการเกษียณอายุได้อย่างเหมาะสม
4. ด้านวิจัยทางการพยาบาล นักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างรูปแบบการพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของข้าราชการเกษียณอายุต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณอายุ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่พ้นจากตำแหน่งทางราชการ เนื่องจากอายุครบกำหนดที่ทางหน่วยงานราชการกำหนดไว้โดยเป็นข้าราชการเกษียณที่เป็นสมาชิกชมรมข้าราชการบำนาญจังหวัดชลบุรี มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี ระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2547

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และการมีโรคประจำตัว
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

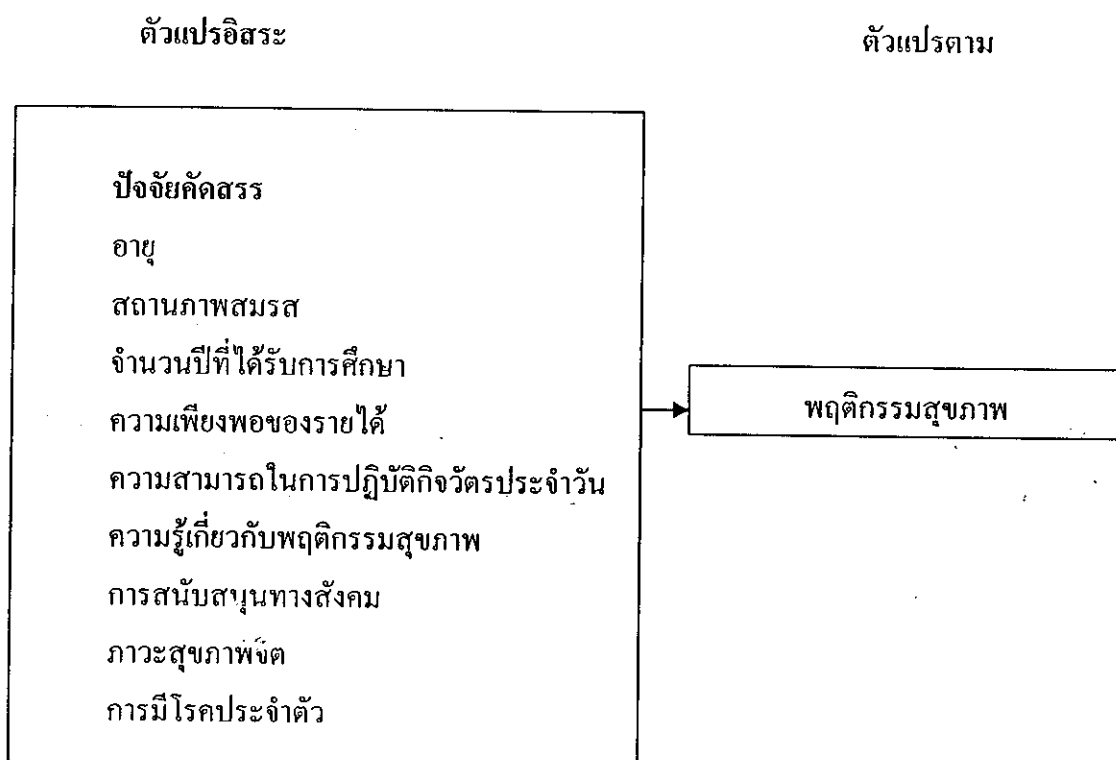
ข้าราชการเกษียณชาย หมายถึง ผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ออกจากตำแหน่งทางราชการ เนื่องจากอายุครบกำหนดที่ทางหน่วยงานราชการกำหนดไว้ โดยเป็นข้าราชการเกษียณที่เป็นสมาชิกชมรมข้าราชการบำนาญจังหวัดชลบุรี และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ และมีความยินดีจะเข้าร่วมการวิจัย

1. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของข้าราชการเกษียณชาย นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ถ้ามีเศษตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ให้นับเป็น 1 ปี
2. สถานภาพสมรส หมายถึง ภาวะสมรสของข้าราชการเกษียณชายในปัจจุบัน โดยแบ่งเป็น สถานภาพสมรส คู่ โสด หม้าย และหย่าหรือแยกกันอยู่
3. จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปี ที่ข้าราชการเกษียณชายได้รับการศึกษาขั้นสูงสุดในสถานศึกษาระบบโรงเรียน
4. ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของข้าราชการเกษียณชายที่มีต่อรายได้ของตนเอง ที่ได้รับว่ามีความสอดคล้องกับค่าใช้จ่ายหรือไม่ ได้แก่ รายได้เพียงพอ คือ รายได้และรายจ่ายสมดุลกัน หรือมีรายได้มากกว่ารายจ่าย และ รายได้ไม่เพียงพอ คือ มีรายจ่ายมากกว่ารายได้
5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ระดับความสามารถที่ข้าราชการเกษียณชายต้องทำกิจกรรมประจำวัน โดยประเมินจากแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากดัชนีของบาร์เทล (Barthel Index) 10 ข้อ
6. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความเข้าใจของข้าราชการเกษียณชายเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การจัดการกับความเครียด สามารถวัดได้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
7. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของข้าราชการเกษียณชายต่อการได้รับการช่วยเหลือ และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และความคิด การยอมรับพฤติกรรม โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck Social Support Questionair : NSSQ) ซึ่งวรรณิ เดียวอิสเรศ (Wannee Deoisres, 1999) แปลเป็นไทย แบบประเมินเป็นแบบวัด 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มากทีเดียว และอย่างมากมาย
8. ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของข้าราชการเกษียณชายที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ปราศจากอาการทางจิต
9. การมีโรคประจำตัว หมายถึง การที่ข้าราชการเกษียณชายมีความผิดปกติ หรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

10. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของข้าราชการเกษียณอายุซึ่ง มีผลต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การจัดการกับความเครียด ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และการมีโรคประจำตัว ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะมีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชาย ซึ่งมีกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชาย ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย