

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล
การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ
กับชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง**

ดวงพร รัตนอมรรักษ์* วีระ ฤกษ์วิศิษฐ์กุล**
จรรยา เสียงเสนา*** และ จากรุณี เนียมธรรม***

บทคัดย่อ

ศึกษาวิธีชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอญอยู่ในในระดับสูง ปานกลาง และสูง ตามลำดับ ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น และการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจความบังเอญ สามารถสรุปว่ากันอธินายการเปลี่ยนแปลงคะแนนวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ร้อยละ 38.2

-
- * ผู้อ่านส่งเสริม โรงพยาบาลปานไมก จังหวัดอ่างทอง
 - ** ภาควิชาชีวสัตวิ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 - *** ภาควิชาแพทยศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คำนำ

ในปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในการภาคประมวลผลต่อส่วนประชากรผู้สูงอายุ ตามข้อมูลด้านการเรียนรู้ระดับกลางขององค์กรสหประชาธิการกว่า ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ.2523 เป็น 7.7 ในปี พ.ศ.2543 และเป็นร้อยละ 13.1 ในปี พ.ศ.2563 (นภพ แตะกย., 2534) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคมรวมถึงสุขภาพที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ทำให้การศรัทธานักเดินปัญหาของผู้สูงอายุที่จะติดตามมา

ในส่วนปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง โรคที่มีผลต่อผู้สูงอายุมากที่สุดได้แก่ โรคที่เกิดจากวิถีชีวิต (Lifestyle disease) เช่นมะเร็งปอด ถุงลมปอดโป่งพอง เบาหวาน หรือโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Geyer, 1990) ในประเทศไทยผู้สูงอายุในชุมชนเมืองของกรุงเทพมหานคร ครึ่งหนึ่งมีการเจ็บป่วย ต่อส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตา โรคหัวใจ ไข้เรื้อรังและหนองหีด (อารนัฟ แตะกย., 2531) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนที่远离บ้านเรือน เช่น จังหวัดนนทบุรี มีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ปวดหัว ปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว อาหาร มีโรคประจำตัวได้แก่โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง วัฒนธรรมป้องกันมะเร็งและเนื่องอก และโรคหลอดเลือดในสมอง โรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้สูงอายุ เช่น ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง หูดีดื่น โรคหัวใจ ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เป็นวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี (Healthy lifestyle) (Gilbert, 1986)

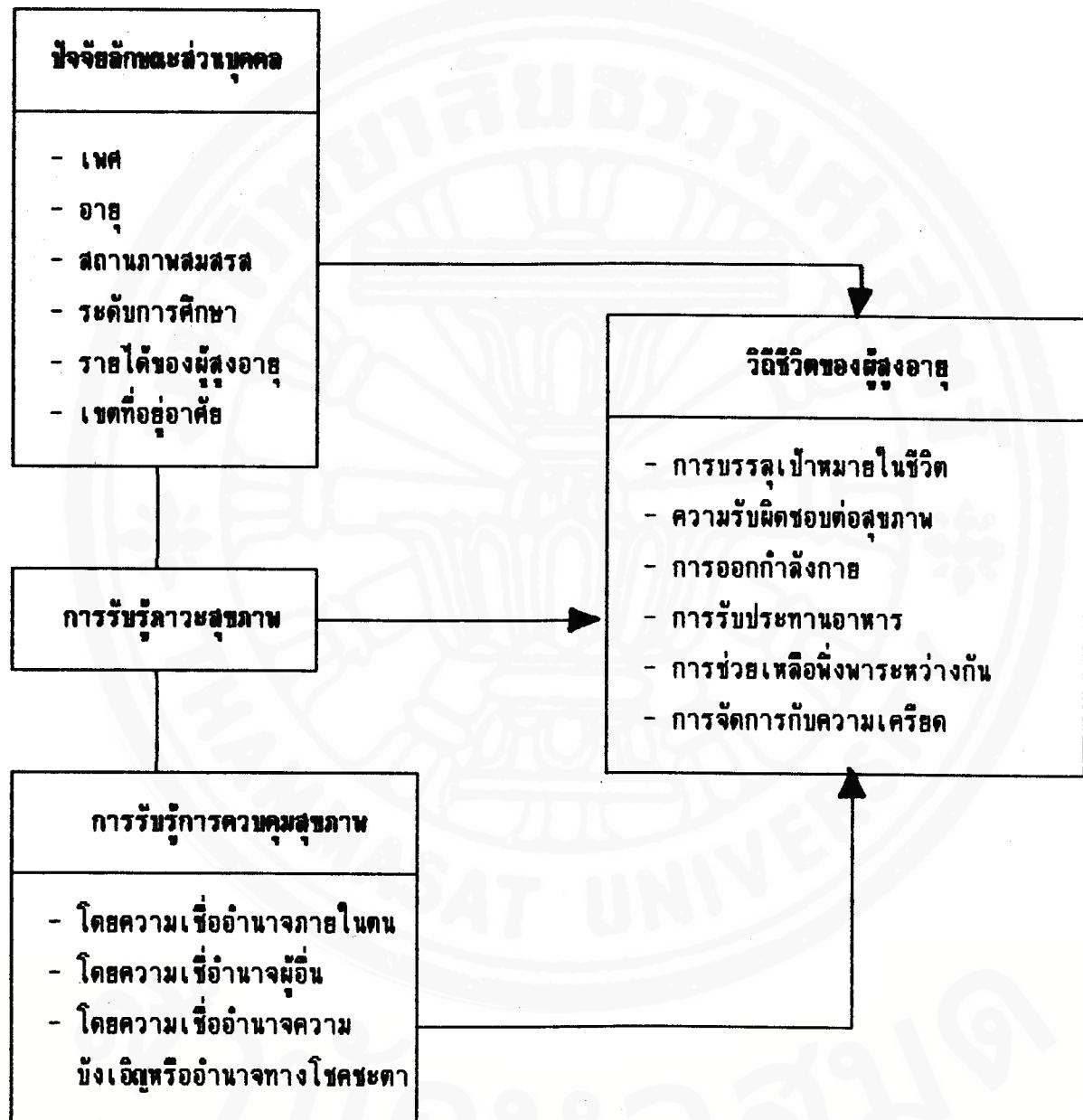
เพนเดอร์ ได้พัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) มีจุดมุ่งหมายในการอธิบายการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตเพื่อการยกระดับความสุขและการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่

(1) ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-perceptual factors) ประกอบด้วยปัจจัยอีก 7 ปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตน คำจำกัดความสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

(2) ปัจจัยเสริม (Modifying factors) ประกอบด้วยปัจจัยอีก 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางวิทยา อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยพฤติกรรมและ

(3) การมีส่วนร่วมในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือวิถีชีวิต (Lifestyle) (Pender, 1987)

ในจังหวัดอ่างทองผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก จากรายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองว่าในปี พ.ศ.2533 ผู้สูงอายุมีจำนวนร้อยละ 8.7 ซึ่งสูงกว่าจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยที่คาดประมาณโดยองค์กรสหประชาธิการตั้งแต่ปีที่แล้ว การที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้อัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระ (Elderly dependency ratio) เพิ่มขึ้น และโดยธรรมชาติของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคม มีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น ซึ่งศึกษาถึงวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทองว่าเป็นอย่างไร โดยเลือกศึกษาตามแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยในปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ เดือกปัจจัยอีก 2 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ ส่วนปัจจัยส่งเสริมนี้เดือกปัจจัยอีก 3 ปัจจัย ได้แก่ เทพ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุ จุดประสงค์ของ การศึกษาครั้นนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงในแผนภาพที่ 1 ผลจากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

อุปกรณ์และวิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Correlational survey research) ทำการศึกษาแบบ Cross-sectional study เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2535

2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุในช่วงหัวคอกองท้องที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง จากประชากรทั้งหมดที่สามารถดำเนินการตอบแบบสอบถามได้ 379 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้จำนวนตัวอย่าง 400 คน ให้แบบแผนการเลือกตัวอย่างแบบกลุ่ม 4 ขั้นตอน (Cluster four-stage sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุได้แก่ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถดูดซึบภาษาไทย แล้วไม่อุ้ยในการที่มีความรู้สึกในส่วนใดไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ สร้างขึ้นโดยคัดแปลงจากแบบวัด The OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (Duck University cited in Medowall and Newell, 1987: Duck University 1978 cited in Elioponlos, 1990) และแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งสร้างขึ้นโดย สปีก โควาท เพลเตต (Speak, Cowart, Pellet, 1989) จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การควบคุมสุขภาพ สร้างขึ้นโดยคัดแปลงมาจากการแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของอาสาสมัครและคณะ (Wallston et al., 1978) จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์วัฒนธรรมของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นโดยคัดแปลงมาจากแบบวัดวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของวอลเกอร์ ซีคริส เทนเคอร์ (Walker, Scrist, Tenkor, 1987) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ จำนวน 39 ข้อ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS* สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปรปรวนทางเดียว สถิติที่ไคส์เกอร์ สัมประสิทธิ์ สามสัมพันธ์ของเพิร์สัน และการทดสอบพหุคุณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยและวิจารณ์

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.8) เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60-64 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.8 มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.0) มีสถานภาพสมรสอยู่ อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 60.0 เรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1-4 ร้อยละ 66.2 ผู้สูงอายุมีรายได้ระหว่าง 1,000-4,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.3 ที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้รับจากอุดหนา คิดเป็นร้อยละ 55.2 ผู้สูงอายุประเมินว่ารายได้ของตนเองอยู่ในระดับพอเพียงใช้ไม่เหลือ เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 59.0 และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) อยู่กับสามาชิกในครอบครัว มีพี่ยังร้อยละ 5 ที่อยู่คนเดียว

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.1) มีวิถีชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาถึงวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายค้านพบว่า ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทานอาหาร การช่วยเหลือเพื่อการห่วงใย กับการจัดการกับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการบรรเทาป้าหมายในชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง มีเพียงค้านการออกกำลังกายที่อยู่ในระดับต่ำ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.2 มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่อถืออำนาจในการดูแลตัวเองในดูดับต่ำ ร้อยละ 78.8 มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่อถืออำนาจในระดับสูง ร้อยละ 41.2 และมีการรับรู้การควบคุมดูแลสุขภาพโดยความเชื่อถืออำนาจ ความบังเอญอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.8 ปัจจัยดักษณะส่วนบุคคลทุกปัจจัยที่แตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้แก่ ปัจจัยดักษณะส่วนบุคคลทุกปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (คุณภาพที่ 1, 2) นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่อถืออำนาจผู้อื่น และการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่อถืออำนาจความบังเอญ โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ร้อยละ 38.2 (คุณภาพที่ 3)

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านบริการ

1.1 จากผลการวิจัยพบว่าวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายได้ทุกค้านอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ยกเว้นด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ดังนั้น จึงควรจัดให้มีโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และค้นหาผู้สูงอายุที่จะเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย

1.2 จากผลการศึกษาไว้พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ดังนั้น จึงควรจัดให้มีบริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ทั้งในโรงพยาบาล และการจัดโครงการหน่วยเคลื่อนที่สำหรับผู้สูงอายุตามบ้านโดยเป็นหน่วยสมมติที่ทำการตรวจร่างกาย และการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุทราบหากในความสามารถของตนเอง รวมถึงการให้ความรู้ด้วย ฯ แก่ผู้สูงอายุ และการติดตามเยี่ยมน้ำผึ้งสูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานอยู่ด้วย ตัวคนเดียว หรือยากจน

1.3 จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่อถืออำนาจผู้อื่น มีอิทธิพลทางบวกต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ดังนั้นควรจัดโครงการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องแก่ครอบครัวที่สูดผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกรรมประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุดและสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ ลูกหลาน และครอบครัวให้แน่นแฟ้นและคงอยู่ตลอดไป

2. ด้านบริหาร

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารทุกระดับ ในการวางแผนโครงการ ดัง ฯ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมทั้งที่รับผิดชอบ

3. ด้านการศึกษา

3.1 จัดอบรมพื้นที่วิชาการแก่ผู้สูงอายุแก่เจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอ ตำบล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่สนใจ รวมทั้งจัดอบรมวิชาการพื้นที่แก่อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ต้องข่าวสารกรณีสุขในเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนด้วย

3.2 ในสถานบันการศึกษาพยาบาลและการสาธารณสุขอื่น ๆ ความมีการเน้นในเรื่องการดูแลและผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

3.3 จัดอบรมการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุเกี่ยวกับการที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ตลอดประชาชนที่สนใจ

เอกสารอ้างอิง

ชาญวรรษ พេជ្ជន แหลม แฉะ 2532. การสำรวจปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและกันหากผู้นำกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. รายงานการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนพิต.

นภพ พ. ชัยวรรณ แฉะ 2534. ประชากรผู้สูงอายุไทย : ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ.
กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อาจรัตน์ ภูพิพุกน์ แฉะ 2531. การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนพิต.

Cochran, W.G. 1977. Sampling techniques. third edition New York : John Wiley and Sons, Inc.

Elioponlos. 1987. Gerontological Nursing. second edition Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Geyer, E. 1990. "Self-Care Issues for the Elderly." Dimensions in Oncology Nursing. Vol 4 (Summer) : 33-35

Gilber, S.B. 1986. "Health Promotion for Older American." Health Values. Vol. 10 (May/June)" 38-45.

McDowell, I., Newell, C. 1987. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York:
Oxford University Press.

Pender, N.J. 1987. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd edition. Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange.

Speak, D.L.: Cowart, M.E.: Pellet, K. 1989. "Health Perception and Lifestyle of the Elderly." Research in Nursing and Health. Vol. 12:93-100.

Wallston, et al. 1978. "Development of the multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales.
"Health Education Monograph. Vol 6 (Spring) 160-170.

ABSTRACT

Studies on lifestyle, perceived health status, and perceived control of health of the elderly were done in Angthong Province. The data were collected by individual interviewing. Most of the elderly gave moderate scores of composite lifestyle, high scores of perceived health status hight scores of perceived control of health by internal locus of control, moderate scores of perceived control of health by chance. The result revealed that 38.2% of the variance was explained by perceived health control of health by other powerful persons and perceived control of health by chance.

ชีท 2 เล่มที่ 1 พค. - ตค. 36

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างวิชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมทั้ง 6 ด้าน และรายด้านเพื่อศึกษาจำพวกน้ำหนักและรากฐานค่า

ชื่อรากฐาน	โดยรวม	วิชีวิตของผู้สูงอายุ						การรับประทาน
		การบรรลุเป้าหมายในวิชา	ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	การช่วยเหลือผู้ชรา	การจัดการกับความเครียด	การออกกำลังกาย	อาพาธ	
เพศ	22.2068	6.1717	3.0442	15.2058	11.7487	33.4407	0.0099	
	(<0.0001) **	(0.0457) *	(0.2183)	(0.0005) **	(0.0028) **	(<0.0001) **	(0.9951)	
	(0.2356)	(0.1242)	(0.0872)	(0.1950)	(0.1714)	(0.2891)	(0.0050)	
ลักษณะพื้นเมือง	24.4465	23.7853	7.8247	22.5106	6.8139	7.2511	3.8803	
	(<0.0001) **	(<0.0001) **	(0.0200) *	(<0.0001) **	(0.0331) *	(0.266) *	(0.1437)	
	(0.2470)	(0.2439)	(0.1399)	(0.2372)	(0.1305)	(0.1346)	(0.0985)	
เขตที่อยู่อาศัย	10.8982	7.0272	17.9048	3.5676	23.3199	14.4783	8.0274	
	(0.0043) **	(0.0298) *	(0.0001) **	(0.1680)	(<0.0001) **	(0.0007) **	(0.0181)	
	(0.1651)	(0.1325)	(0.2116)	(0.0944)	(0.2415)	(0.1903)	(0.1417)	

* มีข้อสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีข้อสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตัวเลขเดียวของแต่ละข้อจัด คือค่า ไคลเมติก

ตัวเลขใช่วงเล็บแยกที่ 2 คือค่า p-value-

ตัวเลขใช่วงเล็บแยกที่ 3 คือค่า Cramer's V

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ การรับรู้ความสุขภาพ การรับรู้การความคุ้มสุขภาพ ก้าวเดินวันของผู้สูงอายุโดยรวมทั้ง 6 ด้าน และรายด้านเพื่อชี้ค่าน

ชั้น齢	โดยรวม	วิถีชีวิทยาของผู้สูงอายุ						การรับรู้สุขภาพ
		การบรรลุเป้าหมายในช่วง	ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	การซ่อมเหลืองจังหวะว่างกัน	การจัดการกับความเครียด	การออกกำลังกาย	อาหาร	
80+	-0.2885 (<0.0001)***	-0.2761 (<0.0001)***	-0.1313 (0.0040)***	-0.2637 (0.0000)***	-0.1062 (0.0170)*	-0.1924 (<0.0001)***	-0.1302 (0.0050)	
ระดับการศึกษา	0.4134 (<0.0001)***	0.1708 (<0.0001)***	0.3268 (<0.0001)***	0.3011 (<0.0001)***	0.2333 (<0.0001)***	0.3213 (<0.0001)***	0.2773 (<0.0001)***	
รายได้ของผู้สูงอายุ	0.3256 (<0.0001)***	0.1957 (<0.0001)***	0.2564 (<0.0001)***	0.2288 (<0.0001)***	0.2150 (<0.0001)***	0.1357 (0.0030)*	0.2247 (<0.0001)***	
การรับรู้ความสุขภาพ	0.437 (<0.0001)***	0.4671 (<0.0001)***	0.1159 (<0.0100)***	0.3918 (<0.0001)***	0.1138 (<0.0110)*	0.3580 (<0.0001)***	0.2093 (<0.0001)***	
การรับรู้การความคุ้มสุขภาพ								
โดยความเรื่อง	0.2931 (<0.0001)***	0.2456 (<0.0001)***	0.1735 (0.0001)***	0.1739 (0.0001)***	0.2206 (0.0001)***	0.2200 (<0.0001)***	0.1074 (0.0160)	
อั่มชาจภายใน	0.2611 (<0.0001)***	0.0183 (0.3570)	0.3863 (<0.0001)***	0.1668 (<0.0001)***	0.1582 (<0.0010)***	0.1083 (<0.0150)*	0.1938 (<0.0001)***	
โดยความเรื่อง	-0.2257 (<0.0001)***	-0.0167 (0.3690)	-0.2006 (<0.0001)***	-0.1990 (<0.0001)***	-0.0975 (0.0260)*	-0.1598 (0.0010)***	-0.2229 (<0.0001)***	
อั่มชาจความ								
รังสี								

* นัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** นัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตัวเลขในวงเล็บ เป้าหมาย ค่า p-value

ปีที่ 2 เล่มที่ 1 พค. - ตค. 36

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นในการพยากรณ์วิธีชี้วัดของผู้สูงอายุโดยรวมทั้ง 6 ด้าน

	ตัวแปร	b	beta	R	R^2	Adj R^2	F
ทั้ง 1	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1.1746	0.3291	0.4417	0.1951	0.1931	95.9766**
ทั้ง 2	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1.2664	0.3548				
	ระดับการศึกษา	1.5709	0.3226	0.5400	0.2916	0.2880	81.3074**
ทั้ง 3	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1.1437	0.3204				
	ระดับการศึกษา	1.3961	0.2867				
	รายได้ของผู้สูงอายุ	0.0045	0.2292	0.5840	0.3140	0.3360	67.9626**
ทั้ง 4	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1.2015	0.3766				
	ระดับการศึกษา	1.1959	0.2456				
	รายได้ของผู้สูงอายุ	0.0041	0.2082				
	การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดย						
	ความเชื่ออำนาจหน้าที่	0.3575	0.1840	0.6104	0.3726	0.3662	58.3526**
ทั้ง 5	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1.1746	0.3291				
	ระดับการศึกษา	1.0898	0.2238				
	รายได้ของผู้สูงอายุ	0.0041	0.2055				
	การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความต้อง						
	อำนาจหน้าที่	0.3547	0.1827				
	อำนาจความบังเอิญ	-0.2077	-0.1001	0.6180	0.3820	0.3741	48.4547**
ค่าคงที่	71.8037						

** นัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01