

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง
มะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง
มะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2552

กฤษณีนันท์ รัตนธีรวิเชียร

นางสาวกฤษณีนันท์ รัตนธีรวิเชียร

ผู้วิจัย

Krisnanan

รองศาสตราจารย์นิตยา วัจนะภูมิ,

Ph.D. (Epidemiology)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พรพรรณ เกิดมงคล

Pranpan

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชราพร เกิดมงคล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Panpan

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญใจ อำนางศักดิ์เชื้อ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Khwanjai

รองศาสตราจารย์อนุพันธ์ คันทิวงศ์,

M.Sc. (Clin Epidemiol), Dip Thai Brd Fam Med.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Anunant

รองศาสตราจารย์วันเพ็ญ แก้วปาน,

ส.ค. (บริหารสาธารณสุข)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Wanpen

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

ท.บ.

กณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

ท.บ., อ.ว. (ระบาดวิทยา)

กณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง
มะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

นางสาวณัฏฐ์ รัตนศิริวิเชียร

นางสาวณัฏฐ์ รัตนศิริวิเชียร
ผู้วิจัย

พ.ศ. ๒๕๖๕ เดือน ๑๑

[Signature]

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชราพร เกศมณฑล,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

[Signature]

[Signature]

รองศาสตราจารย์อนุพันธ์ ดันติวงศ์,
M.Sc. (Clin Epidemiol.), Dip Thai Brd Fam Med.
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์วันเพ็ญ แก้วปาน,
ศ.ค. (บริหารสาธารณสุข)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

[Signature]

[Signature]

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
ท.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์สมพร กันทรคุญภู เดรัมย์ชัยศรี,
ปร.ค. (ประสาทวิทยาศาสตร์)
รักษาการแทน
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนวยศักดิ์ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัทธพร เกติมงคล รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ แก้วปาน และรองศาสตราจารย์นายแพทย์อนุพันธ์ ดันติวงศ์ ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้แนวคิด ความรู้ ความเข้าใจ คำแนะนำ ให้กำลังใจ ตลอดจนชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยซาบซึ้งในพระคุณของอาจารย์จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. นิตยา วัจนะภูมิ ประธานกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ให้การศึกษาสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ซึ่งมีค่าอย่างยิ่งในการพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในน้ำใจและความช่วยเหลือของ ประธานชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ช่วยเหลือให้ผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูลในชุมชน ขอขอบพระคุณ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้สูงอายุชายทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา พี่น้องในครอบครัว ที่เข้าใจและเป็นกำลังใจ ให้การสนับสนุนอยู่เบื้องหลังความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา กำลังใจ และขอขอบคุณเพื่อนๆ ปรียญาโททุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจมาโดยตลอด

ญาณันท์ รัตนธีรวิเชียร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ
 FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS TO MINIMIZE RISK FOR PROSTATE
 CANCER IN OLDER ADULTS

ภูวนันท์ รัตนธีรวิเชียร 4836050 PPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ขวัญใจ อำนางศักดิ์ชื้อ, Ph.D., พัทธพร เกิดมงคล, Ph.D.,
 วันเพ็ญ แก้วปาน, ศ.ด. (บริหารสาธารณสุข), อนุพันธ์ ดันติวงศ์, M.D.,

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชาย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานครที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งหมดจำนวน 237 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2551

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ (72.6%) ได้รับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (60.3%) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=74.9$, S.D. = 10.8) มีพฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ และด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าผู้สูงอายุมากถึง 3 ใน 4 ส่วน (79.3%) ที่ไม่เคยไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากโดยใช้สถิติ t-test พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.724, t = 3.514, p < 0.001$) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการศึกษาและรายได้รอบตัว ($r = 0.44, 0.43, 0.23, 0.23$ ตามลำดับ ที่ระดับ 0.01) การรับรู้ประโยชน์ ($r = 0.16, p = 0.012$) และพฤติกรรมในอดีต ($r = -0.15, p = 0.024$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติ วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการศึกษา และการรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 33.8

ข้อมูลที่ได้จากการค้นพบครั้งนี้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุโดยใช้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และลดอุปสรรคในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก พยาบาลสาธารณสุขควรสนับสนุนให้ผู้ชายที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากเพื่อลดความรุนแรงของโรคได้

คำสำคัญ : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ / มะเร็งต่อมลูกหมาก / ผู้สูงอายุ / กรุงเทพมหานคร

FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS TO MINIMIZE RISK FOR PROSTATE CANCER IN OLDER ADULTS

YANANAN RATANATHERAWICHIAN 4836050 PPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KWANJAI AMNATSATSEU, Ph.D.,
PATCHARAPORN KERDMONGKOL, Ph.D., WONPEN KEAWPAN, Dr.P.H., ANUPAN
TANTIWONG, M.D.**ABSTRACT**

This descriptive research was conducted to examine factors related to health promoting behaviors to minimize the risks of prostate cancer among older men. A total number of 237 men aged 60 years and older who lived in Bangkok Metropolitan and who met the other inclusion criteria were interviewed during October and December 2008 using a 5-part questionnaire. The results revealed that a majority of the respondents were married (72.6%) and had completed elementary school (60.3%). The overall health promoting behaviors to minimize risks for prostate cancer were at moderate level ($\bar{x} = 74.9$, S.D. = 10.8). Concerning each aspect, spiritual growth and stress management behaviors were reported as high level, while health responsibility, physical activity, nutrition, and interpersonal relations were at moderate levels. Interestingly, more than three-fourths (79.3%) had never been screened for prostate cancer.

According to Independent t-test, different in level of education, and level of family income showed statistically significance in there health promoting behaviors ($p < 0.01$). Using Pearson Product Moment Correlation, social support, perceived self-efficacy, level of education and level of family income were related to health promoting behaviors towards minimizing risks of prostate cancer among older adults at the significance level of $p < 0.01$ ($r = 0.44, 0.43, 0.23,$ and 0.23 respectively) perceived benefit ($r = 0.16, p = 0.012$) and past behavior ($r = -0.15, p = 0.024$). Using Stepwise Multiple Regression, social support, perceived self-efficacy, level of education, and perceived barriers could jointly predict 33.8% of variance for health promoting behaviors toward minimizing prostate cancer in older men.

The findings of this research can be used to guide health promotion programs for older men to minimize the risks of prostate cancer. In addition, prostate cancer support group should be developed to facilitate health behavior for individuals and empower those men by improving self-efficacy and minimizing barriers for health promoting behaviors particularly prostate cancer screening. Health care providers should advocate methods of prostate cancer prevention to all men and their families as early as possible.

**KEY WORDS: HEALTH PROMOTING BEHAVIORS / PROSTATE CANCER / OLDER
ADULTS/BANGKOK**

163 pages

สารบัญ

| | หน้า |
|--|-----------|
| กิตติกรรมประกาศ | ค |
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| สารบัญตาราง | ช |
| สารบัญแผนภูมิ | ณ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| คำถามในการวิจัย | 3 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย | 4 |
| สมมติฐานการวิจัย | 4 |
| ขอบเขตการวิจัย | 5 |
| นิยามตัวแปร | 5 |
| บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม | 11 |
| แนวคิดและทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ | 11 |
| มะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ | 14 |
| แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ | 24 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 39 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย | 46 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย | 48 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 48 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 50 |
| การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ | 61 |
| การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง | 62 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 63 |
| สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล | 63 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|-------------------------------------|------|
| บทที่ 4 ผลการวิจัย | 65 |
| บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย | 79 |
| บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ | 95 |
| บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย | 100 |
| บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ | 113 |
| บรรณานุกรม | 125 |
| ภาคผนวก | 135 |
| ประวัติผู้วิจัย | 163 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|---|------|
| 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประชากร | 66 |
| 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ภาวะสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วย | 69 |
| 3 ค่าเฉลี่ย () ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน | 70 |
| 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ | 71 |
| 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย () และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพฤติกรรมในอดีตจำแนกรายข้อ | 72 |
| 6 ค่าเฉลี่ย () และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับคะแนนของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง | 73 |
| 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และ แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายข้อ | 74 |
| 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว | 75 |
| 9 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ | 76 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|--|------|
| 10 | วิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากของกลุ่มตัวอย่าง | 78 |
| 11 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากจำแนกรายชื่อ | 154 |
| 12 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกรายชื่อ | 157 |
| 13 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายชื่อตามแหล่งของการได้รับคำแนะนำสนับสนุน ให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | 160 |
| 14 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายชื่อตามการได้รับคำแนะนำสนับสนุน ให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | 161 |
| 15 | ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ | 162 |

สารบัญแผนภูมิ

| แผนภูมิที่ | | หน้า |
|------------|------------------------------------|------|
| 1 | รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ | 30 |
| 2 | กรอบแนวคิดในการวิจัย | 47 |
| 3 | การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน | 49 |



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างอายุของประชากรโลกได้เปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นกว่าประชากรกลุ่มอื่น ในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีหรือมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นจาก 1.21 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เป็น 5.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 7.6 และ 11 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2563 ตามลำดับ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549:15) นอกจากนี้จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแล้ว อายุคาดหวัง (life expectancy) ของคนไทยก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2548) ถึงแม้ประชากรไทยจะมีเพิ่มขึ้น แต่อายุคาดหวังของผู้ชายยังต่ำกว่าของผู้หญิงและโดยทั่วไปจะมีอัตราการป่วยและการตายสูงกว่าของผู้หญิง (กฤษฎา รัตนโอฬาร, 2549: 4) ทำให้ความสำคัญของประเด็นผู้สูงอายุจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับสุขภาวะของผู้สูงอายุด้วย

มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นโรคที่คุกคามชีวิตผู้สูงอายุชายทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของชายในสหรัฐอเมริกา ขณะที่อุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมลูกหมากในชายไทย พบเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ในผู้ชายอายุ 55 ปีขึ้นไป เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 10 ของชายไทย และอันดับ 5 ของชายในกรุงเทพมหานคร มักพบในผู้ที่มีฐานะดี การศึกษาดี เพราะคนกลุ่มนี้จะมีวิถีชีวิตที่ทันสมัยแบบตะวันตก (दनัยพันธ์ อัครสกุล, 2549)

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป ทั่วประเทศแยกตามรายภาค ในปี พ.ศ. 2548 และปี พ.ศ. 2549 พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก จำนวน 1,531 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 1,709 ราย ในปี พ.ศ. 2549 และสถิติผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป ทั่วประเทศแยกตามรายเขต พบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข อ้างอิงในสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2549) ถึงแม้ข้อมูลสถานการณ์มะเร็งต่อมลูกหมากในชายไทย จะไม่รุนแรง ซึ่งพบอัตราการเป็น

มะเร็งต่อมลูกหมากของชายไทย 4.9 ต่อ 100,000 (โสภณ เมฆธน, 2550) แต่คาดว่าข้อมูลจะต่ำกว่าสถานการณ์จริง นอกจากนี้อุบัติการณ์มะเร็งต่อมลูกหมากจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามอายุที่เพิ่มขึ้น พบว่ามะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ชายที่มีอายุ 60-69 ปี พบได้มากกว่าร้อยละ 50 และในผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 70-89 ปี จะพบประมาณร้อยละ 90 (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย: รายงานการศึกษาวิจัย, 2545: 3)

เนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากเกิดจากมีการอุดตันของท่อปัสสาวะ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ upper tract เกิด vesical diverticulum, hydroureter และ hydronephrosis สุดท้ายตามมาด้วย renal failure, มี adenoma ของขาเนื่องจาก tumour ไปกด iliac vessels มี metastatic symptoms เช่น กระดูกหัก (pathological fracture) กลืนอาหารไม่ได้ เนื่องจากกระจายไปที่ base ของ skull หรือฐานสมอง (สัมพันธ์ ดันติวงศ์, 2514: 265) จนกระทั่งมีความรุนแรงถึงชีวิตโดยมีอัตราการตายสูงโดยเฉพาะในผู้สูงอายุชาย จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายสูงขึ้น เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีระดับโปรตีนอัลบูมินในเลือด และระดับค่าความเข้มข้นของเลือดลดลง ทำให้ความแข็งแรงและระดับภูมิคุ้มกันลดลง (มนัส วุฒิววัฒน์, 2539: 13-18)

เมื่อเกิดความผิดปกติของต่อมลูกหมาก นอกจากจะทำให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากความรำคาญจากการปัสสาวะไม่ปกติ ยังส่งผลต่อสุขภาพจิตและการดำเนินชีวิตประจำวันแล้ว ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และ อาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติย่อมส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต (ศิริพรรณ ชาตสุทธิเกษม, 2540) เช่นรบกวนการนอน ความวิตกกังวล ยังมีผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว เช่น การพักผ่อนหย่อนใจ เพศสัมพันธ์ ด้านสังคม ได้แก่ การทำงาน การเดินทาง การไปงานสังคมต่างๆ (อนุพันธ์ ดันติวงศ์ และคณะ, 2544) และมีโอกาสที่องคชาติไม่แข็งตัวอีกประมาณร้อยละ 50-80 ควบคุมปัสสาวะไม่ได้ร้อยละ 10-30 ด้านเศรษฐกิจ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาตั้งแต่ประมาณ 10,000-300,000 บาท (การผ่าตัดค่าใช้จ่าย 10,000 บาทขึ้นไป การรักษาด้วยการฉายรังสี ค่าใช้จ่าย 50,000-100,000 บาท และการฝังเมล็ดแร่เข้าไปในร่างกาย ค่าใช้จ่ายมากกว่า 300,000 บาท) (คณัณพันธ์ อัครสกุล, 2549) แต่ถ้าได้รับการวินิจฉัย และได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ตลอดจนการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้มะเร็งต่อมลูกหมากมีโอกาสหาย หรือทำให้ระยะรอดชีพยาวนานขึ้น

ถึงแม้การดำเนินการด้านนโยบายที่ผ่านมามีความผิดปกติของต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชายจะ มีการดำเนินการในรูปแบบของคลินิกวิทยทองเพื่อให้ชายไทยได้รับการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก ซึ่งกรมอนามัยได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 คือการให้บริการคลินิกชายวัยทองในสถานบริการของรัฐในลักษณะงานเชิงรับ โดยในเรื่องของต่อมลูกหมากผู้รับบริการจะได้รับการประเมินการถ่ายปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยความรุนแรงของต่อม

ลูกหมากโต (The AUA Symptom Index for BPH) พบว่าสัดส่วนของผู้ชายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากมีจำนวนน้อย

รวมทั้งการวิจัยที่ผ่านมาทำการศึกษาเกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชายไทยมีจำกัด พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดต่อมลูกหมากโตในชายไทย (วงจันทร์ ปริษามาตร, 2528) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต (จุฑามาศ คำแพร่ดี, 2541) การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในประเทศไทย (สมหมาย แยมยิ่ง, 2541) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต (อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และคณะ, 2544) วิธีที่เหมาะสมและคุ้มค่าในการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ (อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และคณะ, 2544) ซึ่งพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของต่อมลูกหมาก และเป็นกลุ่มที่ศึกษาในคลินิกหรือสถานบริการ ในขณะที่งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงของมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชายที่อยู่ในชุมชนเขตเมืองยังมีจำกัด

จากข้อมูลดังกล่าว ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งเป็นปัญหาที่สามารถลดความรุนแรงของโรคได้ถ้าได้รับการตรวจคัดกรองในระยะแรก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตเมืองใน ด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด เพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมลูกหมากสำหรับผู้ชายสูงอายุในเขตเมืองที่ศึกษา เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชายในการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก และเป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในประชากรสูงอายุชายต่อไป

คำถามในการวิจัย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อศึกษา

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชาย
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว) พฤติกรรมในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ
3. ความสามารถในการทำนาย จากปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ พฤติกรรมในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุต่างกัน
5. พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ
6. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ
7. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

8. การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

9. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

10. ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

11. อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2551

นิยามตัวแปร

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว

1. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปี นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ถ้ามีเศษ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี

2. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ชายอายุ 60 ปีขึ้นไป แบ่งตามการสมรส โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือสถานภาพสมรสคู่ และสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่

3. รายได้ครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณเป็นบาทที่ครอบครัวได้รับในแต่ละเดือนในการศึกษาคั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (2) มากกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน

4. ระดับการศึกษา หมายถึงระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ (1) ระดับประถมศึกษา (2) ระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

จากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ให้ความหมายของภาวะสุขภาพที่ดี คือ มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณโดยการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาและปรับตัวให้เหมาะสมกับทุกสภาวะแวดล้อม เพื่อดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นการปฏิบัติ กิจกรรมหรือการกระทำที่ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

ในการศึกษาคั้งนี้หมายถึง การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเกี่ยวกับการปัสสาวะ การสนใจหาความรู้เกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมาก การตรวจคัดกรองโรค การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคมะเร็งต่อมลูกหมากหรืออาหารที่ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก การทำให้จิตใจสงบสุขและการผ่อนคลายความเครียด ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใน 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) โดยแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี มีการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกายและรายงานให้แพทย์ทราบตลอดจนขอคำปรึกษาหารือหรือขอคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง ความถี่ของการกระทำหรือการปฏิบัติการดำเนินชีวิตประจำวันเกี่ยวกับความสนใจ และการแสวงหาข้อมูลของผู้สูงอายุชาย เกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมาก การขอรับคำแนะนำและคำปรึกษาจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อพบความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

กิจกรรมทางด้านร่างกาย หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้กำลังได้แก่ออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย โดยมีการออกกำลังกาย หรือบริหารร่างกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และกระทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที

หรือมากกว่า สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง ความถี่ของ การออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้มีเหงื่อออก

โภชนาการ หมายถึง การปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยการรับประทาน อาหาร การเลือกรับประทานอาหาร และการควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในภาวะปกติ เพื่อให้ ภาวะโภชนาการ วิตามินและแร่ธาตุอยู่ในภาวะสมดุล สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง ความถี่ของการ ปฏิบัติของผู้สูงอายุชายในการบริโภคอาหารที่ช่วยเพิ่ม หรือช่วยลดความเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมลูกหมาก และอาหารอื่นๆที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกถึงความสามารถหรือ วิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ได้รับประโยชน์ของการได้รับการสนับสนุน ต่างๆ ซึ่งเป็นการติดต่อกับบุคคลในสังคมเพื่อการได้รับความรู้ การยอมรับ การช่วยเหลือ การดูแล การเอาใจใส่ สัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง ความถี่ของการกระทำ หรือการแสดงออกของผู้สูงอายุชายถึงการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และ ชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ได้รับประโยชน์ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการ ดำเนินชีวิตที่ดีมีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่นมีความสุขและพึงพอใจ ในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง ความถี่ของการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกของผู้สูงอายุชายถึงการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้ ความเกิดความรู้สึกสงบสุข มีความสุข มีสติในการดำเนินชีวิต

การจัดการกับความเครียด หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม สำหรับการ วิจัยนี้ หมายถึง ความถี่ของกิจกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคล ที่ช่วยให้เกิด การผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ เหมาะสม

พฤติกรรมในอดีต

พฤติกรรมในอดีต หมายถึง ความถี่ของพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตที่มีอิทธิพลโดยตรง หรือโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้น ได้ กลายเป็นนิสัย (habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติโดยอาศัย ความ ตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Pender, 1996)

สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากของกลุ่มตัวอย่างก่อน 1 ปี นับจากวันเก็บข้อมูล คือ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ บริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและเนื้อสัตว์ เป็นประจำ และ พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ประโยชน์ที่เคยได้รับ จะเป็นการเสริมแรงทางบวก สามารถเกิดได้ทั้งภายในและภายนอกก็ได้ เช่น ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การลดความรู้สึกเหนื่อยล้า การเพิ่มความตื่นตัว ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอก ได้แก่ รางวัล ทรัพย์สินหรือเงินทอง เป็นต้น การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทั้งโดยตรง และ โดยอ้อม ด้วยการกำหนดเป็นความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมและเข้าสู่พฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1996)

สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง คะแนนการรับรู้ความคิดเห็นของผู้สูงอายุชายเกี่ยวกับผลที่ได้รับ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เช่นการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก กิจกรรมทางกาย เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการกับความเครียด เพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นที่คาดคะเนขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งขัดขวางบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความยากลำบาก ค่าใช้จ่ายที่สูง ความไม่สะดวกสบาย เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวขัดขวางพฤติกรรมและมีผลในทางอ้อมต่อการลดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (Pender, 1996)

สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง คะแนนการรับรู้ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่ออุปสรรคขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ได้แก่ ไม่มีเวลา อายุ ไม่มีค่าบริการตรวจคัดกรอง และมีความยากในการปรับพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เนื้อสัตว์เป็นประจำ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจว่าตนเองสามารถทำงานได้ในระดับใดโดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะในการทำกิจกรรมนั้นๆ หรือไม่ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมาย (Pender, 1996)

สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง คะแนนความคิดเห็นและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการที่จะทำกิจกรรม ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียดและสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลนั้นได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrument support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ แรงงาน และการบริการต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน เฮาส์ (House as cited in Brown, 1996)

สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง คะแนนการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุได้รับในด้าน อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ค่าใช้จ่ายและกำลังใจที่ได้รับเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากที่ผู้สูงอายุได้รับจาก ครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ หมายถึง ความผิดปกติของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ซึ่งเป็นอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งอิทธิพลสถานการณ์ คือการเรียนรู้ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือบริบทใดๆ ที่จะเอื้อหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะถูกชักจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน (Pender, 1996)

สำหรับการวิจัยนี้ หมายถึง ความถี่ของอาการผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะที่สามารถบอกถึงความผิดปกติของต่อมลูกหมาก โดยประเมินจากผลรวมคะแนนที่แสดงอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ลักษณะการถ่ายปัสสาวะ จำนวนครั้ง ความถี่ของการถ่ายปัสสาวะ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมิน I-PSS (International prostate symptom score) ของ WHO (World Health Organization) แปลเป็นภาษาไทยโดยนายแพทย์ อนุพันธ์์ ดันติวงศ์



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านบุคคล (อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว) พฤติกรรมในอดีต การรับรู้ต่อการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของต่อมลูกหมาก และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชายที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ส่วนที่ 2 มะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว โดย สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 10.3 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 19.8 ในปี 2568 ส่งผลให้ประชากรไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ หรือ “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (Population Ageing) อันจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (สิทธิพร สีนวลนัด, 2550) โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคหัวใจเป็นต้น

สำหรับโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ตามหลังโรคหัวใจพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็ง เกิดขึ้นในกลุ่มชนที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และคิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรกลุ่มนี้ (Baranovsky, et al.1987) จากสถิติการเสียชีวิตประชากรไทย จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 2545 พบว่า มาจากโรคมะเร็งสูงสุดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 มีอัตราการตายเท่ากับ 63.9 และ 68.4 ใน พ.ศ. 2544 นอกจากนั้นจากสถิติสาธารณสุข 2546 พบมีคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั้ง

สองเพศรวมกันสูงถึง 47,200 รายต่อประชากร 100,000 คน และจากการศึกษาอัตราการเกิดโรคมะเร็งในประชากรชายไทย พ.ศ. 2539 พบว่า เกือบทุกชนิดของมะเร็งมีอัตราการเกิดที่มากขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

การสูงอายุ เป็นผลของการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์ นับตั้งแต่ปฏิสนธิไปจนถึงสิ้นสุดอายุขัยของบุคคล วยสูงอายุ หรือวัยชรา คือวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่ผ่านการมีชีวิตมานาน เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะ และเป็นวัยแห่งความเสื่อมตามสภาพร่างกายและจิตใจ ขึ้นอยู่กับ เพศ อาชีพ อาหาร สิ่งแวดล้อม และการระวังรักษาสุขภาพ

เทอร์เนอร์ และเฮลล์ม (Turner & Helms) ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่ใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอยด้านร่างกาย 4 ทฤษฎี ซึ่งจากเอกสารต่างๆ (Turner & Helms, 1991: 508; Victor 1994: 12; ชุศักดิ์ เวชแพศย์, 2532 และ ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541: 21-23) นำมาอธิบายกระบวนการของความสูงอายุได้ดังนี้

1. ทฤษฎีการใช้งาน (Wear and Tear Theory) เป็นทฤษฎีเก่าแก่ที่สุดอันเป็นแนวคิดของอริสโตเติล ได้เปรียบเทียบร่างกายมนุษย์เป็นเหมือนเครื่องยนต์ ซึ่งภายหลังจากการใช้งานชิ้นส่วนจะเริ่มสึกหรอ ในปี 1924 เพิร์ล (Pearl) ได้ศึกษาชาวอังกฤษซึ่งมีการทำงานที่ต่างกันพบว่าเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี อัตราตายจะมีความสัมพันธ์กับปริมาณงานที่ทำ และในปี 1982 ไวส์แมน (Weismann) ได้เสนอแนวคิดที่ว่า การตายจะเกิดขึ้นเพราะเนื้อเยื่อที่สึกหรอแล้วไม่สามารถจะสร้างขึ้นแทนที่ได้ ทฤษฎีนี้มองการทำงานของร่างกายเหมือนเครื่องจักร ขณะที่เซลล์ของร่างกายตอบสนองต่อความเครียดจะเกิดการแตกสลาย และจะต้องสร้างเซลล์ใหม่มาแทนที่ กระบวนการและขั้นตอนของการมีชีวิตเป็นกระบวนการของการมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียด สิ่งที่ได้รับทั้งทางร่างกายและจิตใจล้วนเป็นความเครียดทั้งสิ้น มนุษย์จะมีการปรับตัวต่อความเครียดต่างๆ เหล่านั้น แต่ถ้าความเครียดเหล่านั้นมีปริมาณมากเกินไป หรือมีความเครียดที่รุนแรงมากหรือมีกำลังสำรองน้อยก็จะเป็นผลให้ระบบของร่างกายทำหน้าที่ผิดปกติไป ในคนสูงอายุกำลังสำรองจะน้อยลง เนื่องจากการใช้งานมาก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยเพิ่มมากขึ้น

2. ทฤษฎีเซลล์ (The Cellular Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายกระบวนการสูงอายุต่อเนื่องทฤษฎีการใช้งาน โดยเชื่อว่าในเซลล์ที่ไม่มีการงอกใหม่ เช่น เซลล์กล้ามเนื้อและเซลล์ประสาทถึงจะมีกลไกในการซ่อมแซม แต่จากการลดจำนวนโมเลกุลก็จะทำให้การทำงานของอวัยวะในระบบนั้นๆ ลดลงสำหรับในกรณีที่มีการงอกของเซลล์ใหม่ ทฤษฎีนี้ให้ความสนใจเป็นพิเศษกับความผิดพลาดของการแบ่งตัวของเซลล์ เมื่อเซลล์แบ่งตัวในร่างกายอาจมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น ข้อผิดพลาดนี้จะทำให้เกิดเซลล์ที่ผิดปกติ 2 เซลล์ เมื่อแบ่งตัวอีกครั้งจะเป็น 4 เซลล์ และ 8 เซลล์ ไปเรื่อยๆ ตามลำดับ ซึ่งทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของการทำหน้าที่แบ่งเซลล์เสียไปคือแนวคิดเรื่องอนุมูลอิสระ (Free Radical)

อนุมูลอิสระในร่างกายเกิดจากขบวนการเผาผลาญที่อาจเกิดในร่างกายหรือได้รับจากภายนอกไปทำปฏิกิริยากับไขมันที่ไม่อิ่มตัวในเซลล์ ทำให้เกิดสารประกอบที่มีประสิทธิภาพสูง ในการทำปฏิกิริยากับสารอื่น สารนี้มีคุณสมบัติในการทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ เมื่อสูญเสียหน้าที่เกี่ยวกับความจำก็จะเกิดการแบ่งเซลล์ที่ผิดพลาดขึ้น

3. ทฤษฎีเกี่ยวพัน (Cross-link Theory หรือ Collagen Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายต่อเนื่องจากทฤษฎีเซลล์ โดยที่อนุมูลอิสระที่ไปเกาะตัวกับ โมเลกุลอื่นที่เข้ามาสัมผัส โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โมเลกุลของเนื้อเยื่อโปรตีน การเกาะจะอยู่ในลักษณะที่เรียกว่า cross-link หรือเกาะตรงกึ่งกลางของ โมเลกุลทำให้โมเลกุลมีการยืดขยาย และเหนียวขึ้น การยืดหยุ่นมีน้อยลง ซึ่งจะกระทบกระเทือนถึงการทำงานของเนื้อเยื่อโปรตีนนั้น คอลลาเจน (Collagen) เป็นสารที่มีส่วนประกอบของโปรตีนประมาณ 20-30% มีความสำคัญต่อการทำงานของร่างกาย เป็นตัวช่วยเชื่อมเซลล์ให้เกาะกัน ช่วยพยุงให้เนื้อเยื่อแข็งแรง คอลลาเจนจะมีมากที่ผิวหนัง เอ็น กระดูก กล้ามเนื้อ เส้นเลือด และหัวใจ คอลลาเจนของคนที่อายุเกิน 30 ปี มักจะขาดและแตกง่าย เนื่องจากโมเลกุลมีปัญหา cross-link ทำให้มองเห็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายชัดเจน คือ ผิวหนังจะแห้งหยาบ ยืดหยุ่นน้อย ความสามารถในการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง แรงบีบตัวของหัวใจลดลง การซึมผ่านของแก๊สที่ถุงลมปอดทำได้น้อยลง การบีบตัวของกล้ามเนื้อต่างๆ ในระบบทางเดินอาหารลดลง เอ็นจะแข็งแห้งยืดหยุ่นไม่ดี ฟันหลุด ฟันงอกหลุดเลือดเปราะแตกง่าย

4. ทฤษฎีระบบภูมิคุ้มกัน (Immune system Theory) อธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอยต่อเนื่องจากทฤษฎีการไช้งาน โดยระบบภูมิคุ้มกันจะเริ่มเสื่อมลงเมื่ออายุ 25 ปี และเสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้น พบหลักฐานที่สนับสนุนจากการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเกือบเป็นแบบยกกำลัง (exponential) และจากความผิดพลาดของการแบ่งตัวของเซลล์ในทฤษฎีเซลล์ และจำตนเองไม่ได้จะพบปัญหาของการสร้างเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นจำนวนมากเพราะมีจำนวนเซลล์ที่สมบูรณ์ไม่เพียงพอทำให้มีปัญหาเนื้องอกหรือมะเร็งได้ การจำเซลล์ที่ตัวเองสร้างขึ้นไม่ได้คิดว่าเป็นสิ่งแปลกปลอม ทำให้มีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง และเกิดโรคขึ้น (Auto immune disease) โดยทั่วไปการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายมนุษย์ จะทำหน้าที่ได้มากและสูงสุดในช่วงอายุ 20-30 ปีหลังอายุ 30 ปีแล้ว การทำหน้าที่ทางสรีระวิทยาลดน้อยลง ซึ่งจะเห็นความเสื่อมของร่างกายเป็นรูปธรรมก็เมื่ออายุมากกว่า 60 ปี การเสื่อมของสภาพร่างกายนอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลเช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงของต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชาย

ส่วนที่ 2 มะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันมะเร็งต่อมลูกหมากพบบ่อยเป็นอันดับที่ 2 ในกลุ่มชายวัยกลางคนถึงชายสูงอายุ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ในทวีปยุโรปและอเมริกาปัญหาของมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นปัญหาอย่างมาก เนื่องจากพบได้บ่อยที่สุดในมะเร็งที่พบได้ในเพศชาย อุบัติการณ์ต่างๆเพิ่มได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 เนื่องจากกลุ่มชายสูงวัยที่พบมากขึ้นและการวินิจฉัยที่ดีขึ้น อุบัติการณ์ต่างๆ มีความแตกต่างกันบ้างตามเชื้อชาติ ในประเทศยุโรปพบได้ 25 ต่อ 1 แสนประชากรชายต่อปี ในอเมริกาพบได้สูงมากถึง 75 ต่อ 1 แสนประชากรชายต่อปี ในทวีปเอเชียต่ำที่สุดพบเพียง 3 ต่อแสนประชากรไทยต่อปี อัตราเสี่ยงของประชากรในประเทศทางตะวันตกที่จะเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากแบบซ่อนเร้น (microscopic prostate cancer) พบได้ประมาณร้อยละ 30 อัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยมะเร็ง ดังกล่าว พบว่าในเชื้อสายแอฟริกัน-อเมริกัน พบมากในคนผิวขาวในอเมริกาถึงร้อยละ 50 อัตราการตายจากมะเร็งต่อมลูกหมากกำลังเพิ่มขึ้น ถึงแม้เพิ่มขึ้นในอัตราที่ไม่เร็วมากนัก อัตราการเพิ่มนี้อาจเกิดจากผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้นและในทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มชายอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราเสียชีวิตเนื่องจากมะเร็งต่อมลูกหมากเพิ่มขึ้นสูงสุด

สำหรับประเทศไทยพบมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นอันดับที่ 10 และพบในชายสูงอายุเท่านั้น ทั้งนี้เพราะความล่าช้าในการวินิจฉัย แต่ปัจจุบันพบได้ในผู้ที่มีอายุน้อยลง สถิติของโรงพยาบาลศิริราชเมื่อปี 2548 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเข้ารับรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 10.54 ถือเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอดพบได้มากในผู้ชายสูงอายุ โดยสถิติในต่างประเทศชายอายุ 80 ปีขึ้นไปตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากได้ถึงร้อยละ 70-80 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบมะเร็งชนิดนี้เพิ่มขึ้น เนื่องจากคนไทยอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น ตระหนักถึงภาวะสุขภาพมีการตรวจสุขภาพประจำ ทำให้ค้นพบมะเร็งเพิ่มขึ้น (สิทธิพร สีนวลนัด, 2550)

2.1 การเปลี่ยนแปลงของต่อมลูกหมากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ต่อมลูกหมากเป็นอวัยวะหนึ่งในระบบสืบพันธุ์เพศชาย ทำหน้าที่สร้างน้ำหล่อเลี้ยงเชื้ออสุจิ ภายใต้อิทธิพลของฮอร์โมนเพศชายที่สร้างจากอวัยวะ ลักษณะรูปร่างคล้ายลูกแพร์กลับหัว หรือลูกเกาต์ขนาดของต่อมลูกหมากโดยปกติ 3 x 4 x 2 ซม. น้ำหนักโดยเฉลี่ย 1 ออนซ์ ตำแหน่งอยู่ตรงบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะ หุ้มรอบท่อปัสสาวะส่วนต้น และอยู่ทางด้านหน้าของลำไส้ตรง ซึ่งเป็นลำไส้ใหญ่ส่วนปลายก่อนถึงทวารหนัก ต่อมลูกหมากมีหน้าที่หลั่งเอนไซม์ โดยทั่วไปเมื่อชายอายุมากขึ้น คือ อายุ 40 ปีขึ้นไป ต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้น เนื่องจาก collagen จะมาแทนที่ columnar cell (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีภาวะผู้สูงอายุ คือ ทฤษฎีเกี่ยวพัน (Cross-link

Theory หรือ Collagen theory) ที่กล่าวถึงความสูงอายุนั้น ความสูงอายุที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเชื่อมตามขวางของ โมเลกุลของโปรตีน การเชื่อมตามขวางนี้อาจเกิดระหว่างสารในโมเลกุลเดียวกัน หรือ สารระหว่างโมเลกุลก็ได้ การเชื่อมตามขวางพบได้มากที่สุดคือ อีลาสตินและคอลลาเจนซึ่งเป็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน คอลลาเจนพบได้มากในผิวหนัง เอ็น กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือด หัวใจ และ สารประกอบที่อยู่ในสารพื้น (ground substance) การเชื่อมตามขวางจะเป็นมากและเร็วขึ้น เมื่ออายุ ระหว่าง 30-50 ปี โดยการเชื่อมตามขวางของคอลลาเจนที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้คอลลาเจนแข็งและ ละลายได้น้อยลงแล้วเข้าไปแทนที่สารประกอบต่างๆ ของสารพื้นกับที่เข้าไปแทนที่ columnar cell ของต่อมลูกหมาก นอกจากนี้เรดิคัลอิสระจะทำให้ทำให้คอลลาเจนและอีลาสตินซึ่งเป็น โปรตีน องค์ประกอบของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเกิดขึ้นมาก จนทำให้เสียความยืดหยุ่นไป (Free Radical Theory)

อาการเมื่อเกิดความผิดปกติกับต่อมลูกหมากได้แก่ ปัสสาวะไม่พุ่ง ปัสสาวะ กระปริดกระปรอย ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้องตื่นกลางคืนขึ้นมาปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะ หยุดเป็นพักๆ ปัสสาวะเป็นเลือด หรือมีเลือดปนออกมาจากปัสสาวะ และอาการปวดเวลาปัสสาวะ เมื่อกล่าวถึงความผิดปกติของต่อมลูกหมากที่มีความรุนแรงคือ มะเร็งต่อมลูกหมาก

2.2 พยาธิสรีระมะเร็งต่อมลูกหมาก

ในระยะแรกก่อนจะเกิดเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากสามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่อม ลูกหมากออกได้เป็น 2 อย่าง คือ Prostatic intraepithelial neoplasia (PIN) และ atypical adenomatous hyperplasia (AAH)

Prostatic intraepithelial neoplasia (PIN) คือ มีการงอกหรือเพิ่มจำนวนเซลล์ ซึ่งจะ เปลี่ยนไปอย่างช้าๆ ของต่อมลูกหมาก ทำให้โครงสร้างเดิมเปลี่ยนแปลงไป จากการเรียงตัวของ เซลล์ดังกล่าว เป็นสิ่งแสดงที่จะเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก จากการงอกและขยายตัวของเซลล์ PIN มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างชัดเจน โดย ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยมะเร็งต่อม ลูกหมากพัฒนามาจาก PIN

Atypical adenomatous hyperplasia (AAH) คือการจับกลุ่มอย่างหนาแน่นโดยโครงสร้าง ของต่อมเล็กๆ เรียงตัวโดย cuboidal และ columnar เซลล์มีทั้งใหญ่และเล็กกระจายรอบๆเป็นรูปไข่ ต่อมนขนาดใหญ่บางต่อมมีขนาดเป็นสองเท่าของต่อมเล็ก ส่วนที่ประกบกันเป็นผิวขอบนอกเรียงตัว กันไม่เป็นระเบียบ อาจพบว่าการขยายตัวหรือยื่นเข้าไปในท่อเล็กๆของต่อม พบได้บ่อยว่าการเรียง ตัวจะกลับ ไปกลับมาและปรากฏตัวอย่างหลวมๆ และ อาจแทรกซึมเข้าไปอยู่ในเนื้อเยื่อของต่อม ลูกหมาก

ลักษณะทางจุลกายวิภาคศาสตร์ (Histological type) ตามชนิดของเซลล์มะเร็ง

1. Adenocarcinoma เป็นเซลล์มะเร็งต่อมลูกหมากที่สำคัญและพบมากที่สุด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ในระหว่าง ค.ศ. 1973-1977 ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของมะเร็งต่อมลูกหมากชนิด Adenocarcinoma 69 ต่อ 1,000 ประชากรต่อปี หรือประมาณ 75,000 ต่อปี โดยส่วนใหญ่จะเกิดกับคนที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไปและอุบัติการณ์จะสูงขึ้นในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น

2. Transitional cell carcinoma เป็นเซลล์มะเร็งที่ทำให้เกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก ที่ prostatic urethra และ distal prostatic duct ซึ่ง Transitional cell carcinoma ที่ทำให้เกิดมะเร็งที่ prostatic urethra จะมีลักษณะเช่นเดียวกับ transitional cell carcinoma ของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีการกระจายเคียงและปัสสาวะเป็นเลือด

3. Squamous cell carcinoma เป็นเซลล์ของมะเร็งที่พบได้น้อยมาก ซึ่งเกิดขึ้นจาก uurethra mucosa ในระยะหลังของเซลล์มะเร็งชนิดนี้ จะมีการเจริญเร็วเหมือนกับ squamous cell carcinoma ของส่วนอื่นๆ

4. Sarcoma เป็นชนิดของเซลล์มะเร็งต่อมลูกหมาก ที่พบได้น้อย มักจะโตเร็ว และแพร่กระจายเร็ว ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดกับคนที่มีอายุก่อน 50 ปี และ 3 ใน 4 ของต่อมลูกหมากชนิด sarcoma จะพบในเด็ก (สมหมาย เข้มยิ่ง, 2541)

ระยะของโรค แบ่งเป็น 4 ระยะได้แก่ 1-4 หรือ A-D

1. ระยะที่ 1 หรือ A ระยะนี้ผู้ป่วยไม่มีอาการไม่สามารถตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมากทางทวารทราบว่าเป็นโดยการผ่าตัดต่อมลูกหมาก ระยะนี้มะเร็งอยู่เฉพาะในต่อมลูกหมาก

2. ระยะที่ 2 หรือ B สามารถตรวจได้จากการตรวจต่อมลูกหมากโดยการใส่เข็มเจาะชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากเนื่องจากค่า PSA สูงมะเร็งยังอยู่ในต่อมลูกหมากไม่แพร่กระจาย

3. ระยะที่ 3 หรือ C มะเร็งแพร่กระจายไปเนื้อเยื่อที่อยู่ใกล้ต่อมลูกหมาก

4. ระยะที่ 4 หรือ D มะเร็งแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองหรืออวัยวะอื่น

5. Recurrent หมายถึงภาวะที่มะเร็งกลับเป็นใหม่หลังจากรักษาไปแล้ว

2.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก (Risk factor)

สาเหตุของการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากขณะนี้ยังไม่ทราบแน่ชัดแน่ แต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากของ June M. (1998: 263-273) ดนัยพันธ์ อัครสกุล (2548: 185-186) และชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์ (2550: 24-27) สรุปปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากได้ดังนี้

1. อายุ (Aging)

อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก ทางคลินิกจะพบได้ค่อนข้างต่ำในคนที่อายุน้อยกว่า 50 ปี และจะเพิ่มขึ้นได้มากในคนที่มียุมากกว่า 60 ปี มะเร็งต่อมลูกหมากสามารถตรวจพบได้ในทางไมโคร ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี ประมาณร้อยละ 30 และร้อยละ 70 ในผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปี

2. ประวัติครอบครัว (Family history)

อัตราเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากจะเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีญาติในชั้นที่ 1 (first-degree relative) เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก (ได้แก่ บิดาและบุตร) ในกลุ่มดังกล่าวจะพบในอายุที่น้อยลง พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของมะเร็งต่อมลูกหมากทั้งหมดและพบได้ถึงร้อยละ 45 ของกลุ่มอายุน้อยกว่า 5 ปี

3. เชื้อชาติ (Race)

อุบัติการณ์ของมะเร็งแบบซ่อนเร้น (latent cancer) หรือมะเร็งที่พบหลังจากผ่าตัดทำกรพิสูจน์ทางนิ่ว ไม่มีความแตกต่างในกลุ่มเชื้อชาติและประเทศ แต่มีความแตกต่างอย่างมากของอุบัติการณ์ทางคลินิกระหว่างเชื้อชาติและเผ่าพันธุ์ โดยมีอุบัติการณ์ต่ำสุดในทวีปเอเชีย และสูงสุดในกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย อัตราการตายจากมะเร็งต่อมลูกหมาก มีความแตกต่างเช่นกัน โดยมีอุบัติการณ์ในกลุ่มเอเชียต่ำกว่าในกลุ่มแอฟริกัน-อเมริกัน และกลุ่มสแกนดิเนเวีย

4. ฮอโมน (Hormones)

4.1 Sex hormones กลุ่มฮอโมนเพศชายที่สำคัญ คือ Dihydrotestosterone (DHT) ซึ่งพบว่าในกลุ่มของขันที (eunuch) ที่ทำการตัดอวัยวะออกตั้งแต่อายุก่อน 14 ปี และในกลุ่มกระเทยแท้ไม่เคยเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคตับแข็งซึ่งมีระดับฮอโมนเพศชายต่ำมีโอกาสเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากต่ำมากเช่นกัน

4.2 Genetic polymorphisms in androgen-related genes ปฏิกริยาระหว่าง androgens จับกับ androgen receptor (AR) ซึ่ง AR gene อยู่ใน highly polymorphic region of CAG พบว่าคนผิวดำในสหรัฐอเมริกา มี CAG repeats (เฉลี่ย 20.1) น้อยกว่าคนผิวขาว (CAG repeats = 22.0) และชาวเอเชีย (CAG repeats = 22.0) จึงอธิบายได้ว่าอุบัติการณ์มะเร็งต่อมลูกหมากจึงพบมากในชาวแอฟริกันอเมริกัน (African-Americans)

5. อาหาร (Diet)

อาหารพวกไขมันสูงถูกคาดการณ์ว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งต่อมลูกหมากในหลายๆกลุ่ม การทดลองโดยการเปรียบเทียบในหลายๆประเทศพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างสูงในอัตราการตายจากมะเร็งต่อมลูกหมากและปริมาณการใช้ไขมันจากสัตว์ในแต่ละประเทศ กลไกการเพิ่มอัตราเสี่ยง

ของมะเร็งต่อมลูกหมาก และอาหารไขมันสัตว์ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งซ่อนเร้น (latent prostate cancer) ไม่ได้รับการรบกวนโดยการเคลื่อนย้ายถิ่น (migration) ถึงแม้ว่ามะเร็งที่แสดงอาการจะได้รับผลกระทบจากการย้ายถิ่น มีคำอธิบายกรณีดังกล่าว คือ อาหารไขมันสูงจะทำให้ตัวเป็นตัวกระตุ้น (environmental promoter) ให้มะเร็งเกิดเร็วขึ้นหรืออาจทำให้มะเร็งซ่อนเร้นปรากฏ

เนื้อสัตว์ ผู้ชายที่บริโภคเนื้อสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ในปริมาณที่มากมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก เพราะบริโภคไขมันสัตว์จะเพิ่ม Sex hormone, IGF-I level

วิตามินดี (Vitamin D) วิตามินดีนั้นได้จากอาหารและแสงแดดผ่านทางผิวหนังซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยป้องกันมะเร็งต่อมลูกหมาก นอกจากนั้น ซีลีเนียม(Selenium) ลัยโคปีน (Lycopene) และวิตามินอี (Vitamin E) ซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยป้องกันมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่การได้รับแคลเซียม(Calcium) ในปริมาณที่มาก คือ 900 mg/day จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

6. การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากในวัยหนุ่มในกลุ่มชายที่อายุน้อยกว่า 55 ปีที่ต้องตัดต่อมลูกหมากออกเนื่องจากโรคมะเร็งเป็นคนสูบบุหรี่ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งระยะปลายมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า ยิ่งสูบบุหรี่นานเท่าใดความเสี่ยงของโรคมะเร็งก็ยิ่งสูงขึ้นตามไปด้วย

7. อาชีพและสิ่งแวดล้อม (Environmental and occupational factors)

มีปัจจัยทางสภาพแวดล้อมบางอย่าง ได้แก่ บุหรี่ ภาวะมลพิษในโรงงานหลายอย่างได้แก่ โรงงานที่ต้องสัมผัสแคดเมียม (Cadmium) เช่น โรงงานหลอมหรือหล่อขั้วไฟฟ้า มีการศึกษา 2-3 ที่แสดงถึงความสัมพันธ์เล็กน้อยระหว่าง การสัมผัสแคดเมียมและมะเร็งต่อมลูกหมาก เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง cadmium และ zinc (สังกะสี) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ทำงานใช้แรงงาน เช่น ชาวนา ชาวไร่ ช่างกล ช่างเชื่อม และคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่าคนอาชีพอื่น

8. เพศสัมพันธ์และโรคติดเชื้อ (Sexual activity and infectious disease)

พฤติกรรมทางเพศและการติดเชื้อ ได้รับการสงสัยถึงสาเหตุสำคัญของมะเร็งต่อมลูกหมาก แต่เป็นการยากที่จะพิสูจน์ มีการศึกษาที่พบว่าอัตราเสี่ยงการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากเพิ่มขึ้น ถ้ามีการเปลี่ยนคู่นอน (Sexual partners) บ่อยๆ ประวัติของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยๆ Mishina และคณะ ได้รายงานถึงลักษณะมะเร็งต่อมลูกหมากว่า มักพบในบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์บ่อยหรือมาก ตั้งแต่วัยรุ่นถึงวัยกลางคนและลดลงเร็วเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ

ในขณะที่เดียวกันพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนไทยในเขตเมืองปัจจุบันเปลี่ยนไป โดยมีความคล้ายคลึงกับการใช้ชีวิตของชาวตะวันตกมากขึ้น คือ บริโภคเนื้อสัตว์ไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย พักผ่อนไม่เพียงพอ ชีวิตประจำวันมีการแข่งขันสูง เครียด ทำให้คนไทยเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากมากขึ้น ทั้งนี้ พบว่าจากข้อมูลคนไข้ที่รักษาที่ศิริราช พบมะเร็งต่อมลูกหมากในคนที่มีความรู้ระดับต่ำกว่ายากจน

การป้องกัน โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ควร รับประทานอาหารที่มีผักผลไม้โดยเฉพาะมะเขือเทศ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง ควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายสม่ำเสมอ ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการตรวจ คัดกรอง โรคมะเร็ง โดยแพทย์ ตั้งแต่อายุ 40-50 ปีขึ้นไป

2.4 อาการของโรค

มะเร็งประเภทนี้พัฒนามาจากต่อมในร่างกาย ซึ่งอาจเกิดที่บริเวณเดียวหรือหลายๆบริเวณภายในต่อม โดยจะเจริญเติบโต ในไขมันที่อยู่รอบๆ จากนั้นจะลุกลามไปยังบริเวณต่างๆรอบต่อมต่อไปยังกระเพาะปัสสาวะ ท่อสุจิ รวมไปถึงต่อมต่างๆ ที่อยู่ชั้นนอก โดยคนไข้มะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่า 90% จะมีการแพร่กระจายไปสู่กระดูก

อาการโดยทั่วไป ในระยะเริ่มต้นผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากแทบไม่มีอาการอะไรในบางรายพบ ปัสสาวะติดขัดหรือปวดปัสสาวะบ่อยๆ โดยเฉพาะในเวลากลางคืน กลั้นปัสสาวะได้ไม่สุด ปัสสาวะไหลเอื่อย บางครั้งหลังมีเพศสัมพันธ์อาจมีเลือดปนมากับปัสสาวะหรือน้ำอสุจิ ในระยะสุดท้ายมะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง ตับ ปอด และกระดูก ทำให้มีอาการ ปวดกระดูกเรื้อยไปถึงศีรษะ, มีอาการเจ็บขา, สะโพก, และกระดูกสันหลัง

ในระยะแรกที่มีมะเร็งเริ่มเกิด มักไม่ก่อให้เกิดอาการใดๆ ต่อเมื่อมะเร็งเจริญเติบโตขึ้นในใหญ่ขึ้น ก็ทำให้เกิดการกดและเบียดท่อปัสสาวะส่วนต้น ทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มจะมีการปัสสาวะบ่อยกว่าปกติต่อมาเริ่มปัสสาวะลำบากขึ้น ต้องเบ่งมากขึ้น บางคนปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะเป็นเลือด หรืออาจมีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ บางคนอาจมีอาการเจ็บปวดเมื่อมีการหลั่งน้ำอสุจิในขณะร่วมเพศ ในระยะหลังๆ ของโรคมะเร็งจะแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง, กระดูก อวัยวะใกล้เคียง ทำให้เกิดอาการปวดกระดูกสันหลัง กระดูกเชิงกราน ปวดหลัง และข้อสะโพก อ่อนเพลีย ซีด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และบางรายอาจเดินไม่ได้ เป็นอัมพาต

ภาวะแทรกซ้อน (Complication) ของมะเร็งต่อมลูกหมาก เกิดจากมีการอุดตันของท่อปัสสาวะ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบน upper tract เกิด ไตวาย (renal failure), มีการบวม (adenoma) ของขาเนื่องจากก้อนมะเร็ง (tumour) ไปกด iliac vessels เมื่อ

เซลล์มะเร็งกระจาย (metastatic symptoms) เข้ากระดูก ทำให้กระดูกหัก (pathological fracture) กลืนอาหารไม่ได้ เนื่องจากกระจายไปที่ base ของ skull หรือฐานสมอง ฯลฯ (สัมพันธ์ ดันติวงศ์, 2514: 259-265) ถ้ากระจายเข้ากระดูกไขสันหลังทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ปวดข้อและกระดูกมาก

2.5 การตรวจและการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

การตรวจหามะเร็งต่อมลูกหมาก (Detection)

การตรวจหามะเร็งต่อมลูกหมากเริ่มต้นตั้งแต่ทศวรรษ 1998 โดยมีการใช้ DRE และ PSA (prostate specific antigen) มาช่วยในการตรวจหาในบุคคลที่พบมี DRE ผิดปกติจะทำให้วินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากได้มากกว่าร้อยละ 20 แต่ถ้าทำในกลุ่มประชากรที่ไม่มีอาการจะพบมะเร็งได้ร้อยละ 0.1-4

การวินิจฉัย

1. ตรวจร่างกาย โดยการใช้นิ้วมือสั้วคลำผ่านช่องทวารหนักซึ่งต้องกระทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
2. ตรวจเลือดเพื่อหาตัวบ่งชี้มะเร็ง PSA ปัจจุบันนี้การตรวจเลือดหาโปรตีน PSA ถือเป็น การคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากได้ผลดีวิธีหนึ่ง โดยค่าของตัวบ่งชี้ที่เข้าข่ายอันตรายคือตั้งแต่ 4 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร ควรเฝ้าระวัง แสดงว่ามีความผิดปกติ ศัลยแพทย์จะผ่าตัดด้วยการส่องกล้อง ตัดเนื้อต่อมลูกหมากตรวจหาเซลล์มะเร็ง หากพบค่า PSA ระหว่าง 4-10 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร มีโอกาสพบมะเร็งต่อมลูกหมากร้อยละ 10 ค่า PSA มากกว่า 100 มีโอกาสพบมะเร็งร้อยละ 90 บางคนตรวจพบค่า PSA มากกว่า 1,000 ซึ่งพบว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากระยะลุกลามแล้ว การตรวจค่าโปรตีน PSA เข้ารับบริการได้ในโรงพยาบาลรัฐ ค่าใช้จ่ายประมาณ 500 บาท โรงพยาบาลเอกชน ประมาณ 1,000 บาท (สิทธิพร สีนวลนัด, 2550)
3. การตรวจอัลตราซาวด์ต่อมลูกหมากผ่านทางทวารหนัก
4. การเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อบริเวณต่อมลูกหมากเพื่อตรวจวิเคราะห์หาตำแหน่งและขนาดของเนื้อร้าย แต่เนื่องจากวิธีการนี้เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย จึงมักใช้การตรวจเลือดเพื่อหาตัวบ่งชี้มะเร็ง FPSA แทน
5. FPSA เป็นการตรวจเพื่อแยกความแตกต่างระหว่างก้อนมะเร็งกับก้อนไขมัน ควรตรวจหาตัวบ่งชี้มะเร็ง FPSA (Free prostate specific antigen) เพิ่มเติม เพื่อหาอัตราส่วนระหว่าง FPSA และ PSA ค่าของคนปกติจะมากกว่า 0.25 ยิ่งพบค่าต่ำกว่าเท่าไร ก็ยิ่งเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง

2.6 การรักษา

สำหรับการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก โดยทั่วไปถ้าพบในระยะเริ่มต้น ก้อนมะเร็งยังอยู่ในต่อมลูกหมาก ยังไม่กระจายไปอวัยวะอื่น จะรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งการพบระยะเริ่มต้นสามารถรักษาหายกว่าร้อยละ 80 หากกระจายไปยังอวัยวะต่างๆ จะใช้การฉายรังสี เคมีบำบัด และฝังแร่ร่วมด้วย แพทย์จะเลือกวิธีการรักษาโดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1. ระยะของโรคว่าแพร่กระจายหรือยัง
2. ชนิดของมะเร็ง
3. ประโยชน์ที่ได้จากการรักษา
4. ผลข้างเคียงของการรักษาและการป้องกัน
5. การรักษานี้มีผลต่อความรู้สึกทางเพศหรือไม่ มีผลต่อการปัสสาวะหรือไม่ หลังรักษามีปัญหาถ่ายเหลวหรือไม่
6. คุณภาพชีวิตหลังการรักษา

วิธีการรักษา

1. การเฝ้ารอดูอาการ เหมาะสำหรับมะเร็งที่เริ่มเป็นและผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

2. การผ่าตัด Prostatectomy เป็นวิธีการที่นิยมใช้ในการรักษามะเร็งในระยะเริ่มต้นซึ่งมีวิธีการทำผ่าตัดได้ 3 วิธี

2.1 radical retropubic prostatectomy แพทย์จะผ่าตัดผ่านทางหน้าท้องโดยตัดเอาต่อมลูกหมากและต่อมน้ำเหลือง

2.2 radical perineal prostatectomy แพทย์ผ่าตัดผ่านทางผิวหนังบริเวณอวัยวะและทวารหนักโดยตัดต่อมลูกหมาก ส่วนต่อมน้ำเหลืองต้องตัดออกโดยผ่านทางหน้าท้อง

2.3 transurethral resection of the prostate (TURP) เป็นการตัดต่อมลูกหมากโดยการส่องกล้องผ่านอวัยวะเพศเป็นการตัดชิ้นเนื้อเพื่อให้ปัสสาวะไหลคล่อง

3. Radiation therapy การให้รังสีรักษาเป็นการให้ในกรณีที่มะเร็งนั้นก้อนขนาดเล็กหรือให้หลังจากผ่าตัดต่อมลูกหมากไปแล้วการให้รังสีรักษาอาจจะให้โดยการฉายแสงจากภายนอกหรือการฝังวัตถุอาบรังสีไว้ใกล้เนื้อเยื่อ implant radiation หรือ brachytherapy

4. Hormonal therapy เนื่องจากมะเร็งต่อมลูกหมากต้องใช้ฮอร์โมนในการเจริญเติบโตการให้ฮอร์โมนจะใช้ในกรณีที่มะเร็งได้แพร่กระจายแล้ว หรือเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหลังการรักษาซึ่งมีวิธีการรักษา ดังนี้

- 4.1) การตัดลูกอัณฑะซึ่งเป็นแหล่งผลิตฮอร์โมนเพศชาย
 - 4.2) การใช้ยาเพื่อลดการสร้างฮอร์โมน testosterone เช่น leuprolide, goserelin, และ buserelin.
 - 4.3) ยาที่ป้องกันการออกฤทธิ์ของ androgen เช่น flutamide และ bicalutamide.
 - 4.4) ยาที่ป้องกันต่อมหมวกไตไม่ให้สร้างฮอร์โมน androgen เช่น ketoconazole and aminoglutethimide.
5. Chemotherapy การให้เคมีบำบัดเป็นการฆ่าเซลล์มะเร็งโดยการให้สารเคมีซึ่งการรักษา ยังไม่ดีพบใช้ในกรณีที่โรคแพร่กระจายแล้ว
6. ใช้สารที่กระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิหรือภูมิที่สร้างจากภายนอกเพื่อให้ภูมิต่อสู้กับเชื้อโรค
 7. cryotherapy เป็นการรักษาใหม่โดยใช้เข็มสอดเข้าไปในต่อมลูกหมากแล้วฉีดสาร liquid nitrogen เพื่อแช่แข็งมะเร็งต่อมลูกหมากใช้ในกรณีที่ไม่เหมาะในการผ่าตัดผลการรักษายังไม่ยืนยันว่าได้ผลดี

ผลข้างเคียงของการรักษา

1. การผ่าตัดสังเกตอาการผลเสียคือทำให้เสียโอกาสในการรักษามะเร็งในระยะเริ่มแรก
2. การผ่าตัด จะทำให้เจ็บปวดในระยะแรก และผู้ป่วยต้องลาสายสวนปัสสาวะ 10 วัน-3 สัปดาห์ การผ่าตัดอาจทำให้กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ และอาจจะเกิดกามตายด้าน นอกจากนี้ จะไม่มีน้ำเชื้อเมื่อถึงจุดสุดยอด
3. การฉายรังสีจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียการพักผ่อนเป็นเรื่องที่สำคัญแต่ก็ควรออกกำลังกายเท่าที่จะทำได้ การฉายรังสีอาจทำให้ผมร่วง และอาจจะทำให้เกิดกามตายด้าน
4. การให้ฮอร์โมนจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหมือนชายวัยทองคือมีอาการกามตายด้าน ร้อนตามตัว

2.7 การจัดการด้านนโยบายที่ผ่านมาเกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมาก

การจัดการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้ชาวไทยได้รับการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง ต่อโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก ที่กรมอนามัยได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2544 คือการให้บริการคลินิกชายวัยทองในสถานบริการของรัฐในลักษณะงานเชิงรับโดยในเรื่องของต่อมลูกหมากผู้รับบริการจะได้รับการประเมินการถ่ายปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยความรุนแรงของต่อมลูกหมากโต (The AUA Symptom Index for BPH) นอกจากนี้ เพื่อให้ชาวไทยที่ไม่ได้เข้ารับบริการตามสถานบริการได้รับการค้นหาความผิดปกติและภาวะเสี่ยงของโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก กรมอนามัยจึงดำเนินการพัฒนาแนวทาง

การดูแลตนเองโดยร่วมกับสมาคมแพทยระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคต่อมลูกหมาก โดยหากพบว่ามีความผิดปกติหรือมีอาการผิดปกติที่จะได้ให้คำแนะนำในการดูแลรักษาเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป (ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, 2546)

ปัจจุบันกองอนามัยเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2551 เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้เต็มศักยภาพและเพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมวัดและชุมชนเป็นฐาน สำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของต่อมลูกหมาก คือ กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการ คัดกรองเพื่อ ลดภาวะเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ผลผลิตที่ต้องการ คือ ได้แบบประเมินการ คัดกรองเพื่อลดภาวะเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุและมีสื่อเรื่องมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ และผลลัพธ์ที่ต้องการคือ ผู้สูงอายุเพศชายได้รับความรู้และการคัดกรอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี แนวทางการดำเนินงาน จะดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ใน 12 จังหวัดต้นแบบ (นนทบุรี, สระบุรี, ตราด, เพชรบุรี, นครราชสีมา, ขอนแก่น, ศรีสะเกษ, นครสวรรค์, สุโขทัย, เชียงราย, สุราษฎร์ธานี และสตูล) โดยพัฒนาแบบประเมินฯ ร่วมกับ นักวิชาการและผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุต้นแบบได้รับการ Screening ลดภาวะเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ และจัดทำสื่อเผยแพร่

จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าการดำเนินงานด้านนโยบายสำหรับผู้สูงอายุเกี่ยวกับความผิดปกติของต่อมลูกหมากส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรับ โดยการจัดตั้งแหล่งให้บริการที่ โรงพยาบาลโดยดำเนินการในลักษณะคลินิกชายวัยทอง ปัจจุบันมีโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีแผนในปีงบประมาณ 2551 จะดำเนินงานเกี่ยวกับความผิดปกติของต่อมลูกหมากใน 12 จังหวัดต้นแบบซึ่งไม่รวมกรุงเทพมหานคร การดำเนินการเหล่านี้มีข้อจำกัดในด้านของสถานบริการยังไม่ครอบคลุม และการบริการยังไม่ถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากผู้ชายส่วนใหญ่ยังไม่ใช้บริการอยู่น้อยเพราะรู้สึกกลัว และรู้สึกอายกับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมาก ดังนั้นมะเร็งต่อมลูกหมากในชายไทยจึงเพิ่มสูงขึ้นและพบในชายสูงอายุเท่านั้น

ส่วนที่ 3 แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของสุขภาพ (Health) ว่า สุขภาพ หมายถึง ความสมบูรณ์ทางด้านร่างกายและมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีสุขภาพจิตที่ดีสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ บุคคลจะมีสุขภาพสมบูรณ์ย่อมรวมถึงความสมบูรณ์ทั้งกายและใจ คือมีร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคและมีจิตใจเข้มแข็ง สุขภาพกายและสุขภาพจิตจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ถ้าร่างกายเจ็บป่วยก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต

วอล์กเกอร์และคณะ (Walker, et al., 1987: 76) กล่าวว่า วิถีชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความหมายเหมือนกัน โดยกล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิตซึ่งมีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Twadddle, 1981: 11)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นกิจกรรมที่ทุกคนเชื่อว่า จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีจึงลงมือกระทำ เช่น รับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย นอนหลับประมาณวันละ 7-8 ชั่วโมง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง พฤติกรรมสุขภาพก็คือพฤติกรรมที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี (Murry & Zentner, 1989 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532: 43-44)

คาสล์และคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1966: 48) ให้ความหมายของพฤติกรรมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุและการประกอบอาชีพ รวมไปถึงการรับภูมิคุ้มกันโรค

ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติหรือลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก และคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

จากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ให้ความหมายของภาวะสุขภาพที่ดี คือ มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็น

กิจกรรมที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาและปรับตัวให้เหมาะสมกับทุกสภาวะแวดล้อม เพื่อดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (Pender, 1996) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งมีความหมายครอบคลุมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ

1. ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristics and experience)

บุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของตนเอง ซึ่งมีผลกระทบต่อ การกระทำในภายหลัง ความสำคัญของผลกระทบขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมายที่นำมาพิจารณาเลือกวัด ปัจจัยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต หรือลักษณะส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงแต่ไม่ใช่ทั้งหมดของพฤติกรรมสุขภาพ หรือมีความสัมพันธ์เฉพาะในกลุ่มประชากรเป้าหมายเท่านั้น แต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีต เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดคือ ความถี่ในการมีพฤติกรรมที่ เหมือนๆกันหรือคล้ายคลึงกับพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีตที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและ โดยอ้อมที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน อดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันอาจเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติ พฤติกรรมโดยอัตโนมัติโดยให้ความสนใจหรือใส่ใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเล็กๆ น้อยๆ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยขึ้น ส่วนผลโดยอ้อม ของพฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง (Self-efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Benefit) การรับรู้อุปสรรค (Barriers) และอารมณ์ที่ เกี่ยวเนื่องกับตนเอง (Self-related affect)

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล

ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย
2. ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ ภาวะสุขภาพของตนเอง
3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ

โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรู้ที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ความคิดความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior- Specific Cognition and Affect)

เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการมุ่งใจมากที่สุดและเป็นตัวแปรที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits of Action) เป็นประโยชน์ที่เคยได้รับจะเป็นการเสริมแรงทางบวก สามารถเกิดได้ทั้งภายในและภายนอกก็ได้ เช่น ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การลดความรู้สึกเหนื่อยล้า การเพิ่มความตื่นตัว ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอก ได้แก่ รางวัล ทรัพย์สินหรือเงินทอง เป็นต้น การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทั้งโดยตรง และโดยอ้อม ด้วยการกำหนดเป็นความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมและเข้าสู่พฤติกรรมสุขภาพ

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived Barriers to Action) เป็นการรับรู้ที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมสุขภาพซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือเป็นที่คาดคะเนขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งขัดขวางบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความยากลำบาก ค่าใช้จ่ายที่สูง ความไม่สะดวกสบาย เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคของการกระทำมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวขัดขวางพฤติกรรมและมีผลในทางอ้อมต่อการลดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self - efficacy) เป็นการตัดสินใจตนเองสามารถทำงานได้ในระดับใดโดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะในการทำกิจกรรมนั้นๆ หรือไม่ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายโดยการรับรู้ความสามารถของตนเองนี้มีพื้นฐานมาจากปัจจัย 4 ประการคือ

- การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรม และการประเมินการกระทำตามมาตรฐานของตนเองหรือจากการประเมินที่ได้รับจากผู้อื่น
- ประสบการณ์ที่เกิดจากการเห็นการกระทำของผู้อื่น โดยจะนำการสังเกตที่พบเห็นมาเปรียบเทียบกับตนเอง
- จากการชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถใช้ความสามารถที่มีอยู่ในตนเองมาใช้ในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ
- สภาพร่างกายจะเป็นส่วนที่บุคคลนำมาตัดสินใจความสามารถของตนเอง เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บ เป็นต้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคและความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่กระทำ (Activity- related Affect) เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านความรู้สึกนี้จะถูกตัดสินด้วยความคิด และเก็บไว้ในความจำจากนั้นจึงนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมาการตอบสนองทางด้านความรู้สึกมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การกระตุ้นทางอารมณ์ต่อการกระทำของมันเอง การกระทำด้วยตนเองและสภาพแวดล้อมการตอบสนองทางด้านความรู้สึกนี้อาจเป็นความรู้สึกทางด้านบวก หรือด้านลบก็ได้ และผลของความรู้สึกนี้จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ซ้ำอีกหรือไม่

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) คือการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น การเรียนรู้นี้อาจจะตรงกับความจริงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ โดยการเรียนรู้นี้จะเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการของการสังเกตการณ์กระทำพฤติกรรมของบุคคลอื่น อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 3 ด้านคือ

- บรรทัดฐานทางสังคม จะเป็นตัวกำหนดมาตรฐานของการกระทำ
- การสนับสนุนทางสังคม จะเป็นแหล่งช่วยเหลือที่ได้รับจากผู้อื่น
- การเป็นแบบอย่าง ซึ่งเป็นการกระทำที่กระทำต่อเนื่องกันมา

ตัวแปรอิทธิพลระหว่างบุคคลถือเป็นตัวแปรสำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมโดยเป็นแรงกดดันทางสังคมหรือส่งเสริมกระตุ้นให้บุคคลคิดที่จะปฏิบัติ

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situation Influences) การเรียนรู้ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือบริบทใดๆ ที่จะเอื้อหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะถูกชักจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน เช่นบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมได้ดีภายใต้สถานการณ์ที่บุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความผูกพันกันมากกว่าความแตกแยก เป็นต้น

3. ผลที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Behavioral Outcome) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่

3.1 ความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ (Commitment to a plan of action) การกระทำพฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปส่วนมากจะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ

- ความตั้งใจที่มีต่อการกระทำซึ่งจะเกิดขึ้นเฉพาะ ภายใต้เวลาสถานที่และบุคคลที่เฉพาะ โดยไม่คำนึงถึงสิ่งใดๆ ที่เข้ามาแทรก

- การวิเคราะห์วิธีการ ที่จะทำให้เกิดแรงเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมความตั้งใจเพียงอย่างเดียวโดยไม่สัมพันธ์กับวิธีการจะทำให้เกิดผลของความตั้งใจที่ดี แต่จะล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรม

3.2 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรมความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting Behavior) เป็นพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งจะก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพในทางบวกต่อผู้ปฏิบัติโดยสามารถนำไปใช้ได้กับการดำเนินชีวิต โดยการผสมผสานเข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประสบการณ์สุขภาพทางบวกไปตลอดชีวิต แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมุ่งดำรงความผาสุก ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ดังนี้

3.1.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นกิจกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี มีการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกายและรายงานให้แพทย์ทราบตลอดจนขอคำปรึกษาหารือหรือขอคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ

3.1.2 กิจกรรมทางด้านร่างกาย (physical activity) เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีการใช้พลังงาน ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันต่างๆ หรือเป็นการออกกำลังกายเช่น การเล่นกีฬา การเดินขึ้นลงบันได การทำงานบ้าน เป็นต้น

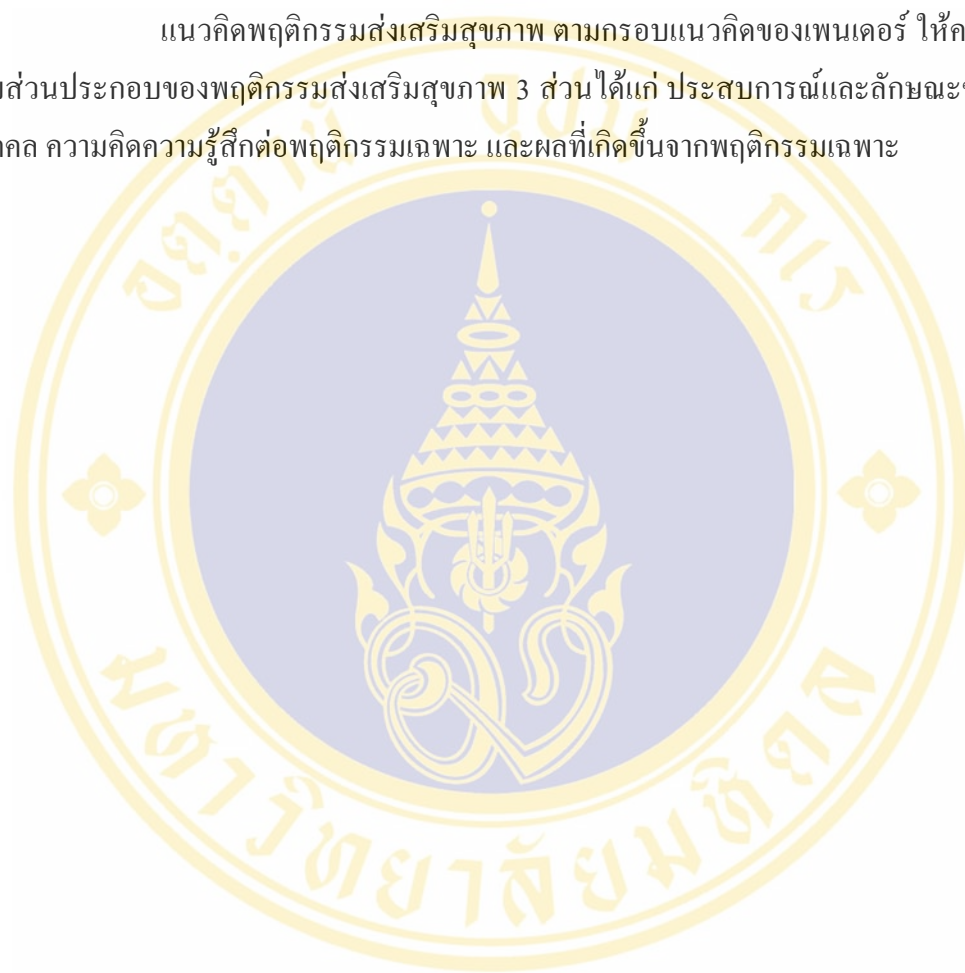
3.1.3 โภชนาการ (nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและโรคที่เป็นอยู่

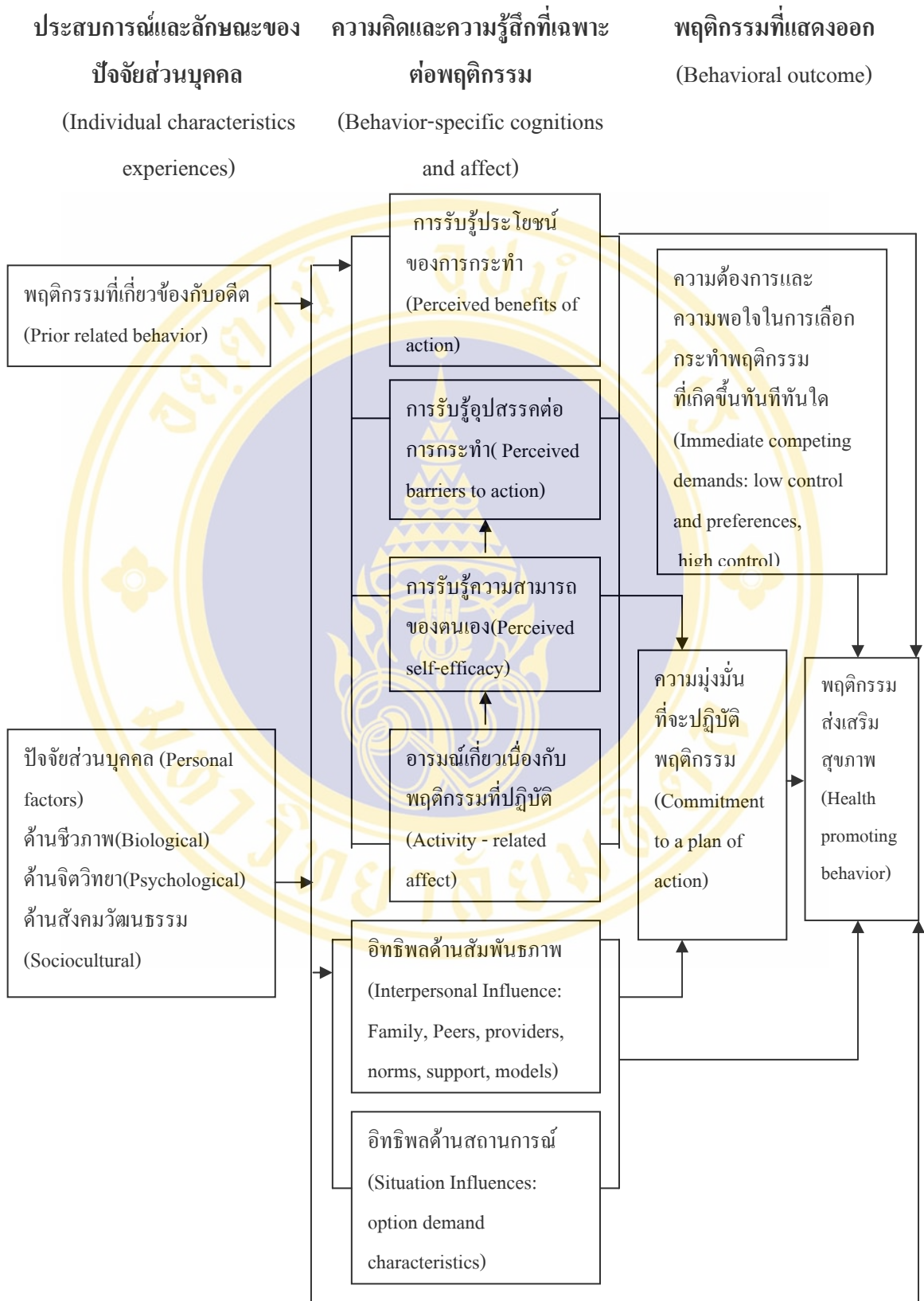
3.1.4 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relations) เป็นกิจกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมีการให้และการรับ ขอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกันมีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ

3.1.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดีมีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่นมีความสงบและพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ

3.1.6 การจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคล ที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม เช่น การแสดงออกที่พักผ่อนนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียดหรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย

แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ให้ความสำคัญกับส่วนประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 ส่วน ได้แก่ ประสิทธิภาพและลักษณะของปัจเจกบุคคล ความคิดความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ และผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเฉพาะ





แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี 1996 ที่มา (Pender, et al. 1996: 67)

จากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงของมะเร็งต่อมลูกหมากที่ดี จะช่วยลดความรุนแรงของโรค สามารถควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันจะทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมลูกหมากดีขึ้น เพนเดอร์ ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพดังนี้ (Pender, 1996)

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ดำเนินชีวิตประจำวันเกี่ยวกับความสนใจและความรับผิดชอบของบุคคลที่จะดูแลสุขภาพตนเอง การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การขอรับคำแนะนำและคำปรึกษาจากบุคลากรทางสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง

(1) การตรวจความผิดปกติเกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมากของผู้สูงอายุเองโดยการสังเกตความเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติในระบบทางเดินปัสสาวะเช่น สีของปัสสาวะเข้ม มีเลือดปนขุ่น สังเกตลักษณะความผิดปกติของการถ่ายปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะลำบาก

(2) หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม ซึ่งเป็นสารกระตุ้นให้มีการถ่ายปัสสาวะบ่อย นอกจากนั้นยังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำก่อนเข้านอนเพื่อไม่ให้ตื่นมาปัสสาวะในตอนกลางคืน และได้นอนหลับพักผ่อนเต็มที่

(3) การตรวจสุขภาพประจำปี ได้แก่การตรวจความผิดปกติของต่อมลูกหมาก เช่น PSA, DRE เป็นต้น

(4) นอกจากนั้นแล้วต้องมีความสนใจศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเช่น การอ่านหนังสือ ติดตามข่าวสารสุขภาพทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ปรึกษามูลนิธิทางสาธารณสุขหรือแพทย์เมื่อสังเกตหรือรับรู้ถึงอาการผิดปกติของต่อมลูกหมาก ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

(5) ไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งความรับผิดชอบต่อสุขภาพจะเป็นพฤติกรรมที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของต่อมลูกหมากเมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

2. กิจกรรมทางกาย (Physical activity) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้กำลังได้แก่ ออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย โดยมีการออกกำลังกาย หรือบริหารร่างกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และกระทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที หรือมากกว่า (Hogstel, 1994; 97; Pender, 1996) โดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของต่อมลูกหมาก เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การเล่นโยคะ หรือในระหว่างการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันควรบริหารร่างกายไปด้วย เช่น การขึ้นลงบันได การเดินในระยะที่ใกล้ๆ (มานพ ประภาษานนท์, 2538; 77-88 อ้างใน จุฑามาศ คำแพรดี, 2541)

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) หมายถึง การปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัย การรับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารเพื่อลดความเสี่ยงของมะเร็งต่อมลูกหมาก งดเว้น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดการสูบบุหรี่ และการควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในภาวะปกติ ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของต่อมลูกหมาก ควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีประโยชน์และคุณค่าอาหารครบทั้ง 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เพราะจะทำให้ดื่มน้ำมากกว่าปกติ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม ซึ่งเป็นสารกระตุ้นให้มีการถ่ายปัสสาวะบ่อย ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ บริโภคอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้ เพื่อให้ภาวะโภชนาการ วิตามินและแร่ธาตุอยู่ในภาวะสมดุล (ไกรสิทธิ์ ดันติสิรินทร์, 2540: 51-53; Pender, 1996)

4. สัมพันธะระหว่างบุคคล (interpersonal relations) หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออก ถึงความสามารถหรือวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ได้รับประโยชน์ของการ ได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด หรือช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งเป็นการ ติดต่อกับบุคคลในสังคมเพื่อการได้รับความรู้ การยอมรับ การช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ สัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว การที่ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของต่อมลูกหมากอยู่ในสังคมได้นั้นย่อมพึ่งพาอาศัยครอบครัว ได้รับความรักความอบอุ่นจากบุคคลในครอบครัว ช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ให้คำปรึกษา กำลังใจ เคารพนับถือ ตลอดจนการให้การสนับสนุนด้านการเงิน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งสัมพันธภาพภายในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน (Pender, 1996) เนื่องจากมีความผูกพันใกล้ชิดกันมากที่สุด และจะนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นต่อไป

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความพึงพอใจในชีวิต ความตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต (Hogstel, 1994: 110; Pender, 1996) ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ไม่คิดว่าตนเองไร้ประโยชน์ (สิวลี ศรีวิไล, 2535: 85 อ้างใน จุฑามาศ คำแพรดี, 2541) ก่อให้เกิดความหวังว่าชีวิตตนเองยังมีคุณค่าต่อบุคคลในครอบครัว มีญาติมิตรคอยห่วงใยนับถือและศรัทธา และเกิดความคาดหวังว่าจะมีชีวิตต่อไปอย่างยืนยาวและมีความสุขตามสภาพการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ทำให้มีเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากต่อไป

6. การจัดการกับความเครียด (Stress management) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จากการศึกษาที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ผู้สูงอายุโดยปกติจะมีความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจอยู่แล้ว เมื่อร่างกายต้องมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีความผิดปกติของต่อมลูกหมากและถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติไปทำให้ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญความเครียดจากผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงนี้รวมทั้งการสูญเสียหน้าที่การงาน รายได้ บทบาทและสถานะทางครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Pender, 1996) ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่กล้าเข้าสังคม หรือเดินทางไกล เกิดความไม่มั่นใจ และวิตกกังวลส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้นการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดได้ดี พฤติกรรมที่ใช้ในการประเมินปัญหาแต่ละครั้งนั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในหลายวิธี ซึ่งการจัดการความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) วิธีในการจัดการกับความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) ซึ่งในชีวิตประจำวัน บุคคลจะมีการใช้ทั้ง 2 ชนิด เปลี่ยนกลับไปกลับมาตลอดเวลา

1. การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นการเผชิญกับความเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียด หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามแก้ปัญหา

2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล นั่นคือบุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก เพื่อสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ผู้สูงอายุเลือกวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับความพอใจ ประสบการณ์ และความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล เพื่อให้สามารถบรรเทาความเครียดลงได้และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ

การที่ผู้สูงอายุเลือกวิธีใดในการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น ขึ้นอยู่กับความพอใจและความเคยชิน รวมถึงความเหมาะสมของสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลว่าเมื่อปฏิบัติแล้วสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมก็จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ และปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา สามารถสรุปและจัดกลุ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆของอวัยวะร่างกายเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีงานวิจัยหลายเรื่องพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น จากการศึกษาของ ทราน ชัตเตอร์ และไรท์ (Tran, Chatter & Wright, 1991: 100) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปกติสุขของผู้สูงอายุ อรอนงค์ สัมพันธุ์ (2539: 1) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน และอายุยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของชายวัยทอง (สุพร เหล่าสวัสดิ์, 2548)

1.2 สถานภาพสมรส คู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่สำคัญยิ่งโดยเฉพาะคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายร่วมกันอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยดูแลคุณภาพของการดูแลตนเองและบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 41) จากการศึกษาของ บราวน์ และแมคครัดดี (Brown & McCrudy cited in Duffy, 1993: 91-120 อ้างใน จุฑามาศ คำแพรวดี, 2541) พบว่าชายที่มีสถานภาพสมรสคู่มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าคนโสด

1.3 รายได้ครอบครัว ครอบครัวที่มีรายได้สูง หรือผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่รายได้น้อย นอกจากนั้นผู้ที่มีรายได้สูง มีโอกาสติดต่อสื่อสารกับสังคมอื่นๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ให้กับตนเอง มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง (Pender, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยอีกหลายเรื่องพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; ศิริพร จันทรไพรีศรี, 2548; Walker, et al., 1988)

1.4 ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย, (2535: 116); ศิริพร จันทรไพรีศรี, (2548) และ Johnson, (1991: 15-19)

2. พฤติกรรมในอดีต

ตัวทำนายที่ดีที่สุดของปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีต คือ ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกัน หรือคล้ายคลึงกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีต ที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อม

ในการวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมในอดีต เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ โดยเป็นความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมลูกหมากที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกับการปฏิบัติที่ผ่านมาในอดีตของ ผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 1 ปีก่อนเก็บข้อมูล ประกอบด้วย การดื่มสุรา สูบบุหรี่ บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง

3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefits of action

การรับรู้ประโยชน์เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นเกิดผลดีแก่ตนเอง บุคคลนั้นก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางที่ดีขึ้น จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลนั้นให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996)

ดังนั้นในการวิจัยนี้ การรับรู้ประโยชน์ จึงหมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อผลที่ได้รับในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในเรื่อง กิจกรรมด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ โภชนาการที่ดี การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อช่วยให้อายุยืนยาวและลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

จากการศึกษาของ โจนส์และไนส์ (Jones & Nice, 1996) พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายสามารถช่วยลดความเครียด และความกดดันต่างๆ ได้ ซีคริสต วอล์คเกอร์ และเพนเดอร์ (Sechrist, Walke, & Pender, 1987 อ้างใน นันทนา กำแก้ว, 2547) การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ทำให้เกิดประโยชน์คือ เพิ่มสมรรถภาพทางกาย ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น และป้องกันโรคร้ายต่างๆ ได้มากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ คอนน์ (Conn, 1998) ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อว่าการมีกิจกรรมด้านร่างกายมีประโยชน์ต่อสภาพอารมณ์และจิตใจ ทำให้เป็นคนอารมณ์ดี ช่วยลดความวิตกกังวล และจากการศึกษาของ กาญจนา เกษกาญจ (2541), จิตรา จันชนะกิจ(2541), และ สิริมาวงศ์ แผลมทอง (2542) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers to action)

เพนเดอร์กล่าวว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้ทางด้านลบ หรือการรับรู้สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่างๆ ที่ไม่สามารถกระทำพฤติกรรมใดๆ ได้ เนื่องจากความไม่สะดวกทางด้านสภาพแวดล้อม เวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น (Pender, 1996)

ในการวิจัยครั้งนี้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่ออุปสรรคขัดขวางในการที่จะทำให้มีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ไม่มีเวลา ความอาย ไม่มีค่าบริการตรวจคัดกรอง และความยากในการปรับนิสัยบางอย่าง เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

จากการศึกษาของ ปราณี ทองพิลา (2542) พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มันทนา อินทร์แพง (2543) พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท จังหวัดกำแพงเพชร เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดร.ณิ ดลรัตนภัทร (2545) พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก สามารถร่วมกันทำนายน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ร้อยละ 28.40 ($p < .001$)

5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้นำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนคูรา มาเป็นแนวคิดพื้นฐานในด้านของปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม เนื่องจากเป็นความคาดหวังของตนเองที่จะจัดการ หรือกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จ เป็นการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถในการใช้ทักษะที่มีอยู่อย่างไร

ในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง คะแนนความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดเชื่อมั่นในความสามารถของตน ในการที่จะทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ที่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จ

การที่บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นผลมาจาก การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ซึ่งเป็นการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรม ว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมดังกล่าวแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ เนื่องจากบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูง จะส่งผลให้บุคคลนั้น มีความเพียรพยายามและยืนยันที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไป ในทางตรงข้าม การที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมอย่างแน่นอน

และไม่สนใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1997)

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนมี 2 แนวคิด (Bandura, 1997) คือแนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนโดยทั่วไป และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้นการประเมินความสามารถของตนจึงจำเป็นต้องระบุพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้ถูกประเมิน ประเมินค่าความสามารถของตน

จากการศึกษาของ ซอง ซอง และ โยม (Sohng, Sohng, & Yeom, 2002) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุชาวเกาหลีในสหรัฐอเมริกา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($p < .001$) นอกจากนี้จากการศึกษาของ คลาร์ก และ ดอดจ์ (Clark & Dodge, 1999) ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงสูงอายุ จำนวน 570 คนที่ไปตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ในรัฐแห่งหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนสูง สามารถมีพฤติกรรมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้ดี

5. แรงสนับสนุนทางสังคม

ตามแนวคิดของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยรับรู้ในด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลในลักษณะการรับรู้ถึงความเชื่อ ความต้องการ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น ที่มีผลต่อการรับรู้ของตนเอง ซึ่งมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น โดยเพนเดอร์ ได้แบ่งอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็น บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตัวตามตัวแบบ ซึ่งความสนใจในปัจจัยภายนอกตัวบุคคล มีความจำเป็นสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ เพื่อป้องกันความผิดปกติของต่อมลูกหมากต่อไป โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคม ที่อยู่ในปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากมนุษย์ต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน รวมถึงเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมให้มีการวางแผนที่จะปฏิบัติรวมทั้งแรงจูงใจ หรือกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม (Pender, 1996)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกเป็นเจ้าของ ได้รับการยอมรับนับถือ ความรักและมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น แต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใด เพื่อบุคคลอื่นประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (instrument support) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของเพนเดอร์ ได้รวบรวมการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุน การมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในภาวะซึมเศร้า 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล

ข่าวสาร (information support) เป็นการช่วยเหลือให้บุคคลเข้าใจว่าควรทำอะไรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrument aid) เป็นการช่วยเหลือบุคคลด้านแรงงาน เพื่อให้บุคคลมีเวลาในการทำกิจกรรมด้านอื่น 4) การสนับสนุนด้านการยอมรับ (affirmation) เป็นการช่วยให้แต่ละบุคคลเข้าใจและยอมรับศักยภาพที่แท้จริงของตน

เฮาส์ (House as cited in Brown, 1996 อ้างใน นันทกา คำแก้ว, 2547) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลนั้นได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ และได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความรัก ความผูกพัน ความรู้สึกไว้วางใจ การดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยซึ่งกันและกัน 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางเลือกในการปฏิบัติทำให้บุคคลนำไปใช้แก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เช่น การเห็นพ้อง การยอมรับ และการยกย่องชมเชย ทำให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม เป็นต้น 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrument support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ แรงงาน และการบริการต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงิน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกใช้แนวคิดของ เฮาส์ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวมีความคล้ายคลึง และครอบคลุมแนวคิดของเพนเดอร์ ทั้งในด้านการสนับสนุนในด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางด้านวัตถุประสงค์ของ ทำให้สามารถประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้ครอบคลุมมากกว่า นอกจากนี้แล้วการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง คำแนะนำ คำลึงใจ อุปกรณ์ สิ่งของเครื่องใช้ รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่ผู้สูงอายุได้รับจาก ครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพ

จากการศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ของ นันทกา คำแก้ว (2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 49.60 ($P < .001$)

6. ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situation Influences) ว่าการเรียนรู้ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือบริบทใดๆ ที่จะเอื้อหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะถูกชักจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน

การรับรู้ถึงความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการประกอบกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ หมายถึง การรับรู้ถึงความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติของผู้สูงอายุ จากความถี่ของอาการผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ ลักษณะการถ่ายปัสสาวะ จำนวนครั้ง ความถี่ของการถ่ายปัสสาวะ

จากการศึกษาของ มูเลนแคมป์ และจอยเนอร์ (Muhlenkamp & Joyner, 1986) พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มีความรุนแรงของโรคมก จะเกิดความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ความรู้สึกสูญเสียบทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ความรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุ ที่มีความรุนแรงของโรคมก จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีได้

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Close และคณะ (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ของประชากรกับลักษณะภาวะสุขภาพกับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ชายที่มีอายุ 40-79 ปี ใน สหรัฐ พบว่า ภาวะสุขภาพที่ดี (good health) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารไขมันต่ำ และการรับประทานผักและผลไม้ มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก

Canola และคณะ (2000) ศึกษา ความรู้ ทักษะ และ การคัดกรองโรคของชายสูงอายุในเรื่องมะเร็งต่อมลูกหมาก ทำการศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในนิวยอร์ก (New York) พบว่าน้อยกว่าร้อยละ 10 มีความเห็นว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 20 มีความเห็นที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 60 ที่เคยตรวจ Prostate-specific antigen (PSA) การตรวจคัดกรองมีความสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และสัญชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

J. IRANI และคณะ (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ของความอ้วนกับความเสียหายต่อมลูกหมากเปรียบเทียบกับประชากรในกลุ่มต่อมลูกหมากโต พบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก Odd ratio (95% confidence interval) เท่ากับ 2.47 เท่า (1.41-4.34)

Alan และคณะ (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนการดำเนินชีวิต กับ การเพิ่มขึ้นของอัตราและความเข้มข้นของ PSA ในผู้ชายที่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป พบว่า ระดับ PSA ในผู้ชายที่มี BMI $\geq 35 \text{ kg/cm}^2$ เท่ากับ 0.02 ng/mL ซึ่งต่ำกว่าผู้ชายที่มี BMI $< 25 \text{ kg/cm}^2$ ($p < 0.001$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ PSA Velocity โดยทั่วไปพบว่า อายุ เชื้อชาติ การได้รับพลังงาน (energy intake) แคลเซียม และการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง PSA Velocity

Sabine และคณะ (2005) พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็น LUTS (Lower urinary tract symptom) ไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ แต่ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก (Heavy smoking) คือ มากกว่า 50 ซองต่อปี มีโอกาสเป็น LUTS มากกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ประมาณ 2 เท่า (OR=2.01; 95% CI=1.04-3.89) ผู้ที่ดื่ม แอลกอฮอล์ทุกวัน มีการเปลี่ยนแปลงของ LUTS ต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยดื่ม (OR=0.59; 95% CI=0.37-0.95) สำหรับผู้ที่ออกกำลังกายปานกลางถึงเป็นประจำ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ LUTS ด้วยเหตุที่ไม่มีเวลาออกกำลังกายประมาณ 2 เท่า (OR=2.06; 95% CI=1.26-3.39) การดื่มแอลกอฮอล์ระดับปานกลางและการออกกำลังกายเป็นประจำสามารถช่วยป้องกัน LUTS ได้

Whaley (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคและการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ชายชาวอเมริกาที่มีอายุ 40-70 ปี จำนวน 52 คน โดยใช้ Health Belief Model พบว่า การรับรู้อุปสรรคที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก คือ ความอายุ ไม่ต้องการตรวจ ไม่มีประกันชีวิต ไม่มี primary doctor และขาดความรู้

Liang และคณะ (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของมะเร็งต่อมลูกหมากกับ ประวัติการเป็นมะเร็งของครอบครัว เพศสัมพันธ์ และ สถานภาพสมรส ใน กวางดง (Guangdong) ประเทศจีน พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากสูงกว่าคนที่ไม่มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป (อายุ 20-24, OR=2.25, 95% CI=0.75-6.71; อายุ 24-29, OR=2.34, 95% CI=0.89-6.13) ในผู้ชายที่ไม่มีเพศสัมพันธ์หลังจากอายุ 60 ปีมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากลดลง (อายุ 60-69, OR=0.51, 95% CI=0.20-1.27; อายุมากกว่า 70 ปี, OR=0.31, 95% CI=0.08-1.24) นอกจากนั้นแล้ว ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ประวัติการเป็นมะเร็งในครอบครัว

Consedine และคณะ (2007) ศึกษาความกลัว ความรู้ และความเชื่อในสมรรถนะ ในการทำนาย ความถี่ในการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยวิธี DRE กับ PSA พบว่า ความกลัวเป็นความสัมพันธ์ทางด้านลบ และความเชื่อในสมรรถนะเป็นความสัมพันธ์ทางด้านบวก กับการตรวจ

มะเร็งต่อมลูกหมากด้วยวิธี DRE กับ PSA ความเชื่อในสมรรถนะและความรู้มีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับความกลัวในการตรวจคัดกรองมะเร็ง และความถี่ในการตรวจ DRE

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ พบว่า การวิจัยในระยะแรกๆ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติต่อมลูกหมาก และการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งตามทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender, 1996) คือ ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล (Individual characteristics and experience) ได้แก่ สัญชาติ อายุ ขนาดความรู้ ไม่ต้องการตรวจความเชื่อในสมรรถนะ ขนาดความรู้ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ไม่มีประกันชีวิต ความคิด ความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior-Specific Cognition and Affect) ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการไปรับการตรวจคัดกรองโรค เช่น ความอาย ไม่ต้องการตรวจ ความกลัว การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เช่น ภาวะสุขภาพที่ดี (good health) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ บริโภคอาหารไขมันต่ำ และเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การได้รับความรู้คำแนะนำจากแพทย์ ประวัติการเป็นมะเร็งของครอบครัว ความอ้วน และพฤติกรรมเสี่ยงในอดีต ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์

วงจันทร์ ปริษามาตร (2528) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดต่อมลูกหมากโตในชายไทย ทำการศึกษาแบบ Case control study ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตจำนวน 117 คน และกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่เป็นโรคต่อมลูกหมากโตจำนวน 117 คนพบว่า ณ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับการเป็นต่อมลูกหมากโตได้แก่ ระดับการศึกษาสูงกว่า ประถม 4 ทำงานที่ต้องนั่งติดต่อกันนาน ประวัติการเป็นต่อมลูกหมากโตของครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตด้วยโรคต่อมลูกหมากอักเสบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต ท้องผูก ริดสีดวงทวาร และใส่เล็นที่ขาหนีบ รับประทานอาหารประเภทเนื้อเป็นประจำทุกวัน ไม่รับประทานอาหารประเภทผักอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารรสจัด ดื่มนมเป็นประจำทุกวัน เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์สูง และใช้เวลาในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งหนึ่งนานกว่า 10 นาที

จุฑามาศ คำแพรดี (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ในผู้ชายอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตและเป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรกระบบปัสสาวะและเครื่องมือพิเศษ ตึกสยามินทร์ 5 โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 ราย พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต จัดอยู่ในเกณฑ์ทุกด้าน อิทธิพลระหว่างบุคคลและการศึกษาเป็นตัวทำนายที่ดี สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้ ร้อยละ 46.10 ($p < .001$) พบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี ได้แก่ด้านโภชนาการ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำก่อนเข้านอน ด้าน

การออกกำลังกาย ใช้เวลาส่วนหนึ่งในการออกกำลังกายให้มีเหงื่อออก นับอัตราการเต้นของชีพจร ก่อนและหลังมีเหงื่อออก สำหรับความรับผิดชอบต่อสุขภาพพบว่าซักถามแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องสุขภาพการเจ็บป่วย มารับการตรวจร่างกายประจำปี ปรีกษาแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องการดูแลตนเอง และสอบถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับระบบการให้บริการ

สมหมาย เข้มยี่ง (2541) ได้ทำการศึกษา การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในประเทศไทย โดยการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ที่ได้รับการวินิจฉัย ในสถานบริการจำนวน 14 แห่ง ทุกภาคของประเทศ เพื่อศึกษาระยะรอดชีพ และปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากจำนวน 817 คน มีอายุเฉลี่ย 71.24 ปี มี มัธยฐานของ Prostate specific antigen (PSA) เท่ากับ 57 ng/ml. พบว่า มี median survival 44.2% เดือน 5 year survival 41.5% ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความเสี่ยงต่อการตายของผู้ป่วย ได้แก่ระยะของโรค ($p < 0.001$) histological grading ($p = 0.001$) การแพร่กระจายของมะเร็ง ($p < 0.001$) การรักษา ($p = 0.001$) และระดับ PSA ($p < 0.039$) จากการศึกษาพบว่าควรมีการคัดกรองผู้ป่วยและตรวจสุขภาพต่อมลูกหมาก ตรวจระดับ PSA ในคนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป

จากรายงานการวิจัย โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต ของ. อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และคณะ (2544) เพื่อหาความชุกของโรคต่อมลูกหมากโต (BPH) ในชุมชน และเปรียบเทียบผลการรักษาแบบพฤติกรรมบำบัดกับการรักษาแบบผ่าตัดตามคู่มือการดำเนินของโรคตามธรรมชาติ ในชายสูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในชุมชนบริเวณโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 1,100 ราย จากการสอบถามอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การประเมินอาการต่อมลูกหมากโต (IPSS) ในชุมชนด้วยแบบมาตรฐานสากล จากนั้นได้ผ่าตัดตามคู่มือเป็นเวลา 1 ปี และประเมินซ้ำในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุในชุมชนเท่ากับร้อยละ 41.3 เปรียบเทียบคะแนนอาการต่อมลูกหมากและคะแนนคุณภาพชีวิตพบว่า การรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัดได้ผลดีกว่าการผ่าตัดตามธรรมชาติของโรค ทั้งผลอาการโดยรวม

จากรายงานการวิจัย โครงการวิธีที่เหมาะสมและคุ้มค่าในการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ของ อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และคณะ (2544) เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมและคุ้มค่าในการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะเริ่มต้น รวมทั้งหาความชุกของมะเร็งต่อมลูกหมากในชายไทยสูงอายุในชุมชน จำนวน 928 ราย ในชุมชนรอบโรงพยาบาลศิริราช ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยการตรวจคลำมะเร็งต่อมลูกหมากทางทวารหนัก และ/หรือ การเจาะเลือดหาสารจำเพาะของต่อมลูกหมาก (พีเอสเอ) ในรายที่ผลตรวจผิดปกติ ได้นำตรวจเพิ่มเติมด้วยการตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา หรือการตรวจติดตามเพื่อให้ได้การวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ถูกต้องแน่นอน ผลการวิจัยพบว่าความชุกของมะเร็งต่อมลูกหมากในชายสูงอายุในชุมชน มีไม่ต่ำกว่า หรือมีมากกว่าร้อยละ

0.75 ผลการตรวจคัดกรองต่อมลูกหมากทางทวารหนัก และเจาะเลือดหา พีเอสเอ พบผิดปกติร้อยละ 8.7 และ 17.3 ตามลำดับ การตรวจคัดกรองโดยเริ่มจากการตรวจคัดกรองต่อมลูกหมาก เป็นวิธีที่เสียค่าใช้จ่ายต่อการตรวจพบมะเร็งต่อมลูกหมาก 1 รายน้อยที่สุดคือ 11,820 บาท โดยโอกาสที่จะพลาดการวินิจฉัยร้อยละ 6.3

จิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ (2541) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลังโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับค่อนข้างดี และพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอาชีพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลังได้ร้อยละ 30.15 ($p > .01$)

นงนวล พูลเกษตร (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทัศนีย์ พารพรม (2545) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัยและการมีโรคประจำตัว ($p < 0.01$ $p = 0.0049$, $p = 0.002$, $p = 0.15$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความเชื่อทางด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมี / การเป็น / เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและความพึงพอใจในบริการ ($p < 0.001$, $p = 0.006$) ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว/ญาติ เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และการได้รับข่าวสารทางการแพทย์และบุคคลกรสาธารณสุข ($p\text{-value} < 0.001$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว

นิธิมา สุภาวี (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า อายุ เพศ เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ($Beta_2 = 0.274$)

พรติมา สุขเกษม (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานบริษัทประกันชีวิตในกรุงเทพมหานคร พบว่า พนักงานบริษัทประกันชีวิตส่วนใหญ่ ร้อยละ 36 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า เพศ อายุ ประสบการณ์ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพ ค่านิยม การรับรู้ความสามารถตน การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการแนะนำ การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยร่วม สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 22.8 ตัวแปรที่มีความสามารถทำนายมากที่สุดในกลุ่มปัจจัยร่วม คือ ประสบการณ์ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 75.4 การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (การได้รับการแนะนำ การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง) สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 2

สุธีรัตน์ อนันต์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดได้แก่การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 41.6 ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ และอายุสามารถร่วมอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 50.5 ($p < 0.001$)

บุญมี เทพาธิป (2546). รายงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทอง ในเขตเทศบาล ตำบลสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ชายอายุระหว่าง 40-59 ปี พบว่า ชายวัยทองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 53.4 ระดับดี ร้อยละ 43.2 และยังอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 3.2 โดยการพัฒนาทางจิต โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.2, 54.8, 52.6, และ 51.5 ตามลำดับ การออกกำลังกายและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับ ไม่ดี ร้อยละ 40.0 และ 48.4 ตามลำดับ การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร (อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ) ภาวะสุขภาพ และฮอร์โมนเพศชายบ่งชี้พบว่า ผู้ชายวัยทองที่มีสถานภาพสมรส รายได้ และภาวะสุขภาพแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$)

วันเพ็ญ แก้วปาน สุรินทร กลัมพากร และพิพัฒน์ ลักขมมี จริญญากุล (2548) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในประเทศไทย จากผู้ชายอายุ 40-59 ปี ใน 6 จังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศไทย พบว่าชายวัยทองส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่า

มีความสมบูรณ์แข็งแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 85.6 ผลการตรวจร่างกายพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อย 0.5 อาการต่อมลูกหมากโตโดย AUA Symptom index อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 35.7 ยังคงสูบบุหรี่ และดื่มสุราทุกวันเป็นประจำ ร้อยละ 38.9 และ 0.9 ตามลำดับ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.7 โดยมีความสำเร็จสมบูรณ์ในชีวิต โภชนาการ การจัดการความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับดี ร้อยละ 71.0, 49.2, 54.2, และ 54.1 ตามลำดับ มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.3 และออกกำลังกายในระดับไม่ดี ร้อยละ 41.0 สุขภาพเกี่ยวกับฮอร์โมนเพศชายบกพร่องโดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.5 โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนเมื่อมีภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง การรับรู้ความรุนแรงเมื่อภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่องในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.5 และ 86.7 รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแรงจูงใจด้านสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 80.9 และ 58.3 และรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.3 และพบว่าปัจจัยคุณลักษณะประชากร (สถานภาพสมรส และการไปตรวจร่างกายประจำปี) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ข่าวสารทางสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$)

สุพร เหล่าสวัสดิ์ (2548) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของชายวัยทอง: กรณีศึกษาในข้าราชการตำรวจชั้นประทวนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ชายวัยทองส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับต่ำ ร้อยละ 47 โดยร้อยละ 56 ของกลุ่มตัวอย่างขาดการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม ร้อย 46 ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 77 ไม่ไปรับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างสม่ำเสมอและ ร้อยละ 11 มีภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เจตคติต่อการดูแลตนเอง อาการภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง และ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม อายุ และอาการภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของชายวัยทองได้ร้อยละ 36

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มที่มีความผิดปกติของต่อมลูกหมาก แต่งานวิจัยในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของต่อมลูกหมากและพฤติกรรมไปรับการตรวจคัดกรองมีจำกัด โดยเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน สำหรับการศึกษที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคแล้ว และทำการศึกษาพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย แต่การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายในระยะที่ยังไม่เป็นโรค ยังมีการศึกษาอยู่น้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดพบว่า งานวิจัยในต่างประเทศ มีงานวิจัยเกี่ยวกับผิดปกติของต่อมลูกหมากจำนวนมาก โดยเฉพาะในยุโรป และอเมริกาเนื่องจากมีอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากและการเสียชีวิตจากมะเร็งต่อมลูกหมากสูงกว่าประเทศอื่นๆ สำหรับงานวิจัยของประเทศไทยยังมีการศึกษาอยู่น้อย และการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่ยังไม่ทราบผลการวิจัยที่แน่นอน โดยเฉพาะความรับผิดชอบต่อสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชายที่มีความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติในระยะแรก

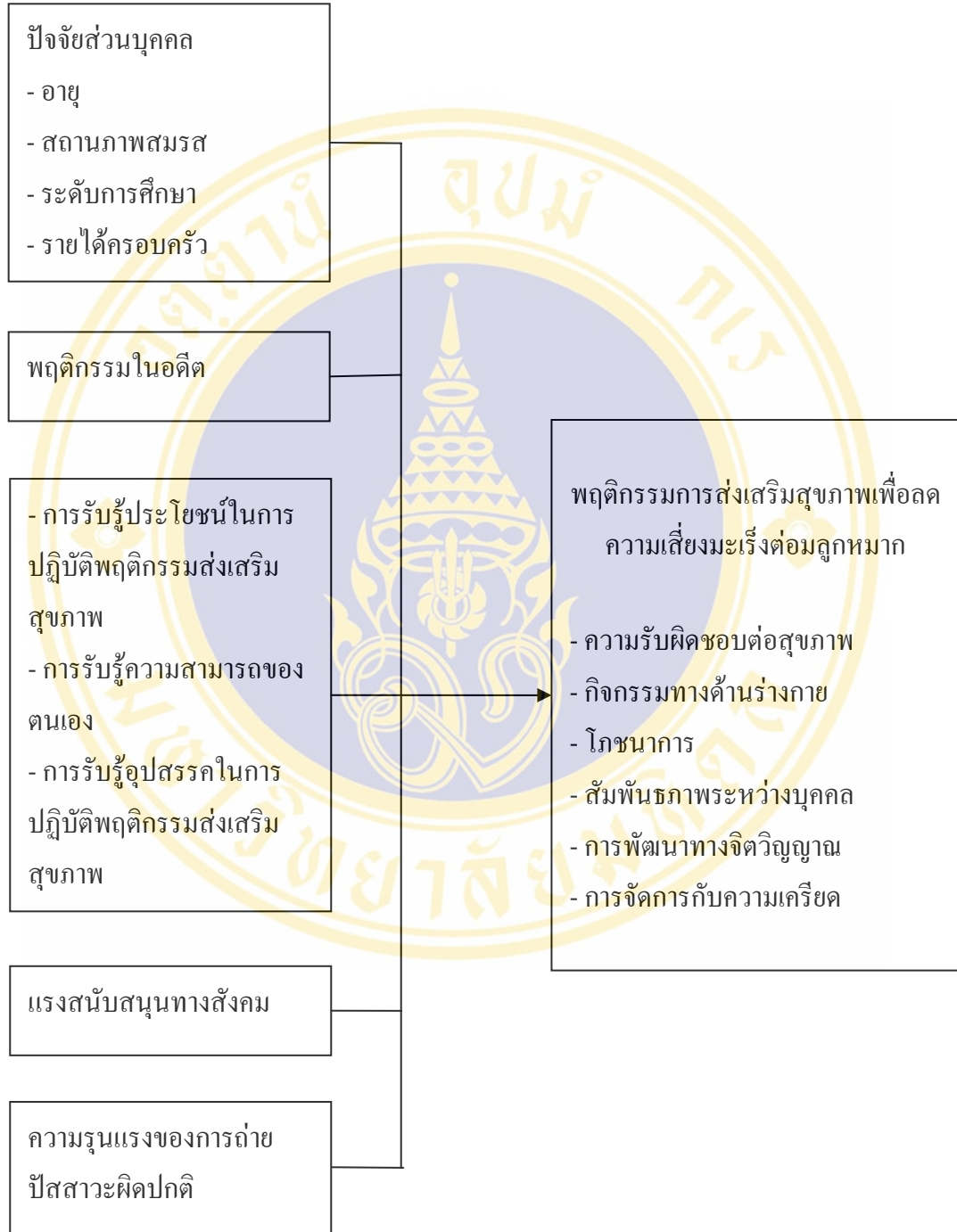
กรอบแนวคิดที่ในการวิจัย

จากแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ให้ความหมายของภาวะสุขภาพที่ดี คือ มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาและปรับตัวให้เหมาะสมกับทุกสภาวะแวดล้อม เพื่อดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (Pender, 1996) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งมีความหมายครอบคลุมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ ประสิทธิภาพและลักษณะของปัจจัยส่วนบุคคล ความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมที่แสดงออก

สำหรับปัจจัยที่ผู้วิจัยศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกศึกษาครั้งนี้เป็นปัจจัยที่มีแนวคิดและผลงานวิจัยสนับสนุนว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นดังแผนภูมิที่ 2

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

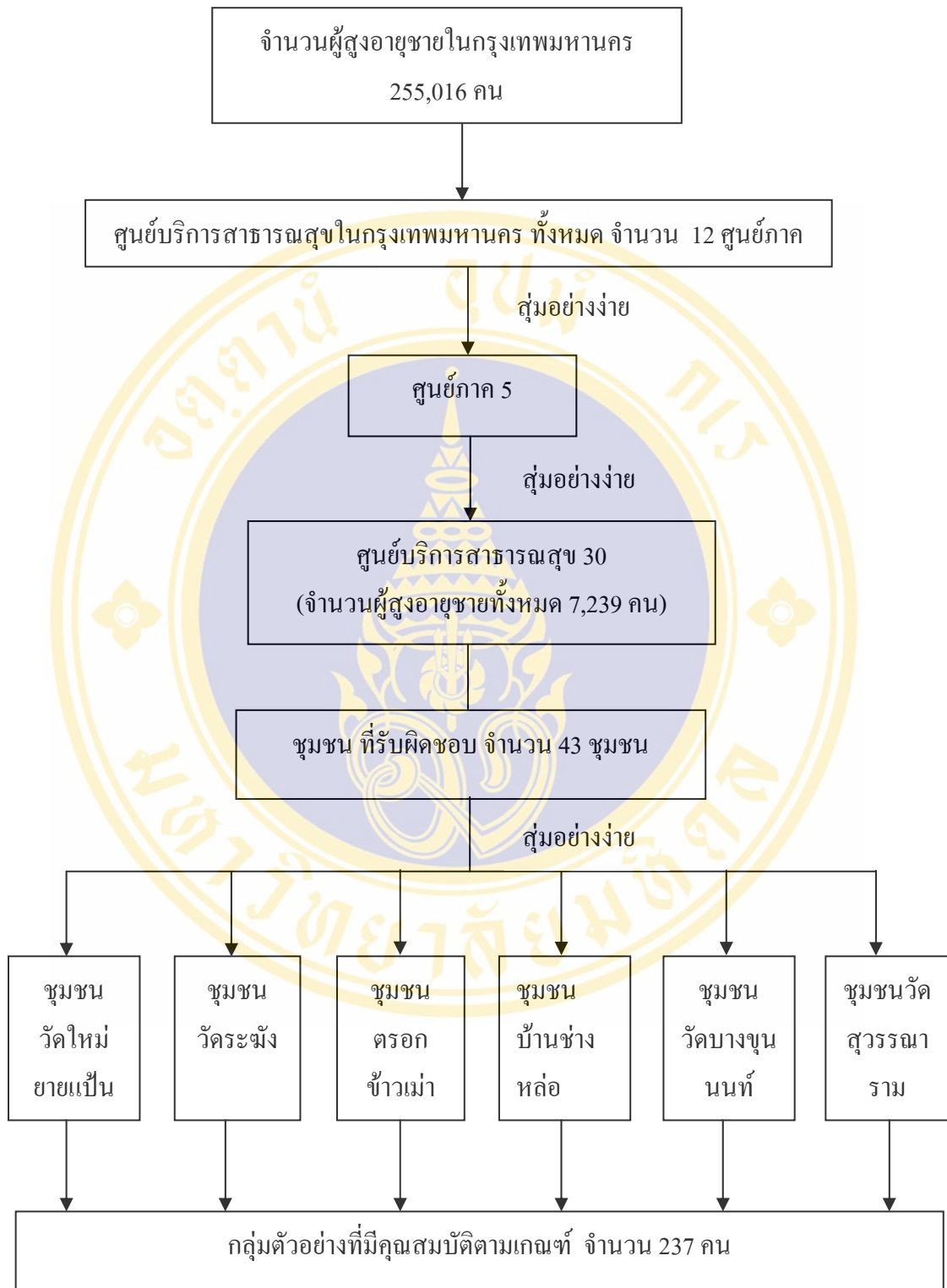
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัย ด้านบุคคล (อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว) ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ พฤติกรรมในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ในบทนี้เป็นการนำเสนอระเบียบวิธีวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานครพบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุชาย จำนวน 255,016 คน (The office of the National Economic and Social Development Board, 2006)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis (Polit and Beck, 2004: 498-500) ซึ่งกำหนดให้มีค่าอิทธิพลขนาดเล็ก (Effect size) เท่ากับ .20 Power เท่ากับ .80 และค่า Alpha (α) เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 197 คน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น อีกร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 237 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยดำเนินการสุ่มเป็นขั้นตอน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 ดังนี้



แผนภูมิที่ 3 แสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling)

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกศูนย์ภาคจากจำนวนทั้งหมด 12 ศูนย์ภาค โดยการจับสลากได้ศูนย์ภาคที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคือศูนย์ภาค 5

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกศูนย์บริการสาธารณสุขจากศูนย์ภาค 5 โดยการจับสลากได้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คือศูนย์บริการสาธารณสุข 30

ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกชุมชนที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 30 ซึ่งจำนวนทั้งหมด 43 ชุมชน โดยการจับสลากได้ชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ชุมชน คือ ชุมชนวัดใหม่ยายเป็น ชุมชนวัดระฆัง ชุมชนตรอกข้าวเม่า ชุมชนบ้านช่างหล่อ ชุมชนวัดบางขุนนนท์ และชุมชนวัดสุวรรณาราม

ขั้นที่ 4 เลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 6 ชุมชนที่ได้ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 237 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก
2. อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานครที่สุ่มได้อย่างน้อย 1 ปี
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
4. สม่ครใจเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งทุกชนิด
2. ผู้สูงอายุชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม หรือโรคซึมเศร้า

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

ผู้ยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัยขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ โดยประเมินจากผลรวมคะแนนที่แสดง การรับรู้อาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจาก I-PSS (International prostate symptom score) ของ World Health Organization (WHO) แปลเป็นไทยโดยนายแพทย์ อนุพันธ์ ตันติวงศ์ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ความรู้สึก ลักษณะการถ่ายปัสสาวะ จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายปัสสาวะ จำนวน 7 ข้อ โดยมีการให้คะแนนดังนี้

0 = ไม่มีอาการเลย

1 = มีอาการนานๆครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง

2 = มีอาการบ่อยแต่ไม่น้อยกว่า 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง

3 = มีอาการบ่อยพอสมควรประมาณ 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง

4 = มีอาการบ่อยมากกว่า 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง

5 = มีอาการบ่อยมากเกือบทุกครั้ง

ทั้งนี้กำหนดเกณฑ์ในการแปลผลตามระดับความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติดังรายละเอียดดังนี้

ถ้าคะแนน 1-7 คะแนน แสดงว่ามีระดับความรุนแรงของอาการน้อย

ถ้าคะแนน 8-17 คะแนน แสดงว่ามีระดับความรุนแรงของอาการปานกลาง

ถ้าคะแนน 18-35 คะแนน แสดงว่ามีระดับความรุนแรงของอาการมาก

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0-35 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงมีความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติยิ่งมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในอดีต และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender)

3.1 พฤติกรรมในอดีต ประเมินจากคะแนนความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากของกลุ่มตัวอย่างก่อน 1 ปี นับจากวันเก็บข้อมูล ประกอบด้วย การดื่มสุรา สูบบุหรี่ บริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและเนื้อสัตว์ เป็นประจำ และพฤติกรรมเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender)

ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวกและทางด้านลบทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำทุกครั้ง หรือทุกวัน

| | | |
|------------------|---------|--|
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | หมายถึง | ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็น ส่วนมาก หรือ 3-5 วันต่อสัปดาห์ |
| ปฏิบัตินานๆครั้ง | หมายถึง | ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็น บางครั้ง หรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์ |
| ไม่ปฏิบัติ | หมายถึง | ผู้สูงอายุไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เลย |

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ถ้าตอบ

| ข้อความด้านบวก | | | | ข้อความด้านลบ | | |
|------------------|-----|---|-------|---------------|---|-------|
| ปฏิบัติสม่ำเสมอ | ให้ | 4 | คะแนน | ให้ | 1 | คะแนน |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | ให้ | 3 | คะแนน | ให้ | 2 | คะแนน |
| ปฏิบัตินานๆครั้ง | ให้ | 2 | คะแนน | ให้ | 3 | คะแนน |
| ไม่ปฏิบัติเลย | ให้ | 1 | คะแนน | ให้ | 4 | คะแนน |

การคิดคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในอดีตรายข้อ และการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดี ปานกลาง และไม่ดีโดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประกอบ กรรณสูต, 2542) ดังนี้

| | | |
|-------------------|---------------|--|
| คะแนนเฉลี่ย 1-2 | คะแนน หมายถึง | ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในอดีตดี |
| คะแนนเฉลี่ย 2.1-3 | คะแนน หมายถึง | ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในอดีตระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ย 3.1-4 | คะแนน หมายถึง | ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในอดีตไม่ดี |

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 1-16 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากสูง

3.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ประเมินจากคะแนนความถี่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้านดังนี้คือ

| | | |
|---------------------------|---|-----|
| 1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ | 6 | ข้อ |
| 2. กิจกรรมทางร่างกาย | 3 | ข้อ |
| 3. โภชนาการ | 5 | ข้อ |
| 4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล | 4 | ข้อ |

- | | | |
|---------------------------|---|-----|
| 5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ | 3 | ข้อ |
| 6. การจัดการกับความเครียด | 6 | ข้อ |

คิดคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากโดยรวมจากข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ และการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 27-108 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประกอบ กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 27-54 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 54.1-81 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 81.1-108 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 27-108 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากยิ่งดี

การคิดคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากรายด้าน

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อและการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 6-24 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประกอบ กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 6-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 12.1-18 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 18.1-24 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 6-24 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพยิ่งดี

2. ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ และการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 3-12 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3-6 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 6.1-9 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 9.1-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 3-12 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านกิจกรรมด้านร่างกายยิ่งดี

3. ด้านโภชนาการ

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ และการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 5-20 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 5-10 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านโภชนาการ ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 10.1-15 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านโภชนาการ ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 15.1-20 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านโภชนาการ ระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 5-20 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านโภชนาการยิ่งดี

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ และการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 4-16 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4-8 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 8.1-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 12.1-16 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 4-16 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ยิ่งดี

5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 3 ข้อ และการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 3-12 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3-6 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านพัฒนาทางจิตวิญญาณ ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 6.1-9 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านพัฒนาทางจิตวิญญาณ ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 9.1-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 3-12 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณยิ่งดี

6. ด้านการจัดการกับความเครียด

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อและการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 6-24 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 6-12 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านการจัดการกับความเครียด ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 12.1-18 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านการจัดการกับความเครียด ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 18.1-24 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านการจัดการกับความเครียด ระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 6-24 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากด้านการจัดการกับความเครียดยิ่งดี

การคิดคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากรายข้อ และการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-2 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.1-3 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.1-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 1-4 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในข้อนั้นๆ ยิ่งดี

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender) ประกอบด้วยข้อคำถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อผลที่ได้รับในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้าน กิจกรรมทางด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ โภชนาการที่ดี การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวกและด้านลบ ทั้งหมดจำนวน 38 ข้อ

| | | |
|--|----|-----|
| 4.1 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | 11 | ข้อ |
| 4.1 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | 13 | ข้อ |
| 4.3 การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | 14 | ข้อ |

ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความเป็นส่วนมากหรือเกือบทุกครั้ง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงข้ามกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ถ้าตอบ

| ข้อคำถามด้านบวก | | | | ข้อคำถามด้านลบ | | | |
|----------------------|-----|---|-------|----------------|---|-------|--|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ให้ | 4 | คะแนน | ให้ | 1 | คะแนน | |
| เห็นด้วย | ให้ | 3 | คะแนน | ให้ | 2 | คะแนน | |
| ไม่เห็นด้วย | ให้ | 2 | คะแนน | ให้ | 3 | คะแนน | |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ให้ | 1 | คะแนน | ให้ | 4 | คะแนน | |

4.1 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ประเมินจากคะแนนการรับรู้ความคิดเห็น ของผู้สูงอายุชายเกี่ยวกับผลที่ได้รับในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เช่น การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก กิจกรรมทางด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ ได้แก่การ

รับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด 11 ข้อ

การคิดคะแนนและการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 11-44 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 11-22 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 22.1- 33คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 33.1-44 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 11-44 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยิ่งดี

การคิดคะแนนรายชื่อของการรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคิดและการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-2 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.1-3 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.1-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 1-4 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในข้อนั้นๆยิ่งดี

4.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ประเมินจากคะแนนการรับรู้ ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่ออุปสรรคขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ได้แก่ ไม่มีเวลา อายุ ไม่มีค่าบริการตรวจคัดกรอง และมีความยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การบริโภค

อาหารที่มีไขมันสูง เนื้อสัตว์เป็นประจำ เพื่อให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบทั้งหมด 13 ข้อ

การคิดคะแนนและการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 13-52 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 13-26 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 26.1- 39คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 39.1-52 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับต่ำ

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 13-52 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยิ่งน้อย

การคิดคะแนนรายชื่อของ การรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคิดและการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-2 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.1-3 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.1-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 1-4 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในข้อนั้นๆ ยิ่งมาก

4.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ประเมินจากคะแนนความคิดเห็นของผู้สูงอายุชายต่อความรู้สึกนึกคิดเชื่อมั่นในความสามารถของตน ในการที่จะทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียดและสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ที่บรรลุเป้าหมายที่

กำหนดไว้ให้สำเร็จโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ประกอบด้วยข้อความทางด้านบวก และด้านลบทั้งหมด 14 ข้อ

การคิดคะแนนและการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 14-56 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 14-28 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 28.1- 42คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 42.1-56 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 14-56 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในข้อนั้นๆ ยิ่งดี

การคิดคะแนนรายข้อของ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคิดและการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-2 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.1-3 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.1-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 1-4 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในข้อนั้นๆ ยิ่งสูงมาก

ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อความทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือกคือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบางครั้ง และไม่ได้รับ ถ้าได้รับ

ให้เลือกแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลด้านสัมพันธภาพ ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ

ได้รับเป็นประจำ หมายถึงท่านได้รับคำแนะนำสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นประจำสม่ำเสมอ

ได้รับบางครั้ง หมายถึงท่านได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลดังกล่าวเป็นบางครั้ง

ไม่ได้รับ หมายถึงท่านไม่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลดังกล่าวเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ได้รับเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน

ได้รับบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่ได้รับ ให้ 1 คะแนน

การคิดคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อและการแปลผลคะแนน จะมีค่าตั้งแต่ 1-3 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าพิสัย (ค่าคะแนนสูงสุด – ค่าคะแนนต่ำสุด) / 3 (ประคอง กรรณสูต, 2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-1.6 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.7-2.2 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.3-3 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

การแปลผลคะแนนที่เป็นไปได้มีค่า 1-3 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงถึงได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมาก

ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้คะแนนรวมในการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ คะแนนยิ่งสูงแสดงถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากของผู้สูงอายุยิ่งดี

การสร้างเครื่องมือและการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสัมภาษณ์จากการทบทวนวรรณกรรม จากตำรา งานวิจัย และเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง
2. สร้างข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์และกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน

3. ประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ท่าน และแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ 1 ท่านเพื่อตรวจความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา พร้อมทั้งภาษาในข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาแก้ไขปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปใช้

4. ทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient alpha or Cronbach coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

| | |
|---|-------|
| แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก | = 0.8 |
| แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในอดีต | = 0.6 |
| แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | = 0.9 |
| แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | = 0.8 |
| แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง | = 0.8 |
| แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม | = 0.9 |

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์จะไม่มีการระบุชื่อ-สกุล และข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยจะถือเป็นการลับ จะไม่เปิดเผยถึงแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคล
2. การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะนำแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง ในสถานที่ที่เหมาะสม ใช้ทำที่และถ้อยคำที่เหมาะสมและให้เกียรติแก่ผู้สูงอายุ
3. แบบสัมภาษณ์ที่ได้ จะเก็บรักษาไว้และจะไม่เปิดเผยแก่บุคคลที่มีได้เกี่ยวข้องกับ การวิจัยโดยเด็ดขาด
4. ผู้เข้าร่วมวิจัย จะไม่ตอบแบบสัมภาษณ์ข้อใดก็ได้ และสามารถขอถอนตัวจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา

5. ในกรณีที่ผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับคำแนะนำให้ไปรับการตรวจรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก ณ สถานบริการทางการแพทย์ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2551 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 5 คน ที่ผ่านการอบรมเรื่องการใช้แบบสัมภาษณ์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบประธานชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน แนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
2. ประธานชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนพาผู้วิจัย ไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านพร้อมทั้งแนะนำตัว และขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากได้รับการยินยอมจากการลงนามของกลุ่มตัวอย่างจึงเริ่มสัมภาษณ์
3. ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม โดยลำดับดังนี้คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในอดีต และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อ คน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 237 คนใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ ตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2551

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการนำเสนอข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ลักษณะประชากร ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ พฤติกรรม

ในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

2. สถิติอ้างอิง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

สถิติวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก กับตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ด้วยสถิติที (Independent t-test)

สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้แก่สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) กำหนดค่า $\alpha = 0.05$

สถิติวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก จากตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ พฤติกรรมในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ วิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) กำหนดค่า $\alpha = 0.05$

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านบุคคล (อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว) พฤติกรรมในอดีต ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ.2551 โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 237 ราย ในบทนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Independent t-test, Pearson's Product Moment correlation และ Stepwise Multiple Regression ซึ่งในบทนี้นำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ พฤติกรรมในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ พฤติกรรมในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุของตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ พฤติกรรมในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประชากร (n = 237)

| ลักษณะประชากร | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| อายุ (ปี) | | |
| 60- 64 ปี | 90 | 38.0 |
| 65-69 ปี | 49 | 20.7 |
| 70-74 ปี | 56 | 23.6 |
| 75-79 ปี | 29 | 12.2 |
| ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป | 13 | 5.5 |
| $\bar{X} = 67.9$, $S.D = 7.1$, $\min = 60$ ปี , $\max = 92$ ปี | | |
| สถานภาพสมรส | | |
| คู่ | 172 | 72.6 |
| หม้าย/หย่า/แยก | 40 | 16.9 |
| โสด | 25 | 10.5 |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 10 | 4.2 |
| ประถมศึกษา | 143 | 60.3 |
| มัธยมศึกษา | 69 | 29.1 |
| ปริญญาตรี | 12 | 5.1 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 3 | 1.3 |

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประชากร (n = 237) (ต่อ)

| ลักษณะประชากร | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------|-------|--------|
| อาชีพในอดีต (ก่อนอายุ 60 ปี) | | |
| รับจ้าง | 109 | 46.0 |
| รับราชการ | 48 | 20.3 |
| ค้าขาย | 40 | 16.9 |
| ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเฉยๆ | 27 | 11.4 |
| เกษตรกรกรรม | 9 | 3.8 |
| อุตสาหกรรม | 4 | 1.7 |
| อาชีพในปัจจุบัน | | |
| ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเฉยๆ | 116 | 48.9 |
| รับจ้าง | 47 | 19.8 |
| ค้าขาย | 41 | 17.3 |
| ข้าราชการบำนาญ | 27 | 11.4 |
| เกษตรกรกรรม | 6 | 2.5 |
| รายได้ของครอบครัวต่อเดือน | | |
| < 5,000 | 142 | 59.9 |
| 5,000 – 10,000 | 43 | 18.1 |
| 10,001 – 20,000 | 27 | 11.4 |
| 20,001 – 50,000 | 18 | 7.6 |
| > 50,000 | 7 | 3.0 |
| แหล่งที่มาของรายได้ | | |
| ตนเอง | 89 | 37.5 |
| บุตร | 85 | 35.9 |
| เงินบำนาญ | 27 | 11.4 |
| ภรรยา | 21 | 8.9 |
| ญาติ/หลาน | 15 | 6.3 |

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประชากร (n = 237) (ต่อ)

| ลักษณะประชากร | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------|-------|--------|
| ความเพียงพอของรายได้ | | |
| เพียงพอ | 137 | 57.8 |
| เพียงพอเหลือเก็บ | 18 | 7.6 |
| ไม่เพียงพอ | 63 | 26.6 |
| ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน | 19 | 8.0 |
| สิทธิในการรักษาพยาบาล | | |
| บัตรทอง | 127 | 53.6 |
| ต้นสังกัด | 66 | 27.8 |
| จ่ายเอง | 39 | 16.5 |
| ประกันชีวิต | 5 | 2.1 |
| การตรวจร่างกายประจำปี | | |
| ทุกปี | 113 | 47.7 |
| เป็นบางครั้ง | 26 | 11.0 |
| ไม่เคยไปรับการตรวจ | 98 | 41.4 |
| การตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก | | |
| ทุกปี | 36 | 15.2 |
| เป็นบางครั้ง | 13 | 5.5 |
| ไม่เคยไปรับการตรวจ | 188 | 79.3 |

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.7 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 72.6 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 60.3 ได้รับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ พบว่าร้อยละ 46 ในอดีตประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.9 ในปัจจุบันไม่ได้ทำงาน และร้อยละ 59.9 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 37.5 แหล่งของรายได้มาจากตนเอง รองลงมา ร้อยละ 35.9 แหล่งของรายได้มาจากบุตร ร้อยละ 57.8 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกรายได้ของครอบครัวมีความเพียงพอกับความต้องการ ร้อยละ 53.6 ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 47.7 ไปรับการตรวจร่างกายประจำปี เป็นประจำ และร้อยละ 79.3 ไม่เคยไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ภาวะสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วย (n = 237)

| ภาวะสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ภาวะสุขภาพ | | |
| สมบูรณ์แข็งแรงดีเยี่ยม | 3 | 1.3 |
| สมบูรณ์แข็งแรงดีมาก | 13 | 5.5 |
| สมบูรณ์แข็งแรงดี | 65 | 27.4 |
| สมบูรณ์แข็งแรงพอใช้ | 109 | 46.0 |
| สุขภาพไม่ดี | 47 | 19.8 |
| ประวัติการเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) | | |
| ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ | 67 | 28.2 |
| มีโรคประจำตัว | 170 | 71.8 |
| ความดันโลหิตสูง | 59 | 24.9 |
| เบาหวานและความดันโลหิตสูง | 31 | 13.1 |
| ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ | 23 | 9.7 |
| ต่อมลูกหมากโต | 12 | 5.1 |
| ต่อมลูกหมากโตและเคยได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากโต | 10 | 4.2 |
| เบาหวาน | 9 | 3.8 |
| ความดันโลหิตสูงและเบาหวานและโรคหัวใจ | 9 | 3.8 |
| ถุงลมโป่งพอง | 5 | 2.1 |
| ต่อมลูกหมากอักเสบ | 4 | 1.7 |
| เบาหวานและโรคหัวใจ | 4 | 1.7 |
| โรคไตวายเรื้อรัง | 4 | 1.7 |

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 46 มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงพอใช้ และ ร้อยละ 71.8 มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยเป็น โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 24.9) และมีเพียงร้อยละ 9.3 ที่พบว่ามีความผิดปกติของต่อมลูกหมาก

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ พฤติกรรมในอดีต และการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม โดยหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน (n=237)

| ตัวแปร | \bar{X} | S.D | ระดับคะแนน |
|--|-----------|------|------------|
| คะแนนรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก | 74.9 | 10.8 | ปานกลาง |
| ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ | 10.1 | 1.9 | สูง |
| ด้านการจัดการกับความเครียด | 18.4 | 3.1 | สูง |
| ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ | 15.4 | 3.1 | ปานกลาง |
| ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย | 7.7 | 3.0 | ปานกลาง |
| ด้านโภชนาการ | 13.2 | 2.5 | ปานกลาง |
| ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล | 10.2 | 2.6 | ปานกลาง |

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=74.9$, S.D. = 10.8) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (ตารางที่ 11 ภาคผนวก ฉ) จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเกี่ยวกับระบบปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะไม่พุ่ง (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 54.9, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 17.7) ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดได้แก่ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก เช่น ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะไหลเอื่อย (ปฏิบัติ

สม่ำเสมอ ร้อยละ 16.0, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 17.3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมด้านร่างกายทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง พบว่าออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง โยคะ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 36.7, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 16.9) และออกกำลังกาย นานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวัน (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 31.2, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 19.4) ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านโภชนาการ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่รับประทานผักใบเขียว เช่น คื่นช่าย ผักบุ้ง กวางตุ้ง หัวกะหล่ำปลี หรือดอกกะหล่ำ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 40.5, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 35.4) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ ดื่มนมอย่างน้อย 1 แก้วต่อวัน (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 16.9, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 12.2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่สมาชิกในครอบครัว เช่น ภรรยา หรือบุตร ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของท่าน (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 58.6, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 24.5) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนในวัยเดียวกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะมะเร็งต่อมลูกหมาก (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 10.5, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 10.5) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการพัฒนาทางจิตวิญญาณทุกข้ออยู่ในระดับสูง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่การใช้สติในการดำเนินชีวิต (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 70.9, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 21.1) และค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการกับความเครียด โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่นอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 56.1, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 33.8) และแบ่งเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 49.8, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 38.8)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ (n=237)

| ระดับความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ระดับความรุนแรงของอาการน้อย | 206 | 86.9 |
| ระดับความรุนแรงของอาการปานกลาง | 25 | 10.6 |
| ระดับความรุนแรงของอาการสูง | 6 | 2.5 |

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.9 มีระดับความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติอยู่ในระดับน้อย ซึ่งผู้วิจัยแปลผลมาจากเกณฑ์ของ I-PSS (International prostate symptom score) ของ World Health Organization (WHO) แปลเป็นไทยโดยนายแพทย์ อนุพันธ์ ตันติวงศ์

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของพฤติกรรมในอดีต
จำแนกรายข้อ (n=237)

| พฤติกรรมในอดีต | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง | ไม่ ปฏิบัติ | ค่า เฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วน เบี่ยง เบน มาตร- ฐาน (S.D) | ระดับ |
|---|---------------------|----------------------|--------------------------|----------------|--------------------------------|--|-------------|
| การใช้ถุงยาง อนามัยขณะมี เพศสัมพันธ์ | 12 (5.1%) | 8 (3.4%) | 13 (5.5%) | 204 (86.1%) | 3.7 | 0.8 | ไม่ดี |
| ดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ | 140 (59.1%) | 44 (18.6%) | 26 (11.0%) | 27 (11.4%) | 3.3 | 1.0 | ไม่ดี |
| บริโภคอาหาร ที่มีไขมันสูง หรือเนื้อสัตว์ สุบบุหรี่ | 52 (21.9%) | 131 (55.3%) | 31 (13.1%) | 23 (9.7%) | 2.1 | 0.9 | ปาน กลาง |
| | 38 (16.0%) | 9 (3.8%) | 18 (7.6%) | 172 (72.6%) | 1.6 | 1.0 | ดี |

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในอดีตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.7$, S.D. = 0.9) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมในอดีตเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเลียงในอดีตที่ไม่ดี คือ ด้านเพศสัมพันธ์โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 86.1) และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 59.1, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 18.6) สำหรับการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง หรือเนื้อสัตว์ อยู่ในระดับปานกลาง (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 21.9, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 55.3) และ การสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี (ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 72.6)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับคะแนนของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=237)

| ตัวแปร | \bar{X} | S.D | ระดับ คะแนน |
|---|-----------|-----|----------------|
| การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | 35.1 | 3.8 | สูง |
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง | 42.7 | 4.4 | สูง |
| การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | 37.6 | 5.7 | ปานกลาง |

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=35.1$, S.D. = 3.8) และการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=42.7$, S.D. = 4.4) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=37.6$, S.D. = 5.7) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ฉ) การรับรู้ประโยชน์พบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับสูง พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากช่วยวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรกได้ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 24.1, เห็นด้วย ร้อยละ 74.7) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำสุดได้แก่ การมีคู่นอนหลายคนสามารถเพิ่มความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 13.1, เห็นด้วย ร้อยละ 70.0) สำหรับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากเพราะค่าบริการตรวจมีราคาแพง (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 8.4, เห็นด้วย ร้อยละ 33.3) เพราะไม่มีเวลา (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 16.3, เห็นด้วย ร้อยละ 28.7) เพราะรู้สึกอาย (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 5.9, เห็นด้วย ร้อยละ 24.1) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าสามารถสังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะได้ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 16.0, เห็นด้วย ร้อยละ 83.5) สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ที่มีไขมันมาก (เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 19.0, เห็นด้วย ร้อยละ 73.0)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและ แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายชื่อ (n=237)

| ข้อความ | ได้รับการสนับสนุนทางสังคม | | | ไม่ได้รับ | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) |
|--|------------------------------|------------------|---------------|----------------|----------------------------|-------------------------------|
| | แหล่งของการได้รับการสนับสนุน | สมาชิกในครอบครัว | เพื่อน | | | |
| 1. การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก | 14 (5.9%) | 20 (8.4%) | 93 (39.2%) | 110 (46.5%) | 1.4 | 1.4 |
| 2. การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก | 24 (10.1%) | 24 (10.1%) | 85 (35.9%) | 104 (43.9%) | 1.4 | 1.4 |
| 3. การได้รับการแนะนำให้ไปรับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก | 26 (11.0%) | 9 (3.8%) | 71 (30.0%) | 131 (55.2%) | 1.1 | 1.3 |
| 4. การได้รับการสนับสนุนด้านค่าตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก | 40 (18.1%) | 3 (1.3%) | 40 (16.9%) | 154 (63.7%) | 0.7 | 1.1 |
| 5. การได้รับกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก | 74 (31.2%) | 9 (3.8%) | 27 (11.4%) | 127 (53.6%) | 0.7 | 1.0 |

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมากที่สุดด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 39.2) คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 35.9) การแนะนำให้ไปรับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 30.0) และได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุดด้านค่าตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 18.1) และกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 31.2) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านค่าตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากมากที่สุด (ร้อยละ 63.7) รองลงมาได้แก่ไม่ได้รับคำแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 55.2) และไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 53.6)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว โดยใช้ Independent t-test

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว

| ตัวแปร | N | \bar{X} | S.D. | T | df | p-value |
|----------------------|-----|-----------|-------|---------|---------|---------|
| อายุ | | | | | | |
| - 60-69 ปี | 139 | 73.50 | 11.39 | 0.762 | 223.549 | 0.447 |
| - 70 ปีขึ้นไป | 98 | 74.57 | 10.05 | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| - คู่ | 172 | 74.62 | 10.74 | 1.549 | 112.127 | 0.124 |
| - โสด/หม้าย/หย่า/แยก | 65 | 72.15 | 11.02 | | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| - ประถมศึกษา | 153 | 72.08 | 10.81 | 3.724** | 180.685 | <0.001 |
| - สูงกว่าประถมศึกษา | 84 | 77.33 | 10.13 | | | |

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว (ต่อ)

| ตัวแปร | N | \bar{X} | S.D. | t | df | p-value |
|--------------------------|-----|-----------|-------|---------|---------|---------|
| รายได้ครอบครัว | | | | | | |
| - < 5,000 บาท/เดือน | 142 | 71.94 | 10.33 | 3.514** | 193.141 | <0.001 |
| - \geq 5,000 บาท/เดือน | 95 | 76.94 | 10.98 | | | |

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุและสถานภาพสมรสต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวต่างกันต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ($n=237$)

| ตัวแปร | พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ | |
|-----------------------------|---------------------------|---------|
| | r. | p-value |
| แรงสนับสนุนทางสังคม | 0.44** | <0.001 |
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง | 0.43** | <0.001 |
| ระดับการศึกษา | 0.23** | <0.001 |
| รายได้ครอบครัว | 0.23** | <0.001 |

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ (n=237) (ต่อ)

| ตัวแปร | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | |
|---|------------------------|---------|
| | r. | p-value |
| การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | 0.16* | 0.012 |
| พฤติกรรมในอดีต | -0.15* | 0.024 |
| การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | -0.10 | 0.115 |
| สถานภาพสมรส | 0.10 | 0.118 |
| อายุ | 0.05 | 0.457 |
| ความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ | -0.03 | 0.605 |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 9 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนตัวแปรอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก กับตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 10 วิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสียหายเรื่องต่อมลูกหมากของกลุ่มตัวอย่าง (n=237)

| ตัวแปรที่เข้าสมการตามลำดับ | สัมประสิทธิ์การ | | R ² | R ² _{change} | t | P |
|--|-----------------|-------|----------------|----------------------------------|---------|--------|
| | ถดถอย | | | | | |
| | b | SE(b) | | | | |
| ค่าคงที่ (Constant) | 23.845 | 6.429 | - | - | 3.709* | <0.001 |
| แรงสนับสนุนทางสังคม | 1.225 | 0.189 | 0.193 | 0.193 | 6.468** | <0.001 |
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง | 0.689 | 0.141 | 0.292 | 0.099 | 4.882** | <0.001 |
| ระดับการศึกษา | 3.894 | 1.219 | 0.322 | 0.030 | 3.193* | 0.002 |
| การรับรู้อุปสรรค | 0.248 | 0.106 | 0.338 | 0.015 | 2.329* | 0.021 |
| R ² = 0.338 R ² _{Adjust} = 0.326 F = 29.573** p < 0.001 | | | | | | |

จากตารางที่ 10 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสียหายเรื่องต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่า ตัวแปรอิสระ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการศึกษา และการรับรู้อุปสรรค มีความสามารถร่วมกันทำนายร้อยละ 33.8 ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสียหายเรื่องต่อมลูกหมากของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดย แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสียหายเรื่องต่อมลูกหมากของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 19.3 (R²=0.193) เมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมรวมกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการศึกษา และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสียหายเรื่องต่อมลูกหมากของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 33.8 (R²=0.338) ซึ่งจะได้นำเสนอการอภิปรายผลในบทต่อไป

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว) พฤติกรรมในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุชายจำนวน 237 คน ใช้เวลาเก็บข้อมูลประมาณ 3 เดือน (ระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2551) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Independent t-test สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ซึ่งในบทนี้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้ ลักษณะประชากรและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ สมมติฐานในการวิจัย และ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ลักษณะประชากรและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ผู้สูงอายุในการศึกษารุ่นนี้ พบว่ามีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุไทยที่ได้จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 60.1 ของผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคู่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.9 เรียนจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอ จาก การศึกษารุ่นนี้พบว่า ร้อยละ 37.5 มีรายได้ของตนเอง รองลงมา ร้อยละ 35.9 มีแหล่งของรายได้มาจากบุตรซึ่งต่างจากข้อมูลผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้มาจากบุตร (ร้อยละ 52.5) และรองลงมา มีรายได้จากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 28.9)

ในด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 28.9 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี และร้อยละ 71.1 มีปัญหาสุขภาพ และพบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดถึงร้อยละ 31.7 กลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติของต่อมลูกหมากค่อนข้างน้อยพบว่า ร้อยละ 9.3 เป็นต่อมลูกหมากโต และ ร้อยละ 1.7 เป็นต่อมลูกหมากอักเสบ และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 86.9 มีระดับความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ในระดับน้อย (ตารางที่ 3) พบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.6) ใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ บัณฑิตประกันสุขภาพ บัณฑิตประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=74.9$, S.D. = 10.8) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จุฑามาศ คำแพรดี (2541) ที่ทำการศึกษากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต จัดอยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 58.7 (ตารางที่ 1) จากการคัดกรองพบว่ากลุ่มนี้มีความผิดปกติของต่อมลูกหมากค่อนข้างน้อย ร้อยละ 9.3 มีอาการต่อมลูกหมากโต และ ร้อยละ 1.7 มีอาการต่อมลูกหมากอักเสบ (ตารางที่ 2) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.9) มีระดับความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติในระดับน้อย (ตารางที่ 3) นอกจากนี้พบว่าการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากไม่ได้มีการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าไม่ได้ป่วยเป็นโรคที่มีความผิดปกติของต่อมลูกหมาก

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ($\bar{X}=10.1$, S.D. = 1.9) และด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X}=18.4$, S.D. = 3.1) อยู่ในระดับสูง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X}=15.4$, S.D. = 3.1) ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ($\bar{X}=7.7$, S.D. = 3.0) ด้านโภชนาการ ($\bar{X}=13.2$, S.D. = 2.5) และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X}=10.2$, S.D. = 2.6) อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5) ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดของพฤติกรรมในแต่ละด้านได้ดังนี้

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=10.1$, S.D. = 1.9) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการพัฒนาทางจิตวิญญาณทุกข้ออยู่ในระดับสูง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือการใช้สติในการดำเนินชีวิต (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 70.9, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 21.1) (ตารางที่ 5)

แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดีมีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่นมีความสงบและพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จซึ่งคล้ายกับการศึกษาของจุฑามาศ คำแพรวดี (2541) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต อยู่ในเกณฑ์ ($\bar{X}=3.37$, S.D. = 0.56) นันทกา คำแก้ว (2547) พบว่าผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) พบว่า การเจริญทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ในระดับดีมาก และวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านนี้อยู่ในระดับค่อนข้างดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชายซึ่งมักแก้ปัญหาแบบการใช้เหตุผล อีกทั้งได้ผ่านประสบการณ์ชีวิตด้านต่างๆ มากมาย ทำให้เข้าใจในธรรมชาติของชีวิตมากขึ้น ขอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มองสภาพความเป็นจริงตามธรรมชาติ เพื่อให้ตนดำรงชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีความสุข (Parse อ้างใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2539)

ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=18.4$, S.D. = 3.1) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถเผชิญความเครียดได้ดี (ตารางที่ 11 ภาคผนวก จ) ได้แก่ การแบ่งเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 49.8, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 38.8) ปรึกษากับบุคคลในครอบครัว เช่น ภรรยา บุตร (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 37.6, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 30.4) และพูดคุยกับบุคคลอื่นเช่น เพื่อน เพื่อผ่อนคลายความเครียด (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 34.2, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 34.6) เมื่อรู้สึกเครียด หงุดหงิด โกรธ หรือกังวล จะทำจิตใจให้สบาย และแสดงออกทางอารมณ์ อย่างเหมาะสม (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 43.9, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 33.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) จุฑามาศ คำแพรวดี (2541) ปราณี ทองพิลา (2542) และศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคต่อมลูกหมากโต โรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=15.4$, S.D. = 3.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่าวิถีชีวิตด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษา มีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ เช่น ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะไม่พุ่ง อย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 54.9) และบ่อยครั้ง (ร้อยละ 17.7) (ตารางที่ 11 ภาคผนวก จ) พบว่ามีเพียง ร้อยละ 28.7 มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมาก ในขณะที่ หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 33.3) ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อรู้สึกว่ามีการผิดปกติเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก เช่น ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะไหลเอื่อย

ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ($\bar{X}=8.2$, S.D. = 3.3) จึงทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองลดลงและทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) และน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) พบว่าการได้รับคำแนะนำ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=7.7$, S.D. = 3.0) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากที่เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายมีการใช้พลังงาน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ หรือเป็นการออกกำลังกายเช่น การเล่นกีฬา การเดินขึ้นลงบันได การทำงานบ้านอยู่ในระดับปานกลางซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ นันทกา คำแก้ว (2547) พบว่า ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ โพธิบาลและคณะ (Pothiban et al., 2002) พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ มีกิจกรรมด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากส่วนใหญ่บอกว่าทำงานบ้านมาทั้งวันแล้ว และรู้สึกเหนื่อยมากกว่าที่จะสามารถทำกิจกรรมอื่นๆ ได้อีก เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า คะแนนกิจกรรมด้านร่างกายทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 11 ภาคผนวก จ) พบว่าออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง โยคะ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 36.7, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 16.9) และออกกำลังกาย นานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวัน (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 31.2, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 19.4)

ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=13.2$, S.D. = 2.5) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากที่เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและโรคที่เป็นอยู่ ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ ฉลาณุวัฒน์ (2541) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับค่อนข้างดี จากการศึกษาของ ลลนา สันตระกูล และรสสุคนธ์ แสงมณี (2540) พบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับค่อนข้างดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ คือ มีระดับการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.3 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 4.2 (ตารางที่ 1) ทำให้มีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ เมื่อพิจารณารายชื่อ (ตารางที่ 11 ภาคผนวก จ) พบว่า ดื่มนมอย่างน้อย 1 แก้วต่อวัน (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 16.9, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 12.2) รับประทานมะเขือเทศ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 17.7, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 25.3) และ ดื่มนมถั่วเหลือง 1 แก้วต่อวัน หรือถั่วเหลือง 1 ถ้วยต่อวัน หรือเต้าหู้แข็งครึ่งก้อน

ต่อวัน (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 14.8, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 19.8 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จุฑามาศ คำแพคดี (2541) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X}=3.18$, S.D. = 0.39)

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=10.2$, S.D. = 2.5) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่บุคคลแสดงถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมีการให้และการรับ ขอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกันมีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายชื่อ คะแนนด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (ตารางที่ 11 ภาคผนวก จ) พบว่าแต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.6 โดยมีแหล่งรายได้จากตนเอง ร้อยละ 37.5 และจากบุตร ร้อยละ 35.9 (ตารางที่ 1) ผู้สูงอายุนับว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุดในด้านกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 31.2) (ตารางที่ 7)

กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนในวัยเดียวกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะมะเร็งต่อมลูกหมากในระดับต่ำ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 10.5, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 10.5) แต่มีการรับรู้ข่าวสารในครอบครัว เช่น ภรรยา บุตร ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตน (ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 58.6, ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 24.5) การที่กลุ่มตัวอย่างไม่มีการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นอย่างสม่ำเสมอ อาจเนื่องมาจาก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ตัวบุคคล และสังคมจะค่อยๆ ถอยห่างออกจากกัน โดยจะเกิดอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผู้สูงอายุจะค่อยๆ หลีกห่างจากคนในสังคมหรือลดการปฏิบัติกิจกรรม หรือลดการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสังคม ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Cumings & Henry as cited in Kart, Metress, & Metress, 1988 อ้างใน นันทกา คำแก้ว, 2547) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จุฑามาศ คำแพคดี (2541) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกิจกรรมด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X}=3.18$, S.D. = 0.39)

สมมติฐานในการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่าสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 บางส่วนกล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง

ต่อมลูกหมากต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย, (2535: 116); ศิริพร จันทรไพศรี, (2548) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญมี เทพาทิพย์ (2546) พบว่าชายวัยทองที่มีรายได้ต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ในขณะที่ ปัจจัยด้าน อายุ และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีอายุและสถานภาพสมรส ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วันเพ็ญ แก้วปาน สุรินทร กลัมพากร และพิพัฒน์ ลักษณะิจรัฐกุล (2548) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในประเทศไทย พบว่าอายุ รายได้ และประวัติการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชายวัยทอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรที่ศึกษามีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน อาจส่งผลให้ความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มากนัก

สมมติฐานข้อที่ 2 พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษารั้งนี้ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งพบว่า พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.15, p\text{-value} = 0.024$) (ตารางที่ 9) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวคือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีต มีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันอาจเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ซึ่งจะนำเข้าไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติโดยให้ความสนใจหรือใส่ใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเล็กๆ น้อยๆ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยขึ้น ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Benefit) การรับรู้อุปสรรค (Barriers) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Self-related affect) และ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรติมา สุขเกษม (2544) ที่พบว่า ประสิทธิภาพในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานบริษัทประกันชีวิตในกรุงเทพมหานครได้

สมมติฐานข้อที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.16$, $p\text{-value} = 0.012$) (ตารางที่ 9) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 35.1$, $S.D. = 3.8$) (ตารางที่ 6) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996: 67) ที่กล่าวว่า การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่ได้รับ และประโยชน์ที่เคยได้รับจากการกระทำจะเป็นตัวแทนของความคิดที่ส่งผลทางบวก หรือเป็นการเสริมแรงทางบวกของการกระทำพฤติกรรมนั้น และบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เนื่องจากเชื่อว่า การปฏิบัตินั้นๆ สามารถป้องกันการเกิดโรค หรือลดภาวะการเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้

การศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Vannarit (2000) พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชนบท นั่นคือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ โจนส์และไนส์ (Jones & Nice, 1996) พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายสามารถช่วยลดความเครียด และความกดดันต่างๆ ได้ ซีคริสต วอล์คเกอร์ และเพนเดอร์ (Sechrist, Walke, & Pender, 1987 อ้างใน นันทนาคำแก้ว, 2547) การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ทำให้เกิดประโยชน์คือ เพิ่มสมรรถภาพทางกาย ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น และป้องกันโรคร้ายต่างๆ ได้มากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ คอนน์ (Conn, 1998) ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อว่าการมีกิจกรรมด้านร่างกายมีประโยชน์ต่อสภาพอารมณ์และจิตใจ ทำให้เป็นคนอารมณ์ดี ช่วยลดความวิตกกังวล และจากการศึกษาของ กาญจนา เกษกาญจ (2541), จิตรา จันชนะกิจ (2541), ศิริมาวงศ์ แผลมทอง (2542) และ พรดิมา สุขเกษม (2545) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ อย่างไม่

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.103$, $p\text{-value} = 0.115$) (ตารางที่ 9) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานดังกล่าว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ที่ยังคงแข็งแรง และยังมีความคิดและการตัดสินใจที่ดีอยู่ จึงมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง โดยมองผ่านสิ่งที่จะมาเป็นอุปสรรค ประกอบกับร่างกายที่ยังทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี ดังนั้นจึงไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ถ้ามีความพร้อมในการกระทำต่ำและอุปสรรคมาก พฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในทางกลับกัน ถ้ารับรู้ว่าคุณอุปสรรคนั้นน้อย และมีความพร้อมในการกระทำพฤติกรรมนั้น ความเป็นไปได้ในการกระทำก็มีมาก (Pender, 1996: 69) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Vannarit (2000) พบว่าการรับรู้อุปสรรคไม่มีผลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จิตรา จันชนะกิจ (2541) ปราณี ทองพิลา (2542) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาของ มันทนา อินทร์แพง (2543) พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานข้อที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.43$, $p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 9) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 42.7$, $S.D. = 4.4$) (ตารางที่ 6) สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจว่าตนเองสามารถทำงานได้ในระดับใด โดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะในการทำกิจกรรมนั้นๆ หรือไม่ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมาย มีความรู้สึกรู้สึกดี เชื่อมั่นในความสามารถของตน ในการที่จะกระทำ หรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงภายใต้อุปสรรค หรือสถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซอง ซอง และ โยม (Sohng, Sohng, & Yeom, 2002) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้จากการศึกษาของคลาร์ก และดอดจ์ (Clark & Dodge, 1999) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง สามารถมีพฤติกรรมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้ดี

สมมติฐานข้อที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

แม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าจะแนบแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=8.2$, S.D. = 3.3) แต่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.440$, $p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 9) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อดังกล่าว และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภวรินทร์ หันกิตติ กุล (2539) และน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระชัย ภาณุมาตรสมบัติ และวันเพ็ญ แก้วปาน (2545) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในเชิงบวกระดับต่ำ ($r=0.303$, $p\text{-value}=0.001$) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่ระบุว่าสัมพันธภาพของครอบครัว มีส่วนสนับสนุนให้ บุคคลมีพฤติกรรมที่ยอมรับ และช่วยส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สมมติฐานข้อที่ 7 ความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.034$, $p\text{-value} = 0.605$) (ตารางที่ 9) ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานดังกล่าว จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 86.9) (ตารางที่ 3) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ แก้วปาน สุรินทร กลัมพากร และพิพัฒน์ ลักษณ์มี จรรย์กุล (2545) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชายวัยทอง แสดงว่าความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติไม่มีผลต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากที่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินการสนับสนุนการสื่อสารข้อมูลเรื่องอาการผิดปกติของต่อมลูกหมากให้กว้างขวาง เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

สมมติฐานข้อที่ 8 อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะ ผิดปกติ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากใน ผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่า ตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ระดับการศึกษา และ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถ ร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากของผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 33.8 ($R^2=0.338$, $p\text{-value} < 0.01$) (ตารางที่ 10) แต่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว พฤติกรรมในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็ง ต่อมลูกหมากของผู้สูงอายุชายที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร ได้

จากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) พฤติกรรมสุขภาพเป็น ผลมาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรมในอดีต โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งสภาพร่างกายในส่วนของความรุนแรง ของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ โดยแต่ละพฤติกรรมอาจมีปัจจัยที่มีอิทธิพลที่แตกต่างกันได้ ซึ่งจาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมต่างๆ มีได้แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับการศึกษาและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แม้ จะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยตัวแรกที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแสดงถึงว่า ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับใด จะขึ้นกับระดับแรงสนับสนุนทาง สังคม ของผู้สูงอายุ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็น สิ่งที่ทำให้บุคคลรู้สึกเป็นเจ้าของ ได้รับการยอมรับนับถือ ความรักและมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งเป็น ที่ต้องการของบุคคลอื่น แต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำให้สิ่งใด เพื่อบุคคลอื่นประกอบด้วย การ สนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (instrument support) ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมในทุกด้านจึงสามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของ ผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ รวมทั้งเป็นแนวคิดที่สามารถสนับสนุนและ

ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ ดังเช่นการศึกษาของ สมบัติ ไชยวัฒน์, ยุพิน กลิ่นขจร, ดวงฤดี ลาสุชะ และทิพาพร วงศ์หงส์กุล (2542) พบว่าการที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่นด้านความรักใคร่ผูกพัน การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ จะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังกายกำลังใจในการดูแลตนเอง ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ พารพรม (2545) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว นิธิมา สุภาวี (2545) ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งแสดงว่าบุคคลผู้ซึ่งได้รับการสนับสนุนมากจะสามารถมีการตัดสินใจที่ดี สามารถดำรงวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี และยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวอาจจะเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพอีกด้วย และสุพร เหล่าสวัสดิ์ (2548) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม อายุ และอาการภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง สามารถรวมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของชายวัยทองได้ร้อยละ 36.4

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยตัวที่สองที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 29.2 (ตารางที่ 10) จากแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) การที่บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นผลมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ซึ่งเป็นการตัดสินใจว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรม (outcome expectation) ว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมดังกล่าวแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ เนื่องจากบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะส่งผลให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมและปรารถนาที่จะกระทำ ถึงแม้ว่าผลที่คาดหวังจะไม่เป็นตามที่ต้องการ บุคคลนั้นก็ยังมีความเพียรพยายาม และยืนยันที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา จันทรบัก (2548) และกนกพร อึ้งวัฒนะไพศาล (2549) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด รวมทั้งจากการศึกษาของ ซอง ซอง และโยม (Sohng, Sohng, & Yeom, 2002) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเกาหลีในสหรัฐอเมริกา พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($p < .001$) นอกจากนี้จากการศึกษาของคลาร์ก และดอดจ์ (Clark & Dodge, 1999) ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงสูงอายุจำนวน 570 คนที่ไปตรวจรักษาที่คลินิก

โรคหัวใจ ในรัฐแห่งหนึ่งของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนสูง สามารถมีพฤติกรรมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้ดี

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.23$, $p\text{-value} < 0.01$) (ตารางที่ 9) และเป็นปัจจัยตัวที่สามที่สามารถร่วมทำนายความผันแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 32.2 (ตารางที่ 10) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี และถ้าผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาต่ำ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ไม่ดี ทั้งนี้เพราะการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของการตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของการแสวงหาความรู้และวิธีที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่เสนอว่า ปัจจัยด้านประชากรจะมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสที่ดีในการประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูงมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่า ทำให้มีโอกาสดีในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จูทามาตส์ ค้านเพรดี (2541) ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายที่ดีสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ได้ร้อยละ 46.1 ($p < .001$) ดังนั้นระดับการศึกษาจึง สามารถร่วมทำนายความผันแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้ ร่วมกับปัจจุบันนี้มีการณรงค์เรื่องการดูแลสุขภาพมากขึ้น เช่น การตรวจสุขภาพและการตรวจคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้น คลินิกชายวัยทอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายความผันแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยตัวที่สี่ที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้ แม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเป็นข้อจำกัดของสถิติที่ใช้ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่ศึกษาได้ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับเพนเดอร์ ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้ทางด้านลบ หรือการรับรู้สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่างๆ ที่ไม่สามารถกระทำพฤติกรรมใดๆ ได้ เนื่องจากความไม่สะดวกทางด้านสภาพแวดล้อม เวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น (Pender, 1996) และสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ทองพิลา (2542) พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ มันทนา อินทร์แพง (2543) ซึ่งพบว่า การรับรู้อุปสรรค

ต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท จังหวัดกำแพงเพชร เช่นเดียวกับการศึกษาของ ครุณี ดลรัตน์ภัทร (2545) พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก สามารถร่วมกันทำนายน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ร้อยละ 28.40 ($p < .001$)

อายุ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุไม่สามารถร่วมทำนายความผันแปรพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ คำแพรดี (2541) ที่พบว่าอายุไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้ และวันเพ็ญ แก้วปาน สุรินทร กลัมพากร และพิพัฒน์ ลักษมี จัญญกุล (2545) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชายวัยทองเนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น และมีลักษณะที่มีความเป็นเอกพันธ์สูง (Homogeneous) ทำให้ไม่เกิดการกระจายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สถานภาพสมรส ไม่สามารถร่วมทำนายความผันแปรพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้ เนื่องจากสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ คำแพรดี (2541) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพ คู่ สูงถึงร้อยละ 72.6 (ตารางที่ 1) จึงมีลักษณะที่มีความเป็นเอกพันธ์สูง (Homogeneous) ทำให้ไม่เกิดการกระจายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะลักษณะของสังคมไทยที่พบว่าผู้ชายจะมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ทั้งของส่วนตัวและครอบครัวทำให้บทบาทด้านสถานภาพสมรสต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ชัดเจน

รายได้ครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบว่ารายได้ครอบครัวไม่สามารถร่วมทำนายความผันแปรพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้ แม้ว่าจะพบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) และ จุฑามาศ คำแพรดี (2541) ที่พบว่ารายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุชาย ในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรปราการ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.313$) และไม่สามารถ

ร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้ ทั้งนี้แม้ว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจจะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลสุขภาพ โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูง จะเอื้ออำนวยให้ตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการที่เหมาะสม รวมทั้งจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง (Pender, 1987) แต่ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี หรือมีรายได้สูง ไม่ได้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเสมอไป ดังจะเห็นได้จากอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อที่พบในกลุ่มผู้ที่มีเศรษฐฐานะค่อนข้างดี

พฤติกรรมในอดีต ในการศึกษาพบว่าพฤติกรรมในอดีตไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ พรติมา สุขเกษม (2544) พบว่าประสบการณ์ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานบริษัทประกันชีวิตในกรุงเทพมหานครได้ ($Beta^2 = 0.137$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากความต่างกันในด้านความหมายของพฤติกรรมในอดีต ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมในอดีตหมายถึงพฤติกรรมเฉพาะที่ผู้วิจัยศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก ได้แก่ พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร สูบบุหรี่ และดื่มสุรา นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ และรายได้ครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 15 ภาคผนวก ข) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจส่งผลต่ออำนาจในการทำนายของพฤติกรรมในอดีต ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังที่ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวไว้ว่า ผลโดยตรงของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันอาจเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติโดยให้ความสนใจหรือใส่ใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเล็กๆ น้อยๆ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยขึ้น ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การรับรู้ประโยชน์ (Benefit) การรับรู้อุปสรรค (Barriers) และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Self-related affect)

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่สามารถร่วมทำนายความผันแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้แม้ว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.163$, $p\text{-value} = 0.012$) (ตารางที่ 8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร อึ้งวัฒนะไพศาล (2548) ที่พบว่าการรับรู้

ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการสังกัดสำนักพระราชวัง แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการสังกัดสำนักพระราชวังได้

นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.51, p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 14 ภาคผนวก ข) จึงอาจทำให้อิทธิพลระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ซ้อนกันอยู่ ส่งผลให้การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ได้รับเลือกเข้าไปทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ไม่สามารถร่วมทำนายความผันแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้ ($p > .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จูทามาศ คำแพคดี (2541) ที่พบว่าความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุ ที่มีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะมากน้อยต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 86.9) (ตารางที่ 3) และมีลักษณะที่มีความเป็นเอกพันธ์สูง (Homogeneous) นอกจากนี้อาจมีความคลาดเคลื่อนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เนื่องจากเครื่องมือในการคัดกรองไม่สามารถแยกผู้ที่เป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากออกมาได้ ดังนั้นความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ จึงไม่สามารถร่วมทำนายความผันแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 74.9, S.D. = 10.8$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ และด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.44, p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = 0.43, p\text{-value} < 0.001$) ระดับการศึกษา ($r = 0.23, p\text{-value} < 0.001$) รายได้ครอบครัว ($r = 0.23, p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.16, p\text{-value} < 0.012$) และพฤติกรรมในอดีต ($r = -0.15, p\text{-value} = 0.024$) (ตารางที่ 9) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับ

การศึกษาและการรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 33.8 (ตารางที่ 10) ซึ่งยังเหลืออีกร้อยละ 68.2 ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากยังไม่สามารถอธิบายได้ในการศึกษาครั้งนี้ ที่ทำการศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล ความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม ยังมีตัวแปรอื่นที่ไม่ได้นำมาศึกษา ที่เป็นปัจจัยภายนอก เช่น นโยบายของรัฐ ความเชื่อและวัฒนธรรม การเข้าถึงบริการ เป็นต้น ซึ่งจะได้นำเสนอข้อเสนอแนะดังกล่าวในบทต่อไป



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 237 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2551 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) สถิติ t-test และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) สรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ลักษณะประชากรและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60–69ปี มีสถานภาพสมรสคู่ และ ได้รับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา อาชีพในอดีตส่วนใหญ่ทำงานรับจ้าง ในปัจจุบันไม่ได้ทำงาน และมากกว่าร้อยละ 50 มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน รายได้ส่วนใหญ่มาจากตนเองและบุตร มีความรู้สึกรายได้ของครอบครัวมีความเพียงพอกับความ ต้องการ มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงพอใช้ และมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด และพบว่าความผิดปกติของต่อมลูกหมากส่วนใหญ่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต มีระดับความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติอยู่ในระดับน้อย เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 53.6ไปรับการตรวจร่างกายประจำปี เป็นประจำ และส่วนใหญ่ไม่เคยไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก (ร้อยละ 79.3)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=74.9$, S.D. = 10.8) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ และด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

ได้แก่ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเกี่ยวกับระบบปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะไม่พุ่ง ข้อที่มีคะแนนต่ำสุดได้แก่ไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก เช่น ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะไหลเอื่อย ค่าเฉลี่ยของคะแนนกิจกรรมด้านร่างกายทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง พบว่า ออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง โยคะ และออกกำลังกาย นานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวัน ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านโภชนาการ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่รับประทานผักใบเขียว เช่น คะน้า ผักบุ้ง กวางตุ้ง หัวกะหล่ำปลี หรือดอกกะหล่ำ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ ดื่มนมอย่างน้อย 1 แก้วต่อวันค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่สมาชิกในครอบครัวท่าน เช่น ภรรยา บุตร ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่แลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนในวัยเดียวกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะมะเร็งต่อมลูกหมาก ค่าเฉลี่ยของคะแนนการพัฒนาทางจิตวิญญาณทุกข้ออยู่ในระดับสูงโดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่การใช้สติในการดำเนินชีวิต และค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการกับความเครียด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่นอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน และแบ่งเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

พฤติกรรมในอดีต

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในอดีตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงในอดีตที่ไม่ดี คือ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเสี่ยงในอดีตอยู่ในระดับปานกลาง คือ บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง หรือเนื้อสัตว์ ในขณะที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในอดีตที่ดี คือ การสูบบุหรี่ คือผู้สูงอายุยังคงสูบบุหรี่อยู่เพียงร้อยละ 19.8

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง สำหรับการรับรู้อุปสรรคอยู่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากช่วยวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรกได้ สำหรับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากเพราะค่าบริการตรวจมีราคาแพง ไม่มีเวลาและรู้สึกอาย สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าส่วนใหญ่สามารถสังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะได้ สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ที่มีไขมันมาก

แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขมากที่สุดด้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็ง ต่อมลูกหมาก การแนะนำให้ไปรับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก และได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัวมากที่สุดด้านค่าตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากและกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ในการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และความ รุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองการ สนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อม ลูกหมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัว มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมในอดีต ในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็ง ต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อม ลูกหมากในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมในอดีต และ ระดับการศึกษา มีความสามารถร่วมกันทำนายร้อยละ 33.8 ($R^2 = 0.338$, $p\text{-value} < 0.001$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสามารถนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลในการเสนอแนะ เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลสาธารณสุขควรส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านโภชนาการ เช่น ควรเพิ่มอาหารที่เป็นผักจำพวกผักใบเขียว เช่น คื่นช่าย ผักบุ้ง กวางตุ้ง หัวกะหล่ำปลี หรือดอกกะหล่ำ โดยเฉพาะ มะเขือเทศ และลดการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน ด้านกิจกรรมทางกาย พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
2. จัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมากและส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก
3. จัดตั้งกลุ่มหรือชมรมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพผู้ชายสูงอายุไทย โดยเน้นการประเมินและคัดกรองสุขภาพ โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยง

2. ด้านการศึกษาอบรมทางการพยาบาล

พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมากซึ่งเป็นเรื่องที่ยากและซับซ้อน เนื่องจากสังคมไทยเชื่อว่าสุขภาพทางเพศ เป็นเรื่องส่วนบุคคลที่น่าอาย ทำให้ยากต่อการค้นหาหรือเฝ้าระวัง โดยเฉพาะโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก ดังนั้นควรมีการอบรมเทคนิคการตรวจประเมินความเสี่ยงในระยะแรกให้แก่เจ้าหน้าที่ อาสาสมัคร หรือครอบครัว เพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในกลุ่มผู้สูงอายุชาย

3. ด้านการบริหารจัดการ

1. ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายของสำนักแพทย์และอนามัย กรุงเทพมหานคร ควรให้ความสำคัญกับการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากเชิงรุกให้ครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มชายวัยกลางคน ซึ่งยังไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติของโรค หรือกลุ่มที่มีประวัติโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในครอบครัว
2. ดำเนินการสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสถาบันครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชากรชายให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่องตั้งแต่ในวัยเด็ก
3. สนับสนุนให้มีการสร้างช่องทางสื่อสารผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เพื่อเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ชายให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ในวัยเด็ก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานครเท่านั้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรกลุ่มอื่นได้ ดังนั้นจึงควรศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน และควรศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

2. เนื่องจากผลการศึกษานี้พบว่ามีเพียงปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และการรับรู้อุปสรรค ที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 33.8 ดังนั้นจึงควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยด้านนโยบาย การเข้าถึงบริการ และบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

3. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งผลการศึกษาอาจมีการปะปนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ดังนั้นควรมีการศึกษาติดตามไปข้างหน้าเพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคที่แท้จริง เพื่อวางแผนการจัดบริการเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก
ในผู้สูงอายุ

FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS TO MINIMIZE RISK FOR
PROSTATE CANCER IN OLDER ADULTS

ญาณันท์ รัตนธีรวิเชียร 4836050 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ขวัญใจ อำนาคัตย์เชื้อ, Ph.D., พิชราพร เกิดมงคล, Ph.D.,
วันเพ็ญ แก้วปาน, ส.ด. (บริหารสาธารณสุข), อนุพันธ์ ดันติวงศ์, M.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากใน
ผู้สูงอายุ

ปัจจุบันโครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และ
อุบัติการณ์มะเร็งต่อมลูกหมากจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิต การดำเนินชีวิตประจำวัน
คุณภาพชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว และด้านเศรษฐกิจและสังคม (ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี, 2540
อนุพันธ์ ดันติวงศ์ และคณะ, 2544) มีความรุนแรงถึงชีวิต แต่ถ้าได้รับการวินิจฉัย และได้รับการ
รักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะทำให้มะเร็งต่อมลูกหมากมีโอกาหาย หรือทำให้ระยะรอดชีพยาวนาน
ขึ้น

การวิจัยที่ผ่านมา ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุชายโดยเฉพาะเกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมากยังมีไม่
มาก พบว่าการวิจัยเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดต่อมลูกหมากโตในชายไทย (วงจันทร์ ปริษามาตร,
2528) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต (ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี, 2540) พฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต (จุฑามาศ คำแพคดี, 2541) การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็ง
ต่อมลูกหมากในประเทศไทย (สมหมาย เข้มยิ่ง, 2541) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต และ

วิธีที่เหมาะสมและคุ้มค่าในการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ (อนุพันธ์ ดันติวงศ์ และคณะ, 2544) ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมาทำการศึกษาในผู้ชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของต่อมลูกหมากในสถานบริการ ในขณะที่งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชายที่อยู่ในชุมชนยังมีจำกัด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญและสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก และเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุชายได้รับความรู้และการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก (Screening) รวมทั้งเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก และคุณภาพชีวิตที่ดี

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุต่างกัน
5. พฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชาย
6. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ
7. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ
8. การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

9. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง มะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

10. ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

11. อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

นิยามตัวแปร

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา และ รายได้ครอบครัว

1. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปี นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ถ้ามีเศษ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี

2. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ชายอายุ 60 ปีขึ้นไป แบ่งตามการสมรส โดย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ สถานภาพสมรสคู่ และ สถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่

3. รายได้ครอบครัว หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณเป็นบาทที่ครอบครัวได้รับในแต่ละ เดือนในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) น้อยกว่า 5,000 บาทต่อ เดือน (2) มากกว่าหรือ เท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน

4. ระดับการศึกษา หมายถึงระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่ง ออกเป็น 2 ระดับ คือ (1) ระดับประถมศึกษา (2) ระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า

พฤติกรรมในอดีต หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อม ลูกหมากของกลุ่มตัวอย่างก่อน 1 ปี นับจากวันเก็บข้อมูล คือ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ บริโภคอาหารที่มี ไขมันสูงและเนื้อสัตว์ เป็นประจำ และ พฤติกรรมเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง คະแนนการรับรู้ความ คิดเห็น ของผู้สูงอายุชายเกี่ยวกับผลที่ได้รับในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน

ได้แก่ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เช่นการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก กิจกรรมทางด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการได้แก่การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการกับความเครียด เพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง คະแนนการรับรู้ ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่ออุปสรรคขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ได้แก่ ไม่มีเวลา อายุ ไม่มีค่าบริการตรวจคัดกรอง และมีความยากในการปรับพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เนื้อสัตว์เป็นประจำ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง คະแนนความคิดเห็นของผู้สูงอายุชายต่อความรู้สึกนึกคิดเชื่อมั่นในความสามารถของตน ในการที่จะทำกิจกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียดและสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จ

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง คະแนนการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุได้รับในด้าน อารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ค่าใช้จ่ายและกำลังใจที่ได้รับเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากที่ผู้สูงอายุได้รับจาก ครอบครัว กลุ่มเพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ หมายถึง ความถี่ของอาการผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะที่สามารถบอกลถึงความผิดปกติของต่อมลูกหมาก โดยประเมินจากผลรวมคะแนนที่แสดงอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ลักษณะการถ่ายปัสสาวะ จำนวนครั้ง ความถี่ของการถ่ายปัสสาวะ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมิน I-PSS (International prostate symptom score) ของ WHO (World Health Organization)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมหรือการกระทำที่ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ เกี่ยวกับ การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเกี่ยวกับการปัสสาวะ การสนใจหาความรู้เกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมาก การตรวจคัดกรองโรค การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคมะเร็งต่อมลูกหมากหรืออาหารที่ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก การทำให้จิตใจสงบสุขและการผ่อนคลายความเครียด ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใน 6 ด้าน คือ ความ

รับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) โดยแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง ความถี่ของการกระทำหรือการปฏิบัติกรดำเนินชีวิตประจำวันเกี่ยวกับความสนใจ และการแสวงหาข้อมูลของผู้สูงอายุชาย เกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมาก การขอรับคำแนะนำและคำปรึกษาจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อพบความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

กิจกรรมทางด้านร่างกาย หมายถึง ความถี่ของ การออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้มีเหงื่อออก

โภชนาการ หมายถึง ความถี่ของการปฏิบัติของผู้สูงอายุชายในการบริโภคอาหารที่ช่วยเพิ่มหรือช่วยลดความเสี่ยงต่อมะเร็งต่อมลูกหมาก และอาหารอื่น ๆ ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง ความถี่ของการกระทำหรือการแสดงออกของผู้สูงอายุชายถึงการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ได้รับประโยชน์ของการได้รับการสนับสนุนต่างๆ

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความถี่ของการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกของผู้สูงอายุชายถึงการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้เกิดความรู้สึกสงบสุข มีความสุข มีสติในการดำเนินชีวิต

การจัดการกับความเครียด หมายถึง ความถี่ของกิจกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคล ที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล (อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว) พฤติกรรมในอดีต การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุรวมทั้งความสามารถของปัจจัยดังกล่าวในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุชายอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร และไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งทุกชนิด เป็นโรคสมองเสื่อม หรือโรคซึมเศร้า จำนวน 237 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์อายุ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว และ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ โดยประเมินจากผลรวมคะแนนที่แสดงการรับรู้อาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจาก I-PSS (International prostate symptom score) ของ World Health Organization (WHO) แปลเป็นไทยโดย นายแพทย์ อนุพันธ์ ดันติวงศ์

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในอดีต และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) พฤติกรรมในอดีต หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากของกลุ่มตัวอย่างก่อน 1 ปีนับจากวันเก็บข้อมูล ประกอบด้วยข้อคำถามพฤติกรรมในอดีตจำนวน 4 ข้อ และ ข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก ทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางร่างกาย 3) โภชนาการ 4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 6) การจัดการกับความเครียด

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งหมดจำนวน 38 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ การสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เกี่ยวกับการสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ ทรัพยากร และปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 60–69 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (72.6%) และได้รับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (60.3%) ร้อยละ 46 ในอดีตประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.9 ในปัจจุบันไม่ได้ทำงาน และร้อยละ 59.9 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 37.5 แหล่งของรายได้มาจากตนเอง รองลงมา ร้อยละ 35.9 แหล่งของรายได้มาจากบุตร ร้อยละ 57.8 มีความรู้สึกรายได้ของครอบครัวมีความเพียงพอกับความต้องการ

ภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 46 มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงพอใช้ และ ร้อยละ 71.8 มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 24.9) และพบว่าความผิดปกติของต่อมลูกหมากส่วนใหญ่เป็นโรคต่อมลูกหมากโตมากที่สุด (ร้อยละ 9.3) ร้อยละ 53.6 ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 47.7 ไปรับการตรวจร่างกายประจำปีเป็นประจำ และร้อยละ 79.3 ไม่เคยไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก

ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.9 มีระดับความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติอยู่ในระดับน้อย ซึ่งผู้วิจัยแปลผลมาจากเกณฑ์ของ I-PSS (International prostate symptom score) ของ World Health Organization (WHO) แปลเป็นไทยโดยนายแพทย์ อนุพันธ์ ดันติวงศ์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=74.9$, S.D. = 10.8) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ และด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุและสถานภาพสมรสต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวต่างกันต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมในอดีตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนตัวแปรอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่า ตัวแปรอิสระ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการศึกษา และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 33.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ พบว่าคล้ายคลึงกับประชากรผู้สูงอายุไทยที่ได้จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60–69 ปี มีสถานภาพสมรสคู่และ ได้รับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ข้อมูลด้านเศรษฐกิจพบว่า ในอดีตประกอบอาชีพรับจ้าง ส่วนใหญ่ในปัจจุบันไม่ได้ทำงาน และรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท รายได้ส่วนใหญ่มาจากตนเองและบุตร มีความรู้สึกรายได้ของครอบครัวมีความเพียงพอกับความต้องการ เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาล ไปรับการตรวจร่างกายประจำปี เป็นประจำ และส่วนใหญ่ไม่เคยไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงพอใช้ และมีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยเป็น โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด และพบว่าความผิดปกติของต่อมลูกหมากส่วนใหญ่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติอยู่ในระดับน้อย

พฤติกรรมในอดีต

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในอดีตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงในอดีตที่ไม่ดี ด้านเพศสัมพันธ์โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ และ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สำหรับการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงหรือเนื้อสัตว์ อยู่ในระดับปานกลาง และการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีพบว่ามีเพียงร้อยละ 19.8 ที่ยังคงสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) คือ พฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีตแสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรติมา สุขเกษม (2545) พบว่า ประสิทธิภาพในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 74.9$, S.D. = 10.8) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จุฑามาศ คำแพรวดี (2541) ที่ทำการศึกษากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต จัดอยู่ในเกณฑ์ดี แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ (2541) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลังอยู่ในระดับค่อนข้างดี

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.4$, S.D. = 3.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่าวิถีชีวิตด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางถึงดี

กิจกรรมทางด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 7.7$, S.D. = 3.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทกา คำแก้ว (2547) พบว่า ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง

โภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 13.2$, S.D. = 2.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์ (2541) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับค่อนข้างดี จากการศึกษาของ ลลนา อินทร์กุล และรสสุคนธ์ แสงมณี (2540) พบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับค่อนข้างดี

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=10.2$, S.D. = 2.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทกา คำแก้ว (2547) พบว่าผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระดับปานกลาง ($\bar{X}=14.81$, S.D.=3.05)

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=10.1$, S.D. = 1.9) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ คำแพร่ดี (2541) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต อยู่ในเกณฑ์ดี ($\bar{X}=3.37$, S.D. = 0.56)

การจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=18.4$, S.D. = 3.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) จุฑามาศ คำแพร่ดี (2541) ปราณี ทองพิลา (2542) และศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โรคต่อมลูกหมากโต โรคความดันโลหิตสูง และผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี

การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง สำหรับการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อการรับรู้ประโยชน์ทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากช่วยวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรกได้ สำหรับการรับรู้อุปสรรค พบว่าส่วนใหญ่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากเพราะค่าบริการตรวจมีราคาแพง ไม่มีเวลาและรู้สึกอาย สำหรับการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่าส่วนใหญ่สามารถสังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะได้ สามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ที่มีไขมันมาก

แรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมากที่สุดด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก การแนะนำให้ไปรับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุดด้านค่าตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากและกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุและสถานภาพสมรสต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาและรายได้ครอบครัวต่างกันต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระดับการศึกษา และรายได้ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.44, 0.43, 0.23, 0.23$ ตามลำดับ) ที่ระดับ .01 และตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมในอดีต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.16 และ - 0.15 ตามลำดับ) ที่ระดับ .05

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ระดับการศึกษาและการรับรู้อุปสรรค มีความสามารถร่วมกันทำนายร้อยละ 33.8 ($R^2 = 0.338, p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรจิรา จันทรบค (2548) และกนกพร อึ้งวัฒนะไพศาล (2549) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด การสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ พารพรม (2545) พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว นิธิมา สุภาวิ (2545) พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข พฤติกรรมในอดีต สอดคล้องกับการศึกษาของ พรติมา สุขเกษม (2545) ที่พบว่าประสพการณ์ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

พนักงานบริษัทประกันชีวิตในกรุงเทพมหานคร ได้ ระดับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ คำแพรดี (2541) ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายที่ดี สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ได้ร้อยละ 46.1 ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. เตรียมความพร้อมประชาชนเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลด ความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ
2. จัดอบรมให้ความรู้แก่ครอบครัว และชุมชนเพื่อส่งเสริมบทบาทครอบครัวและชุมชน ในการส่งเสริมผู้สูงอายุ ให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก
3. จัดบริการทางสังคมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ เช่น ส่งเสริมการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

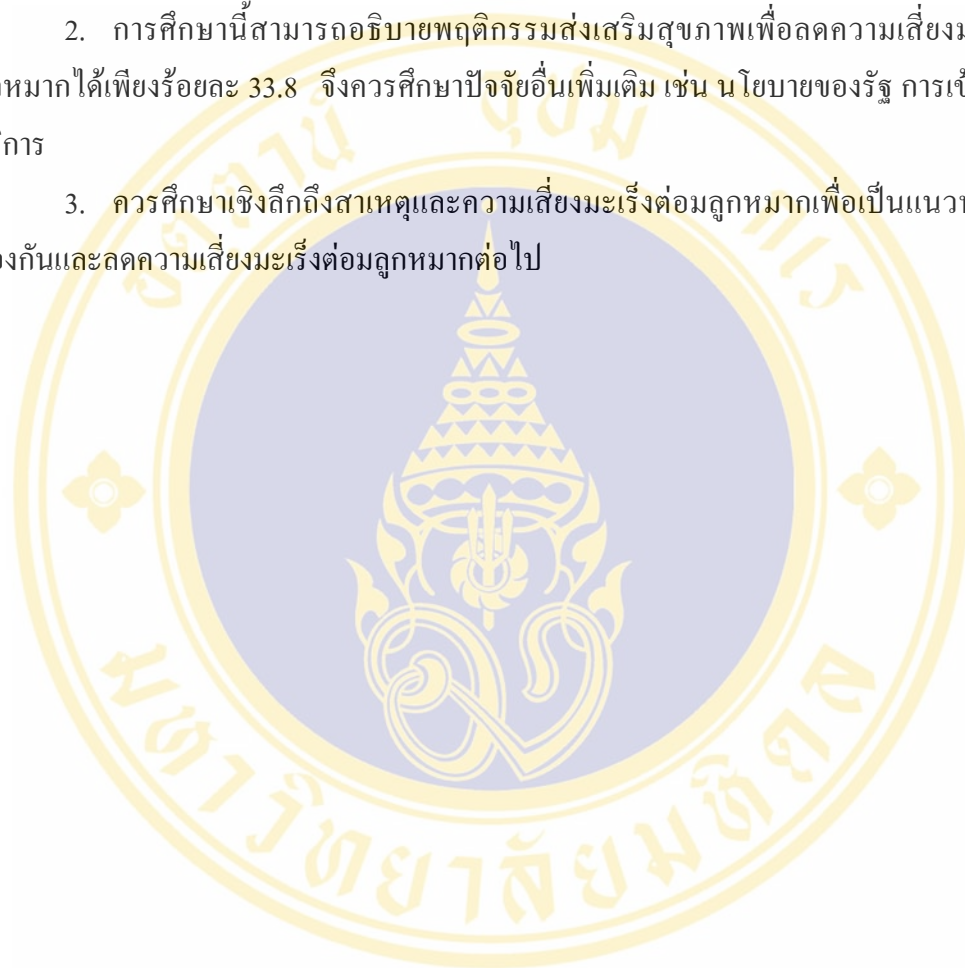
พยาบาลสาธารณสุขหรือนุรูลากรทางสุขภาพควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการ ส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชายไทย โดยเฉพาะการลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากใน ผู้สูงอายุ

3. ด้านการบริหารจัดการ

1. รัฐบาลควรจัดระบบบริการที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย การ บริการที่มีความเหมาะสมและครอบคลุมผู้สูงอายุ
2. สนับสนุนและส่งเสริม ชุมชนและสถาบันครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุให้มีการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง
3. สนับสนุนให้สื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อ ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาประชากรผู้สูงอายุที่ครอบคลุมเขตเมืองและชนบทเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก
2. การศึกษานี้สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้เพียงร้อยละ 33.8 จึงควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น นโยบายของรัฐ การเข้าถึงระบบบริการ
3. ควรศึกษาเชิงลึกถึงสาเหตุและความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากต่อไป



FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS TO MINIMIZE
THE RISK FOR PROSTATE CANCER IN OLDER ADULTS

YANANAN PATANATHERAWICHIAN 4836050 PPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN PUBLIC HEALTH NURSING

THESIS ADVISORY COMMITTEE: KWANJAI AMNATSATSEU, Ph.D.,
PATCHARAPORN KERDMONGKOL, Ph.D., WONPEN KEAWPAN, Dr.P.H.,
ANUPAN TANTIWONG, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Factors Related to Health Promoting Behaviors to Minimize Risk for Prostate Cancer in Older Adults

Prostate cancer has been a significant health problem for older men worldwide. Prevalence of prostate cancer increase with advancing age. Although previous research targeted specifically at older adults with prostate cancer is scarce, negative impacts of prostate cancer on economy and society, family relations, psychological health, and quality of life have been observed among Thai men (Siripan Chansukitmethi, 1997, Anupan Tantiwong and colleagues, 2001). Risk factors and health-promoting behaviors were examined in Older men with Benign Prostatic Hyperplasia (Wongjan Prichamart, 1985; Jutamat Kapraedee, 1998). Cost effectiveness of early prostate cancer detection and survival of prostatic cancer patients were studied in Older Adults (Anupon Tantiwong and colleagues, 2001; Sommai Yaemying, 1998). Prostate cancer is considered as a life threatening, but early diagnosis and treatment can reduce its severity. Previous researches aimed at studying those with prostate abnormalities, there were limited researches regarding health promoting behaviors in risk male who lived in a community, particularly prostate screening. Therefore, factors

related to health promoting behaviors of elder male patients aged 60 years and over, who lived in Bangkok were investigated in order to plan for health promotion program to minimize risks for prostate cancer. Particularly, senior male adults should be advocated about health promoting behaviors and prostate cancer screening to maintain their quality of life.

Research Hypotheses

1. There were mean differences of health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer among men who had different age, marital status, level of education, and family income.
2. Prior behaviors were related to health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer in the elderly.
3. Perceived benefits in practicing health promoting behaviors were related to health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer in the elderly.
4. Perceived obstacles in practicing health promoting behaviors were related to health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer in the elderly.
5. Perceived self-efficacy was related to health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer in the elderly.
6. Social support was related to health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer in the elderly.
7. Abnormal severity of voiding symptoms was related to health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer in the elderly.
8. Age, marital status, level of education, family income, perceived benefits in practicing health promoting behaviors, perceived obstacles in practicing health promoting behaviors, perceived self-efficacy, social support and severity of voiding symptoms can jointly predict health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer in the elderly.

Definition of Variables

Older adults meant men who were aged 60 years and over living in Bangkok and not being diagnosed by a doctor with prostate cancer.

Personal factors meant age, marital status, family income, level of education, occupation and family income.

1. Age meant the full amount of years from the date of birth to the date of the researcher's study. Any portions of time beyond six months were counted as one year.
2. Marital status referred to the status of men over 40 years of age categorized according to marriage by categorizing into 2 groups i.e. married status and single, widowed, divorced or separated status.
3. Family income referred to the approximate amount of baht the family receives each month.
4. Level of education referred to the full amount of years the men aged over 40 years received education counting from the first grade to the highest level of education.

Prior behaviors referred to frequency in practicing the same or similar behaviors to the past practices of male elder adults such as drinking, smoking, consuming fatty foods and meat regularly and sexual behaviors.

Perceived benefits in practicing health promoting behaviors referred to the opinions of elder male adults towards the effects of practicing health promoting behaviors in six areas i.e. responsibilities toward health, physical activity, nutrition, interpersonal relationships, spiritual growth and stress management.

Perceived obstacles in practicing health promoting behaviors referred to the opinions of elderly male adults toward obstacles in practicing behaviors to minimize the risks of prostate cancer i.e. lack of time, embarrassment, lack of screening service fees and difficulty in adjusting risk behaviors such as drinking, smoking, consuming fatty foods and meat in order to have good health behaviors.

Perceived self-efficacy referred to the confidence and belief in their capabilities in performing activities or the six areas of health promoting behaviors such as health responsibility, physical activity, nutrition, interpersonal relationships, spiritual development, stress management and the ability to perform the activities and succeed at set goals.

Social support referred to the perceptions of elderly male adults regarding interactions with others, including emotion support, news and information, materials, and resources that the individual received from family, friends, or healthcare personnel.

Severity of abnormal voiding symptoms referred to abnormal urinary symptoms that could indicate abnormalities of the prostate by evaluating from the total score results that show abnormal symptoms regarding urination, which was evaluated by using the international prostate symptom score of the World Health Organization (WHO).

Health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer referred to activities or practices performed in daily living and aimed a promoting themselves toward good physical and mental health, which was evaluated by questionnaires on health promoting behaviors in 6 areas, including health responsibilities, physical activities, nutrition, interpersonal relations, spiritual growth and stress management according to Pender's conceptual framework (Pender, 2006) with the following details in each area:

- 1 Health responsibilities referred to actions or practices of daily living regarding the interests and responsibilities of elderly male adults in caring for their own health, seeking knowledge about health, requesting advice and consultation from healthcare personnel and screening for abnormalities of the prostate.

- 2 Physical activities referred to the actions or practices of elderly male adults regarding exercise, exercising frequency, avoidance of sitting for long periods of time or abstaining from urination for a long periods of time.

- 3 Nutrition referred to the practices of elderly male adults in eating, dietary characteristics and habits, dietary selections that prevent abnormalities of the prostate, avoidance of alcoholic beverages, avoidance of smoking and maintaining normal nutritional conditions.

- 4 Interpersonal relations referred to the actions or expressions of elderly male adults toward the capabilities to make good relationships with other individuals, which will help receive the benefits of receiving various support.

5 Spiritual growth referred to the actions or exhibited practices of elderly male adults in terms of enthusiasm in practicing various activities, life satisfaction, and realization in giving importance to life.

6 Stress management referred to activities that help minimize stress by taking sufficient rest and expressing appropriate emotion.

Research Methodology

This descriptive research aimed at studying the relationships between personal factors (age, marital status, level of education and family income), past behaviors, perceived benefits in practicing health promoting behaviors, perceived obstacles in practicing health promoting behaviors, perceived self-efficacy, social support, severity of voiding symptoms and health promoting behaviors to minimize the risks of prostate cancer in elderly adults, including the capabilities of the aforementioned factors in the prediction of health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer.

Study population and Sample

The sample comprised of 237 elderly male adults aged over 60 years, living in Bangkok and not having received a diagnosis of any type of prostate cancer, Alzheimer's disease or depression from doctors.

Research Instrumentation: 5 parts interview forms

Part 1: Personal information of the respondents, consisting of age, marital status, family income, and level of education.

Part 2: Abnormal severity of voiding symptoms developed by evaluating from the total scores indicating perceived abnormal voiding symptoms which the researcher implemented from the international prostate symptom score of the WHO and translated into Thai by Dr. Anupan Tantiwong.

Part 3: Prior behaviors and health promoting behaviors to minimize the risks of prostate cancer, which was modified by the researcher based on Pender's conceptual framework. Prior behavior referred to. Prior behavior as past (about 1 year) before interview. It consisted of 4 items, including cigarette smoking, alcohol consumption, nutrition, and sexual activity. Health promoting behaviors consisted of 27 items, categorized into 6 areas: 1) health responsibility, 2) physical activity, 3) nutrition, 4) interpersonal relations, 5) spiritual growth and 6) stress management.

Part 4: Perceived benefits, perceived obstacles, and perceived self-efficacy in practicing health promoting behaviors consisted of 38 items.

Part 5: Social support was modified by the researcher, consisting of 5 questions about information, emotion, material and resources related to prostate cancer screening.

Research Findings

Most of the respondents were aged between 60-69 years, married (72.6%) and finished an elementary education (60.3%). About 46% had worked as employees in the past, 48.9% were currently unemployed. More than a half (59.9%) had family incomes of less than 5,000 baht and 35.9% received income from their children. About 57.8% reported sufficient family income.

In terms of health condition, it was found that 46% perceived good health and 71.8% reported having at least one chronic disease. Hypertension was reported as the most commonly encountered condition (24.9%), whereas benign prostatic hyperplasia was reported as the most common abnormalities of the prostate (9.3%). More than a half (53.6%) used gold card, universal health coverage. Less than a half (47.7%) had yearly physical examinations and 79.3% had never received prostate cancer screening.

According to the criteria of the WHO International Prostate Symptom Scores, translated by Dr. Anupan Tantiwong, most of the respondents (86.9%) had low level severity abnormal voiding symptoms.

Health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer in the elderly

The overall health promoting behaviors to minimize the risks of prostate cancer for the sample group were at a moderate level ($\bar{X}=74.9$, S.D. = 10.8). When considered in terms of different aspects, it was found that spiritual growth and stress management behaviors were at a high level. Behaviors in the areas of health responsibility, physical activities, nutrition and interpersonal relations were at a moderate level.

Relationships between the selected factors and health promoting behaviors to minimize the risks of prostate cancer in the elderly

The variables of perceived self-efficacy in practicing health promoting behaviors, social support, level of education and past behaviors had a positive relationship with health promoting behaviors to minimize the risks of prostate cancer with statistical significance at the level of .01 and the variables of perceived benefits and perceived obstacles in practicing health promoting behaviors had a positive relationship with health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer with statistical significance at the level of .05. Other variables had relationships with health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer with no statistical significance.

Predictive factors of health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer in elderly men

Stepwise multiple regression analysis was employed to investigate predicting factors of health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer in the elderly men, living in Bangkok. Perceived self-efficacy, social support, level of education, and perceived barriers were able to jointly predict 33.8% of variance explained for health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer of the elderly men, living in Bangkok with statistical significance at the level of 0.01.

Discussion of the findings

The characteristics of the respondents were found to be similar to those of elderly men from Thai populations in 2007 (National Statistics Office, 2007). Most of the respondents were aged between 60-69 years, married, and finished an elementary school. The respondents had worked as employees in the past and currently most of them were unemployed and had family income of less than 5,000 baht per month. Most of the respondents reported having at least one chronic disease, perceived fair health, and had never received prostate cancer screening. A few benign prostatic hyperplasia with low severity levels of abnormal voiding symptoms were reported.

Health behaviors to minimize the risks for prostate cancer

From this research, it was found that the sample group had general health promoting behaviors to minimize the risks of prostate cancer at a moderate level ($\bar{X}=74.9$, S.D. = 10.8), which differed from the research of Jutamart Kapraedee (1998) who studied the health promoting behaviors of the elderly with prostatic diseases at ages of over 60 years, finding that the general and individual health promoting behaviors of the elderly with benign prostatic hyperplasia were categorized at a good level. When considered in terms of different aspects, the following was found:

Health responsibility was at a moderate level ($\bar{X}=15.4$, S.D. = 3.1), which was in agreement with the study of Jiraporn Chalanuwat (1998) who found that the sample group had rather good levels of health responsibility.

Physical activities were at a moderate level ($\bar{X}=7.7$, S.D. = 3.0), which was in agreement with the study of Nantaka Kamkaew (2004), who found that older adults with chronic kidney failure disease had physical health promoting behaviors at a moderate level.

Nutrition was at a moderate level ($\bar{X}=13.2$, S.D. = 2.5), which was in agreement with the study of Jiraporn Chalanuwat (1998) who found that the sample group had quite good levels of nutritional health promoting behaviors. From the study of Lolana Hantrakul and Rotsukon Sangmanee (1997), it was found that the food consumption lifestyles of the elderly were at a good level.

Interpersonal relations were at a moderate level ($\bar{X}=10.2$, S.D. = 2.5), which was in agreement with the study of Nantaka Kamkaew (2004) who found that older

adults with chronic renal failure disease had moderate levels of interpersonal relations in health promoting behaviors ($\bar{X}=14.81, S.D.=3.05$).

In terms of spiritual growth, it was found that the sample group had average scores of spiritual growth in health promoting behaviors at a high level ($\bar{X}=10.1, S.D.=1.9$), which was in agreement with the study of Jutamat Kapraedee (1998). The average scores of spiritual growth in the health promoting behaviors of older adults with benign prostatic hyperplasia were within a good range ($\bar{X}=3.37, S.D.=0.56$).

With regard to stress management, it was found that the sample group had high levels of average health promoting behavior scores ($\bar{X}=18.4, S.D.=3.1$), which was in agreement with the studies of Kanjana Ketkan (1998), Jutamat Kapraedee (1998), Pranee Tongpila (1999) and Sirima Wonglamtong (1999), who found that older adults with diabetes, benign prostatic hyperplasia and hypertension while the elderly of Nakornsawan had good levels of stress management.

Prior Behavior

The respondents reported poor level of prior behaviors. When considered in terms of different aspects, it was found that the sample group had risk behaviors, including smoking at high levels, moderate levels of sexual intercourse, low levels of drinking alcoholic beverages and consumption of high fat foods or meat. This finding was in agreement with the concept of Pender (Pender, 1996) that factors in past behaviors will be the best predictors, because past behaviors show the direct and indirect impacts leading to health promoting behaviors and the direct effect of health promoting behaviors.

Perceived benefits, perceived obstacles and perceived self-efficacy

The sample group had high levels of perceived benefits and perceived self-efficacy. Perceived obstacles were at a moderate level. When considered in terms of individual aspects, every aspect was at a high level, especially prostate cancer screening, which helped diagnose prostate cancer in the early stages. As for perceived obstacles, it was found that most of the samples did not receive prostate cancer screening because the screening service fees were expensive, they had no time and felt embarrassed. As for perceived self-efficacy, it was found that most of the samples

were able to notice abnormal voiding symptoms and avoid consuming meaty foods with high levels of fat.

Social Support

The sample group received the most support from medical and public personnel in the area of knowledge regarding prostate cancer, consultation in practicing behaviors to help minimize the risks for prostate cancer and consultation to receive prostate cancer screening. Furthermore, the sample group received the most support from family members in the area of expenses associated with prostate cancer screening and encouragement as well as care and concerns in practicing health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer.

The relationships between age, marital status, level of education, family income and severity of abnormal voiding symptoms, perceived benefits in practicing health promoting behaviors, perceived obstacles in practicing health promoting behaviors, perceived self-efficacy and social support with health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer

The factors related to health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer in older adults were social support, perceived self-efficacy in practicing health promoting behaviors, level of education and family income were positively related to health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer ($r = 0.44, 0.43, 0.23, 0.23$, respectively) with statistical significance ($p < 0.01$). Perceived benefits in practicing health promoting behaviors and past behaviors were related to health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer (0.16 and - 0.158, respectively) with statistical significance ($p < 0.05$).

Influential Factors in Predicting Health Promoting Behaviors to Minimize the Risks for Prostate Cancer in the Elderly

The predictive factors of health promoting behaviors to minimize prostate cancer in older adults were perceived self-efficacy, social support, level of education, and perceived barriers with joint predicting capabilities of 37.4% ($R^2 = 0.374$, p -value < 0.001), which was in agreement with the studies of Janjira Janbok (2005) and Kanokporn Eungwattanapaisan (2006), which found that perceived self-efficacy and

social support in practicing behaviors were the variables that could best predict health promoting behaviors, which was in agreement with the study of Tatsanee Panprom (2002), who found that the variables with the greatest influence in promoting health promoting behaviors in older adults was family support (Nitima Supawee (2002). The variables most capable of predicting health promoting behaviors were social support from medical and public health personnel, while past behaviors were in agreement with the study of Porntima Sukkagasaem (2002). Experience in having health promoting behaviors was able to predict the health promoting behaviors of life insurance company employees in Bangkok ($\text{Beta}^2 = 0.137$) and level of education was in agreement with the study of Jutamat Kapraedee (1998), who found that level of education could be a good predictor and jointly predict the health promoting behaviors of older adults with benign prostatic hyperplasia for 46.1% ($p < .001$).

Recommendations from the Research Findings

1. Nursing Practice

1.1 Prepare the people to practice health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer before entering older adulthood.

1.2 Organize training to educate families and communities to promote the roles of families and communities in promoting older adults in practicing health promoting behaviors to minimize the risks for prostate cancer.

1.3 Organize social services offering benefits to the elderly such as promoting prostate cancer screening.

2. Nursing Education

Public health nurse or health care providers should be trained about health promotion program that is appropriate for Thai men, particularly to minimize the risks for prostate cancer in older adults.

3. Nursing Administration and Management

3.1 The Bangkok government should support and organize service systems allowing older adults easy access which must be services appropriate for and covering older adults.

3.2 Support and promote families and communities in providing care for older adults to maintain practice of health promoting behaviors.

3.3 Support various media such as radio, television and newspapers in presenting news and information to promote health promoting behaviors as early as possible.

Recommendations for Further Research

1. Further research should concentrate on investigating factors related to health promoting behaviors to minimize the risks of prostate cancer in older adults in other urban and rural communities.

2. Since this study found only 33.8% of variance explained for health promoting behaviors to minimize the risks of prostate cancer, other factors, particularly policy and service accessibility, should be studied.

3. A longitudinal study is needed to investigate causes and risks for prostate cancer in men in order to guide an intervention to prevent and reduce risks for prostate cancer.

บรรณานุกรม

- กฤษฎา รัตนโอฬาร. (2549). สุขภาพเพศชาย:ประสบการณ์จากต่างประเทศ. วารสารยูโร, 27(1), 1-6.
- กนกพร อึ้งวัฒนะไพศาล. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการสังกัดสำนักพระราชวัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลทิพย์ ไชทา. (2549). วิถีชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลชุมพล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไกรสิทธิ์ ตันตีสรินทร์. (2540). โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 20(2), 48-59.
- จันทร์จิรา จันทร์บก. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตรา จันชนะกิจ. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2532). การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่ซ้อนกับการวิจัยทางการแพทย์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 1(2), 42-58.
- จิราภรณ์ ฉลานวัฒน์. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลลดา ชัยกุลวัฒนา. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล. (2541). แบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค
ไม่ติดต่อของผู้บริหารจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุมศักดิ์ พุกยาพวงษ์. (2550). มะเร็งต่อมลูกหมากและความผิดปกติอื่นๆ. กรุงเทพมหานคร:
ไกล่หมอ.
- ณรงค์ ศักดิ์ อังคสุวพลา. (2546). กรมอนามัยคัดกรองภาวะเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากคัดกรองปัญหา
ต่อมลูกหมากโตในชายวัยทอง. [Online]. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้
จาก. <http://www.pr.anamai.moph.go.th>[2551, 1 กุมภาพันธ์].
- นิชกานต์ ชันขาว. (2543). การเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรม
ผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.
- ครุณี คลรรัตนภัทร. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ
และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาล
สาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ พารพรม. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก
สุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดา ทองวิเชียร. (2545). ความพึงพอใจของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาล
สาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงนวล พูลเกษตร. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก
สุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นงลักษณ์ พิณชมพู. (2545). การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธี
ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทนา คำแก้ว. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิธิตา สุภาวี. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ .
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก
สุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญมี เทพาธิป. (2546). รายงานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทอง ในเขตเทศบาล
ตำบลสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระ
สังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี.
- บุญศรี นุเกตุ. (2541). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง .
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ. ใน สถาบันเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสห
สาขาวิชา (หน้า 17-21). กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิพัฒน์พงศ์ เข้มปัญญา. (2545). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของครูชายวัย
ทอง จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข
ศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภักดี โพธิศิริ. (2545). Health Policies Issues for the Aging Male in Thailand. ใน สายันท์ สวัสดิ์ศรี,
บัณฑิต จันทะยานี, บัณฑิต กาญจนพยัคฆ์, ชนบูรณ์ จุลยามิตรพร, ชาติวุฒิ คำชู, อยุทธิณี
สิงห์โกวินท์ และพูนเกียรติ เรื่อง โภคา. (บรรณาธิการ). Problems Practice Promotion
Prevention Postpone Productivity (หน้า 3-11). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์
ไพรซ์.

- ภักดีโพธิศิริ. (2545). สุขภาพดีถ้วนหน้ากับชาย-หญิงวัยทอง. ในอรุษา เทพพิสัย, มยุรี จิรภิญโญ, อภิชาติ จิตต์ เจริญ และจิตติมา มโนชัย. (บรรณาธิการ). สุขภาพชาย-หญิงวัยทองยุค 2001. 3-22, 53-66. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- ภาณี เทพส่องแสง. (2541). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มัทนา อิทธิ์แพง. (2543). พฤติกรรมการออกกำลังกายและอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เย็นฤดี แสงเพชร. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รวีวรรณ ชินะตระกูล. (2538). วิธีวิจัยการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: การพิมพ์.
- ลลนา ฮันตระกูล และรสสุคนธ์ แสงมณี. (2540). แบบแผนการดำเนินชีวิตและโรคเรื้อรังประจำตัวของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครราชสีมา. วารสารวิชาการเขต 12,8(1), 29-35.
- วรรณิ ชัชวาลทิพากร, มาลีณี ชลนันทน์, อรพิน ฐานกุลศักดิ์ และ คารุณี ภูณสุวรรณศรี. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาท. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 1(3), 4-12.
- วันดี เข้มจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ แก้วปาน สุรินทร กลัมพากร และพิพัฒน์ ลักษณ์มี จรรย์กุล. (2548). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในประเทศไทย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระชัย ภาณุมาตรสมบัติ และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2545). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชายวัยทองในจังหวัดสระแก้ว. วารสารสุขภาพศึกษา, 25(91), 46-68.
- ศรีสุดา รัศมีพงษ์. (2545). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร จันทร์ไพศรี. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ชายวัยกลางคน จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2549). โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2548). สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล 14(1).
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ (บรรณาธิการ). (2546). ตำราสุขภาพเพศชาย. กรุงเทพมหานคร. บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ .
- สมหมาย เข้มยิ่ง. (2541). การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายันท์ สวัสดิ์ศรี. (2545). เพิ่มสีสันของชีวิตในชายวัยทอง ตอน โลกของชายวัยทอง EARTH of Aging. ในบัณฑิต จันทร์ธานี, บัณฑิต กาญจนพยัคฆ์, ธนบูรณ์ จุลยามิตรพรและชาติวุฒิก้าชู. (บรรณาธิการ). เพิ่มสีสันของชีวิตในชายวัยทอง ตอน สุขภาพดี ชีวิต มีสุข (หน้า 3-9). กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ .
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2539). ภาวะเหนือตนเอง: แนวคิดด้านจิตวิญญาณวารสารพยาบาลศาสตร์, 14(1), 4-8.
- สิทธิพร ศรีนวนัด. (2549). รู้ทันมะเร็งต่อมลูกหมาก. [Online]. เข้าถึงได้จาก: [http:// www. Bangkokbiznews.com](http://www.Bangkokbiznews.com)[2551, 10 กุมภาพันธ์].

- _____. (25 เมษายน 2550). ศิริราชพยาบาลนำนวัตกรรมใหม่หุ่นยนต์ผ่าตัดมะเร็งต่อม
ลูกหมาก ได้ผล 30 ราย คนไข้ฟื้นตัวเร็ว สะดวก ปลอดภัยสูง ลดภาวะแทรกซ้อนไม่ขึ้น แต่
ยังมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง. [Online]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaipost.net>[2551, 10
กุมภาพันธ์].
- สุชา จันทร์เอม. (2540). จิตวิทยาพัฒนาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวคนธ์ กุรัตน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่
สมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- สุธีรัตน์ อนันต์. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การ
พยาบาลอนามัยชุมชน), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล ฤทธิมนตรี. (2534). การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
เพื่อป้องกันโรคในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยา
ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสภณ เมฆธน. (2550). การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญ
พันธุ์ [Online]. เข้าถึงได้จาก: [http://laws.anamai.moph.go.th/KPI/Y-50/kpi%2015.2%
20no-3.doc](http://laws.anamai.moph.go.th/KPI/Y-50/kpi%2015.2%20no-3.doc) [2551, 10 มกราคม].
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2545). การสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้
ชายไทย อายุ 40-59 ปี: รายงานการศึกษาวิจัย [Online]. เข้าถึงได้จาก :[http://rh.anamai.
moph.go.th](http://rh.anamai.moph.go.th)[2551,10 มกราคม].
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550
[Online]. เข้าถึงได้จาก: [http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/rep_
older50.pdf](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/rep_older50.pdf) [2551,20 มีนาคม].
- อนุพนธ์ ดันติวังศ์ และคณะ. (2544). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาวิธีที่เหมาะสมและ
คุ้มค่าในการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ. แผนงานวิจัยเพื่อสุขภาพ
ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- _____. (2544). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมาก
โต. แผนงานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

- อุ้นจิตต์ บุญสม. (2540). การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ahijevych, K. and Bernhard, L. (1994). Health Promoting Behavior of African-American women. Nursing Research, 43 (2), 86-89.
- Acton, G. J., & Malathum, P. (2000). Basic need status and health promoting self-care behavior in adults. Western Journal of Nursing Research, 22, 796-811.
- Alan R. Kristal, Chen Chi, Catherine M. Tangen, Phyllis J. Goodman, Ruth Etzioni, Ian m. Thompson. (2005). Association of Demographic and Lifestyle Characteristics with Prostate-specific Antigen (PSA) Concentration and Rate of PSA Increase. American Cancer Society. [Online]. Available: <http://www3.interscience.wiley.com/>[2008, January 2].
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 54(2). 191-215.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A Social cognitive theory. New erscy: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman.
- Clark, D., & Dodge, O. (1999). Physical activity and its correlates among urban primary care patients age 55 years or older. Journal of Gerontology, 54(1), 541-548 [Online]. Available: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748905001239>[2007, December 20].
- Conn, V. S. (1998). Older adults and exercise: Path analysis of self-efficacy related constructs. Nursing Research, 5(3), 183-187 [Online]. Abstract from: <http://www.nursingresearchonline.com/pt/re/nnr/abstract.00006199-199805000-00009.htm;jsessionid=LK2NSQBfYrMlh174dMvQrTNN9pNHHTLcbtTIV0SP7f8ZbBghyyl!774718804!181195629!8091!-1> [2007, December 20].
- Conola B. DO, Daniel S. Miller, MD, MPH, Christopher Maylahn, Robert J. Uhler, MA, and Collen T. Baker. (2000). Knowledge, Attitudes, and Screening Practices Among Older Men Regarding Prostate cancer. Am J Public health. 90 (10), 1595-1600 [Online]. Available: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1446381&blobtype=pdf> [2007, December 20].

- David R. Close, Alan R. Kristal, Sue Li, Ruth E. Patterson, and Emily White. (1998). Associations of demographic and Health-related Characteristics with Prostate Cancer Screening in Washington State. Fred Hutchison Cancer Research center.7 (6), 627-630. <http://cebp.aacrjournals.org/cgi/reprint/7/7/627?ck=nck> [2007, December 20].
- Eliopoulos, C. (2001). Factor about the aging population. Gerontological nursing (5thed.). Philadelphia: Appleton & Lange.
- Garraway WM, et al. (1993). Impact of previously unrecognized benign prostate hyperplasia on the daily activities of middle aged and elderly men. British Journal of General Practice. 318-321[Online].Available: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1372554&blobtype=pdf> [2007, December 20].
- J. IRANI. O. LEFEBVRE, F. MURAT, L. DAHMANI and B. DORE'. (2003). Obesity in relation to prostate cancer risk: comparison with a population having benign prostatic hyperplasia. BJU International, 482-484[Online]. Available: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1046/j.1464-410X.2003.04133.x> [2007, December 20].
- LIANG Cai-Hua,LIU Qimg, ZHOU Fang-Jian, GAO Xin,CHEN Ling-Wu. (2007). Etiologic Correlation of Prostate Cancer in Guangdong,China to Family History of Cancer, and Sexual and Marital Factors- Case-control study. Chinese Journal of Cancer,26(5) [Online].Abstract from: <http://ilib.cn/I-ez.2007.05.html> [2007, December 20].
- Lihua Liu, ewndy Cozen,Leslie Bernstein, Ronald K. Ross, Dennis Deapen. (2001). Changing Relationship Between Socioeconomic Status and Prostate cancer incidence. Journal of the National Cancer Institute,93(9),705-709 [Online]. Available: <http://jnci.oxfordjournals.org/cgi/reprint/93/9/705> [2007, December 20].
- Nathan S. Consedine, David Horton, Tracey, Andrew K. Joe, Paul Ramirez and Luisa Borell. (2007). Fear, Knowledge, and Efficacy Beliefs differentially predict the Frequency of Digital rectal Examination Versus Prostate Specific Antigen Screening in Ethically Diverse Samples of Older Men. American Journal of Men's Health.1(1), 29-43 [Online].Available: <http://jmh.sagepub.com/cgi/reprint/1/1/29> [2007, December 20].

- Pender, N.J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M.A. (1982). Health Promotion in nursing practice. (2 nd ed). Norwalk, Connecticut: Appleton Century-Craft.
- _____. (1987). Health Promotion in nursing practice. (2 nd ed). Connecticut, U.S.A: Appleton & Lange.
- _____. (1996). Health Promotion in nursing practice. (3 rd ed). Connecticut, U.S.A: Appleton & Lange.
- Pendersen KV, Carrison P, Varenhorst E, et al. Screening for carcinoma of the prostate by digital rectal examination in a randomly selected population. Br Med J 1990; 300: 1041-4 [Online]. Available: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1662742&blobtype=pdf> [2008, January 20].
- Pothiban, L., et al. (2002). Health promotion model of Chiang Mai population. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). Nursing Research Principle and methods (7thed.). WY: R.R. Donnelly/willward.
- Quandra M. Whaley. (2006). The relationship between perceived barriers and prostate cancer screening practices among African-American men. Master of science in Nursing, The florida state university college of nursing [Online]. Available: <http://etd.lib.fsu.edu/theses/available/etd-11092006-161116/unrestricted/qmw-thesis.pdf> [2008, January 10].
- Sabine Rohamann*, J. Crespot, Jason R. Weber*, Ellen Smitt, Edward Giovannucci and Elizabeth A. Platz. (2005). Association of cigarette, smoking , alcohol consumption and physical activity with lower urinary tract symptoms in older American men: findings from the third National Health And Nutrition Examination Survey. BJU International, 96,77-82 [Online]. Available: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1464-410X.2005.05571.x> [2008, January 10].
- Sohng, K. Y., Sohng. S., & Yoem, H. A. (2002). Health-promoting behavior of elderly Korean immigrants in the United States. Public Health Nursing, 19(4). 294-300 [Online]. Abstract from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1525-1446.2002.19409.x> [2008, January 10].

- Walker, S.B.et al. (1988). Health –promoting lifestyle of older adults:Comparison with young and middle-age adults, correlates and pattern. Advance in Nursing Science, (Oct),76-90.
- Weaver, G.D. and Gary, L.E. (1996). Correlates of health-related behaviors in older African American adults: Implications for health promotion. Family and Community Health. (Jul), 43-57.
- World Health Organization (2001). Cervical cancer screening in developing countries.Report of WHO consuntation 27-30 Mrch 2001[Online].Abstract from:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VNM-3WY3Y3R-D&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=0412ec1b67959ed47d8b7edd86c858db [2008, January 10].



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร เตรียมชัยศรี กันทรคุญ์
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ดร. ทศนีช รวีวรกุล
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์นายแพทย์ธีระพล อมรเวชสุกิจ
สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล



ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๔๒๐/๑ ถนนราชวิถี ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์/โทรสาร ๐๒-๓๕๔ ๘๕๔๒

ที่ ศธ ๐๕๑๑.๑๔๒/ ๒๖๘
วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๑
เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูล
เรียน ผู้อำนวยการเขตธนบุรี

ด้วย นางสาวณานันท์ รัตนธีรวิเชียร นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข - ศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข ภาคพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรพร เกกมงคล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ในการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าว ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข ขออนุญาตให้ นางสาวณานันท์ รัตนธีรวิเชียร เข้าเก็บตัวอย่างวิจัยและใช้สถานที่ในเขตพื้นที่ของท่านในการเก็บข้อมูลดังกล่าว สำหรับวัน เวลา นักศึกษาจะเป็นผู้ประสานงานด้วยตนเอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นักศึกษาเก็บข้อมูลต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สมพร กันทรคุชฎี เตรีมชัยศรี)
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข

ภาคผนวก ก

หนังสืออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล



COA. No. MU-IRB 2008/125.1410

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board

Title of Project. Factors Related to Health Promoting Behavior to Minimize Risk for Prostate Cancer in Older Adult
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Miss Yananan Ratanatherawichian

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approval includes. 1) MU-IRB Submission form version received date 6 October 2008
2) Participant Information sheet version date 13 October 2008
3) Informed consent form version date 13 October 2008
4) Questionnaire version received date 15 August 2008

Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMSGuidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval. 14 October 2008

Date of Expiration. 13 October 2009

Signature of Chairman.
(Professor Shusee Visalyaputra)

Signature of Head of the Institute.
(Associate Professor Samsanee Chaiyaraj)
Vice President for Research and Academic Affairs

Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223

ภาคผนวก ง

แบบฟอร์มใบยินยอมการพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ
ชื่อผู้วิจัย นางสาวญานันท์ รัตนธีรวิเชียร

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

2 โรงพยาบาลศิริราช ถนน พชรานนท แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 02-4197916

ผู้ให้ทุน : ไม่มี

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและเป็นแนวทางในการจัดบริการเพื่อลดภาวะเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เพราะ ท่านเป็นผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานครตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2550 ถึงเดือน ตุลาคม 2551และได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ท่านละประมาณ 30 นาที

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้ คือ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ในเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มี เพราะเป็นเพียงการตอบคำถามเท่านั้น ในระหว่างการสัมภาษณ์ท่านอาจเกิดความรู้สึกอึดอัดหรืออาจรู้สึกไม่อยากจะตอบคำถามบางข้อ ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือไม่สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยก็ได้และแม้ว่าท่านได้เข้าร่วมการวิจัยแล้ว ในระหว่างการตอบแบบสัมภาษณ์หากผู้วิจัยสังเกตพบว่า ท่านรู้สึกอึดอัด ราคาย หรือรู้สึกเสียเวลา ท่านสามารถที่จะยุติการตอบแบบสัมภาษณ์ได้ทันที ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆและหากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล และจะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของท่านอาจมีคณະบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ, คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อบริการและการรักษาที่ท่านจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพชรนทฒณชล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุททมฒณชล จังหวัฒนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 02-849-6223-5 โทรสาร 02-849-6223 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณະกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น
ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

 รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล
รหัสโครงการ MU-IRB..... ๕๐๐๕ / 1๕5-1๗10
วันที่..... 1๔ ตุลาคม ๒๕51

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย
(.....)
วันที่.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่ที่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ”

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยไม่มีการปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวณัฏฐนันท์ รตนศิริวิเชียร ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 08-9048-5809 หรือโรงพยาบาลศิริราช ถนน พราณก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 02-4197916

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 02-849-6223-5 โทรสาร 02-849-6223

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือขอเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

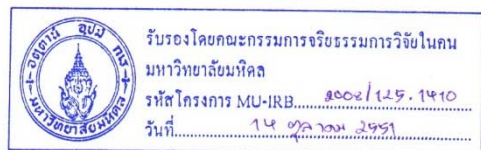
ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทน โดยชอบธรรม/วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัยวันที่.....

ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทน โดยชอบธรรม/วันที่.....



ภาคผนวก จ

แบบสัมภาษณ์สำหรับงานวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ”

เลขที่แบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2: การรับรู้ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

ส่วนที่ 3: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

ส่วนที่ 4: การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 5: การสนับสนุนทางสังคม

โปรดตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง และข้อมูลของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยขอแนะนำเสนอเป็น ภาพรวมเพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนและจัดบริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุชายต่อไป

ในการนี้จึงขอขอบคุณเวลาอันมีค่าของท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ ขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างสูง

วันที่ตอบแบบสัมภาษณ์/...../.....

ผู้รวบรวมข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างและใส่เครื่องหมาย \surd ลงใน () เพียงตัวเลือกเดียวให้ตรงตามความเป็นจริงที่เกี่ยวกับผู้ตอบมากที่สุด

1. อายุ.....ปี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....ซ.ม.
2. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยก
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษาตอนต้น () 3. ประถมศึกษาตอนปลาย
 - () 4. มัธยมศึกษาตอนต้น () 5. มัธยมศึกษาตอนปลาย () 6. ปริญญาตรี
 - () 7. สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพในอดีต (ก่อนอายุ 60 ปี)
 - () 1. ค้าขาย () 2. รับจ้าง () 3. เกษตรกรรม () 4. อุตสาหกรรม
 - () 5. ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเฉยๆ () 6. รับราชการ
5. อาชีพในปัจจุบัน
 - () 1. ค้าขาย () 2. รับจ้าง () 3. เกษตรกรรม () 4. อุตสาหกรรม
 - () 5. ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเฉยๆ () 6. ข้าราชการบำนาญ
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
 - () 1. < 5,000 () 2. 5,000-10,000 () 3. 10,001-20,000
 - () 4. 20,001-50,000 () 5. > 50,000 () 6. ไม่ตอบ
7. แหล่งที่มาของรายได้
 - () 1. ตนเอง () 2. บุตร () 3. ภรรยา
 - () 4. เงินบำนาญ () 5. ญาติ () 6. หลาน
8. ความเพียงพอของรายได้
 - () 1. เพียงพอ () 2. เพียงพอเหลือเก็บ () 3. ไม่เพียงพอ
 - () 4. ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
9. ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
 - () 1. สมบูรณ์แข็งแรงดีเยี่ยม () 2. สมบูรณ์แข็งแรงดีมาก
 - () 3. สมบูรณ์แข็งแรงดี () 4. สมบูรณ์แข็งแรงพอใช้
 - () 5. สุขภาพไม่ดี

10. สิทธิในการรักษาพยาบาล

- () 1. จ่ายเอง () 2. ต้นสังกัด () 3. ประกันชีวิต () 4. บัตรทอง

11. ท่านไปรับการตรวจร่างกายประจำปี

- () 1. ทุกปี () 2. ทุก 2-3 ปี () 3. ทุก 4-5 ปี () 4. 5 ปีขึ้นไป
 () 5. ไม่เคยไปรับการตรวจร่างกาย () 6. ไม่ทราบ/จำไม่ได้

12. ท่านไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก

- () 1. ทุกปี () 2. ทุก 2-3 ปี () 3. ทุก 4-5 ปี () 4. 5 ปีขึ้นไป
 () 5. ไม่เคยไปรับการตรวจร่างกาย () 6. ไม่ทราบ/จำไม่ได้

11. ท่านเคยมีประวัติการเจ็บป่วยเหล่านี้หรือไม่

| โรคหรือกลุ่มอาการ | ไม่เป็น | เป็น | | ไม่ทราบ |
|---------------------|---------|-------|----------|---------|
| | | รักษา | ไม่รักษา | |
| เบาหวาน | | | | |
| ความดันโลหิตสูง | | | | |
| โรคหัวใจ | | | | |
| ต่อมลูกหมากอักเสบ | | | | |
| ต่อมลูกหมากโต | | | | |
| ท่อปัสสาวะอักเสบ | | | | |
| ผ่าตัดต่อมลูกหมากโต | | | | |
| ถุงลมโป่งพอง | | | | |
| โรคไตวายเรื้อรัง | | | | |
| อื่นๆ ระบุ | | | | |

12. ท่านมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคและอาการผิดปกติของต่อมลูกหมากหรือไม่

| โรค | ไม่มี | มี | | | | | | | | ไม่ทราบ |
|-------------------|-------|-----|----|-----|-----|----|--------|---------|------------|---------|
| | | ปู่ | ตา | พ่อ | ลุง | อา | พี่ชาย | น้องชาย | อื่นๆ ระบุ | |
| มะเร็งต่อมลูกหมาก | | | | | | | | | | |
| ต่อมลูกหมากโต | | | | | | | | | | |
| ต่อมลูกหมากอักเสบ | | | | | | | | | | |

ส่วนที่ 2 : การรับรู้ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ การรับรู้ความรุนแรงของการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ โดยประเมินจากผลรวมคะแนนที่แสดงอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ เลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด จำนวน 9 ข้อ

ท่านกรุณาประเมิน การถ่ายปัสสาวะของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ ถ้ามีท่านมีอาการบ่อยมากเพียงไร โดยให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน

- 0 หมายถึง ไม่มีเลย
- 1 หมายถึง มีนานๆครั้ง (ถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง จะมีอาการนี้น้อยกว่า 2 ครั้ง)
- 2 หมายถึง มีบ้าง (ถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง จะมีอาการนี้น้อยกว่า 2-3 ครั้ง)
- 3 หมายถึง มีบ่อยปานกลาง (ถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง จะมีอาการนี้ประมาณ 5 ครั้ง)
- 4 หมายถึง มีบ่อยค่อนข้างมาก (ถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง จะมีอาการนี้น้อยกว่า 7-8 ครั้ง)
- 5 หมายถึง มีเกือบทุกครั้ง

| อาการ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1. ท่านลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะเพราะปวดปัสสาวะก็ครั้งเป็นส่วนมากนับตั้งแต่นอนหลับแล้วจนถึงตื่นนอนตอนเช้า | ไม่มี เลย |มี 1 ครั้ง |มี 2 ครั้ง |มี 3 ครั้ง |มี 4 ครั้ง |มี 5 ครั้ง |
| 2. มีบ่อยไหมที่ท่านปัสสาวะเสร็จแล้วยังไม่ถึงสองชั่วโมงก็ต้องถ่ายปัสสาวะอีก | | | | | | |
| 3. มีบ่อยไหมที่ท่านปวดอยากถ่ายปัสสาวะแล้วจำเป็นต้องกลั้นไว้ระยะหนึ่ง แต่กลั้นไม่ได้ตามที่ต้องการ | | | | | | |
| 4. มีบ่อยไหมที่ท่านต้องเบ่งหรือรอก่อนจะเริ่มถ่ายปัสสาวะออกมาได้ | | | | | | |
| 5. มีบ่อยไหมที่เวลาท่านถ่ายปัสสาวะท่านไม่ได้ถ่ายรวดเดียวเสร็จ แต่จะต้องถ่ายเป็นขั๊กๆ หรือไหลๆ หยดๆ | | | | | | |
| 6. มีบ่อยไหมที่ท่านรู้สึกถ่ายปัสสาวะไม่สุด หรือยังเหลือค้างอยู่หลังถ่ายเสร็จแล้ว | | | | | | |
| 7. มีบ่อยไหมที่ท่านถ่ายปัสสาวะไม่พุ่งแรงเหมือนปีก่อนๆ | | | | | | |
| 8. มีบ่อยไหมที่ท่านถ่ายปัสสาวะมีเลือดปน | | | | | | |

รวมคะแนนเฉพาะข้อ 1-7 ได้ทั้ง หมด.....คะแนน

| | | | |
|----------|----------|-------|---|
| หมายเหตุ | คะแนน | 1-7 | แสดงว่ามีระดับความรุนแรงของอาการน้อย |
| | ถ้าคะแนน | 8-17 | แสดงว่ามีระดับความรุนแรงของอาการปานกลาง |
| | ถ้าคะแนน | 18-35 | แสดงว่ามีระดับความรุนแรงของอาการมาก |

ส่วนที่ 3 : แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก

คำชี้แจง : เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ประกอบด้วยข้อคำถามทางด้านบวกและด้านลบ ทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้านๆ คือ

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 6 ข้อ
2. กิจกรรมทางร่างกาย 3 ข้อ
3. โภชนาการ 5 ข้อ
4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 4 ข้อ
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 3 ข้อ
6. การจัดการกับความเครียด 6 ข้อ

ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นประจำทุกครั้ง หรือทุกวัน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นส่วนมาก หรือ 3-5 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเป็นเป็นบางครั้ง หรือ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้สูงอายุไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆเลย

| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน (ระยะเวลาปัจจุบันถึง 1 ปีที่ผ่านมา) | | | | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต (ระยะเวลาตั้งแต่อดีตถึง 1 ปี) | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|------------|--|----------------------|----------------------|------------|
| | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ นานๆครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ นานๆครั้ง | ไม่ปฏิบัติ |
| ข้อความ | | | | | | | | |
| ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ | | | | | | | | |
| 1. ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท เช่น ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะไม่พุ่ง | | | | | | | | |
| 2. ท่านสนใจหาความรู้เกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ | | | | | | | | |
| 3. ท่านไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก เช่น ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะไหลเอื่อย | | | | | | | | |
| 4. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ | | | | | | | | |
| 5. ท่านสูบบุหรี่ | | | | | | | | |
| 6. ท่านมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย | | | | | | | | |
| กิจกรรมด้านร่างกาย | | | | | | | | |
| 7. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง โยคะ | | | | | | | | |
| 8. ในแต่ละสัปดาห์ท่านออกกำลังกาย นานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวัน | | | | | | | | |
| 9. ในแต่ละสัปดาห์ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมให้มีเหงื่อออก เช่น การทำสวน ปลูกต้นไม้ ถ้างรถ | | | | | | | | |
| 10. ท่านรับประทานมะเขือเทศ | | | | | | | | |
| ด้านโภชนาการ | | | | | | | | |

| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน (ระยะเวลาปัจจุบันถึง 1 ปีที่ผ่านมา) | | | | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต (ระยะเวลาตั้งแต่อดีตถึง 1 ปี) | | | |
|--|---|----------------------|----------------------|------------|---|----------------------|----------------------|------------|
| | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ นานาครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ นานาครั้ง | ไม่ปฏิบัติ |
| ข้อความ ข้อความ | | | | | | | | |
| 11. ท่านรับประทานผักใบเขียว เช่น คะน้า ผักบุ้ง กวางตุ้ง หัวคะหล่ำปลี หรือ ดอกกะหล่ำ | | | | | | | | |
| 12. ท่านดื่มนมถั่วเหลือง 1 แก้วต่อวัน หรือถั่วเหลือง 1 ทัพพี ต่อวัน หรือ เต้าหู้ แข็งครึ่งก้อน ต่อวัน | | | | | | | | |
| 13. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมัน เช่น ข้าวมันไก่ ขาหมู หมูสามชั้น อาหารผัด/ทอด | | | | | | | | |
| 14. ท่านดื่มนมอย่างน้อย 1 แก้วต่อวัน สัมพันธ์สภาพระหว่างบุคคล | | | | | | | | |
| 15. ท่านมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน | | | | | | | | |
| 16. สมาชิกในครอบครัวท่าน เช่น ภรรยา บุตร ให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพ ของท่าน | | | | | | | | |
| 17. ท่านแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนในวัยเดียวกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องต่อมลูกหมาก | | | | | | | | |
| 18. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ | | | | | | | | |
| 19. ท่านใช้สติในการดำเนินชีวิต | | | | | | | | |
| 20. ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความสงบสุข | | | | | | | | |

| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน (ระยะเวลาปัจจุบันถึง 1 ปีที่ผ่านมา) | | | | พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีต (ระยะเวลาตั้งแต่อดีตถึง 1 ปี) | | | |
|---|---|----------------------|----------------------|------------|---|----------------------|----------------------|------------|
| | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ นานๆครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ นานๆครั้ง | ไม่ปฏิบัติ |
| ข้อความ | | | | | | | | |
| 21. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อความศุขและจิตใจที่สงบ เช่น สวดมนต์ ไหว้พระ | | | | | | | | |
| 22. ท่านพูดคุยกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อน เพื่อผ่อนคลายความเครียด | | | | | | | | |
| 23. ท่านปรึกษากับบุคคลในครอบครัว เช่น ภรรยา บุตร เมื่อรู้สึกเครียด หรือไม่ สบายใจ | | | | | | | | |
| 24. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิ | | | | | | | | |
| 25. ท่านนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน | | | | | | | | |
| 26. ท่านแบ่งเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ | | | | | | | | |
| 27. เมื่อท่านเครียด หงุดหงิด โกรธ หรือกังวล ท่านทำจิตใจให้สบายและ แสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม | | | | | | | | |

ส่วนที่ 4 : การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจง: ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การเลือกเป็น 4 ระดับ คือ

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความมากที่สุด
- เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความเป็นส่วนมากหรือเกือบทุกครั้ง
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นน้อย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

| ข้อความ | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|---|-------------------|----------|-------------|----------------------|
| การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | | | | |
| 1. การตรวจสุขภาพประจำปีสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง ได้ | | | | |
| 2. การตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากช่วยวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรกได้ | | | | |
| 3. การรับประทานผักใบเขียวเช่นกะหล่ำปลี หรือ ดอกกะหล่ำ เป็นประจำทุกวันช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | | | | |
| 4. การรับประทานมะเขือเทศ ถั่วเหลือง เต้าหู้เป็นประจำทุกวันช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | | | | |
| 5. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น ขาหมู อาหารทอด/ทอด ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | | | | |
| 6. การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | | | | |
| 7. การหลีกเลี่ยงการ ดื่มสุรา ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | | | | |
| 8. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | | | | |
| 9. การมีคู่นอนหลายคนสามารถเพิ่มความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | | | | |

| ข้อความ | เห็นด้วย อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็น ด้วย | ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง |
|---|-----------------------|----------|-----------------|------------------------------|
| 10. การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวันช่วยให้มีสุขภาพดี | | | | |
| 11. การจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ ทำให้จิตใจสงบสุข | | | | |
| การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | | | | |
| 1. ท่านรู้สึกอาย ในการ ไปตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก | | | | |
| 2. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการไปตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก | | | | |
| 3. ท่านไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากเพราะค่าบริการตรวจมีราคาแพง | | | | |
| 4. ท่านไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากเพราะไม่มีเวลา | | | | |
| 5. การหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมันมาก เช่น ขาหมู หมูสามชั้น อาหารผัด/ทอด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก | | | | |
| 6. ท่านไม่สามารถรับประทานกะหล่ำปลี บร็อคโคลี่ ดอกกะหล่ำ และผักใบเขียวต่างๆเป็นประจำทุกวันเพราะเป็นอาหารที่แข็งทำให้เคี้ยวได้ยาก | | | | |
| 7. ท่านไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพราะตัวท่านเองไม่อยากเลิก | | | | |
| 8. การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เป็นเรื่องยาก | | | | |
| 9. การมีคู่นอนคนเดียวเป็นเรื่องยาก | | | | |
| 10. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องยุ่งยาก | | | | |
| 11. ท่านไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนอย่าง 6 ชั่วโมงต่อวันเนื่องจาก นอนหลับยาก | | | | |
| 12. ท่านไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เพราะไม่มีคนพาไป | | | | |
| 13. ท่านไม่สามารถจัดการความเครียดได้เพราะขาดกำลังใจจากคนในครอบครัว | | | | |
| การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ | | | | |
| 1. ท่านสามารถ ไปตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี | | | | |
| 2. ท่านสามารถไปตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างน้อยปี ละ 1 ครั้ง | | | | |

| ข้อความ | เห็นด้วย อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็น ด้วย | ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง |
|---|-----------------------|----------|-----------------|------------------------------|
| 3. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ที่มีไขมันมาก | | | | |
| 4. ท่านสามารถรับประทานกะหล่ำปลี หรือ ดอกกะหล่ำ หรือผัก ใบเขียวอื่นๆเป็นประจำทุกวัน | | | | |
| 5. ท่านสามารถรับประทานมะเขือเทศ | | | | |
| 6. ท่านสามารถรับประทาน ถั่วเหลือง เต้าหู้หรือน้ำเต้าหู้เป็น ประจำวัน | | | | |
| 7. ท่านสามารถหลีกเลี่ยง หรือเลิกสูบบุหรี่ ได้ | | | | |
| 8. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้ | | | | |
| 9. ท่านสามารถออกกำลังกาย นานติดต่อกันประมาณ 15-30 นาที ต่อวัน อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ได้ | | | | |
| 10. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ได้ | | | | |
| 11. ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้ | | | | |
| 12. ท่านสามารถสร้างความพึงพอใจในชีวิตและความสงบสุขได้ | | | | |
| 13. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ | | | | |
| 14. ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิได้ | | | | |

ส่วนที่ 5 : การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม เลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด

ได้รับเป็นประจำ หมายถึง ท่านได้รับคำแนะนำสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากสมาชิกในครอบครัวเพื่อนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นประจำสม่ำเสมอ

ได้รับบางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนจากบุคคลดังกล่าวเป็นบางครั้ง

ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลดังกล่าวเลย

| ข้อความ | แหล่งของการได้รับคำแนะนำสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจาก | ได้รับเป็นประจำ | ได้รับบางครั้ง | ไม่ได้รับ |
|--|--|-----------------|----------------|-----------|
| 1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมากหรือไม่ | () สมาชิกในครอบครัว () เพื่อน () บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข | | | |
| 2. ท่านได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น การออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีไขมันมาก การรับประทานผักใบเขียว กะหล่ำปลี มะเขือเทศ ถั่วเหลือง เป็นต้น | () สมาชิกในครอบครัว () เพื่อน () บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข | | | |
| 3. ท่านได้รับการแนะนำให้ไปรับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากหรือไม่ | () สมาชิกในครอบครัว () เพื่อน () บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข | | | |
| 4. ท่านได้รับการสนับสนุนด้านคำตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากหรือไม่ | () สมาชิกในครอบครัว () เพื่อน () บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข | | | |
| 5. ท่านได้รับกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก | () สมาชิกในครอบครัว () เพื่อน () บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข | | | |

ภาคผนวก จ
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากจำแนกรายข้อ (n=237)

| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | ค่า เฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วน เบี่ยง เบน มาตร- ฐาน (S.D) |
|--|---------------------|----------------------|--------------------------|----------------|--------------------------------|--|
| ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ | | | | | | |
| 1. ท่านสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติเกี่ยวกับระบบปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะไม่พุ่ง | 130 (54.9%) | 42 (17.7%) | 32 (13.5%) | 33 (13.9%) | 3.1 | 1.1 |
| 2. ท่านสนใจหาความรู้เกี่ยวกับมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ | 27 (11.4%) | 41 (17.3%) | 78 (32.9%) | 91 (38.4%) | 2.1 | 1.1 |
| 3. ท่านไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก เช่น ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะไหลเอื่อย | 38 (16.0%) | 41 (17.3%) | 34 (14.3%) | 124 (52.3%) | 2.0 | 1.2 |
| 4. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ | 27 (11.4%) | 26 (11.0%) | 44 (18.6%) | 140 (59.1%) | 1.7 | 1.0 |
| 5. ท่านสูบบุหรี่ | 172 (72.6%) | 18 (7.6%) | 9 (3.8%) | 38 (16.0%) | 3.4 | 1.1 |
| 6. ท่านมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย | 12 (5.1%) | 8 (3.4%) | 13 (5.5%) | 204 (86.1%) | 1.3 | 0.8 |
| กิจกรรมด้านร่างกาย | | | | | | |
| 7. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง โยคะ | 87 (36.7%) | 40 (16.9%) | 52 (21.9%) | 58 (24.5%) | 2.7 | 1.2 |
| 8. ในแต่ละสัปดาห์ท่านออกกำลังกาย นานติดต่อกันอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อวัน | 74 (31.2%) | 46 (19.4%) | 57 (24.1%) | 60 (25.3%) | 2.6 | 1.2 |
| 9. ในแต่ละสัปดาห์ท่านใช้เวลาในการทำกิจกรรมให้มีเหงื่อออก เช่น การทำสวน ปลูกต้นไม้ ล้างรถ | 65 (27.4%) | 41 (17.3%) | 66 (27.8%) | 65 (27.4%) | 2.4 | 1.2 |

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากจำแนกรายข้อ (n=237) (ต่อ)

| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | ค่า เฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วน เบี่ยง เบน มาตรฐาน (S.D) |
|--|---------------------|----------------------|--------------------------|----------------|--------------------------------|---|
| ด้านโภชนาการ | | | | | | |
| 10. ท่านรับประทานมะเขือเทศ | 42 (17.7%) | 60 (25.3%) | 115 (48.5%) | 20 (8.4%) | 2.5 | 0.9 |
| 11. ท่านรับประทานผักใบเขียว เช่น คะน้า ผักบุ้ง กวางตุ้ง หัวกะหล่ำปลี หรือดอกกะหล่ำ | 96 (40.5%) | 84 (35.4%) | 49 (20.7%) | 8 (3.4%) | 3.1 | 0.9 |
| 12. ท่านดื่มนมถั่วเหลือง 1 แก้วต่อวัน หรือถั่วเหลือง 1 ถ้วยต่อวัน หรือ เต้าหู้แข็งครึ่งก้อน ต่อวัน | 35 (14.8%) | 47 (19.8%) | 117 (49.4%) | 38 (16.0%) | 2.3 | 0.9 |
| 13. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมัน เช่น ข้าวมันไก่ ขาหมู หมูสามชั้น อาหารผัด/ทอด | 23 (9.7%) | 31 (13.1%) | 131 (55.3%) | 52 (21.9%) | 2.1 | 0.9 |
| 14. ท่านดื่มนมอย่างน้อย 1 แก้วต่อวัน | 40 (16.9%) | 29 (12.2%) | 110 (46.4%) | 58 (24.5%) | 2.2 | 1.0 |
| สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล | | | | | | |
| 15. ท่านมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน | 108 (45.6%) | 61 (25.7%) | 47 (19.8%) | 21 (8.9%) | 3.1 | 1.0 |
| 16. สมาชิกในครอบครัวท่าน เช่น ภรรยา บุตร ให้ ความสนใจในการดูแลสุขภาพของท่าน | 139 (58.6%) | 58 (24.5%) | 28 (11.8%) | 12 (8.9%) | 3.1 | 1.0 |
| 17. ท่านแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนในวัยเดียวกัน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะมะเร็งต่อม ลูกหมาก | 25 (10.5%) | 25 (10.5%) | 51 (21.5%) | 136 (57.4%) | 1.7 | 1.0 |
| 18. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในชุมชน เช่น ชมรม ผู้สูงอายุ | 43 (18.1%) | 28 (11.8%) | 43 (18.1%) | 123 (51.9%) | 2.0 | 1.0 |
| การพัฒนาทางจิตวิญญาณ | | | | | | |
| 19. ท่านใช้สติในการดำเนินชีวิต | 168 (70.9%) | 50 (21.1%) | 10 (4.2%) | 9 (3.8%) | 3.6 | 0.7 |
| 20. ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความ สงบสุข | 152 (64.1%) | 49 (20.7%) | 28 (11.8%) | 8 (3.4%) | 3.5 | 0.8 |
| 21. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อความสุขและ จิตใจที่สงบ เช่น สวดมนต์ไหว้พระ | 106 (44.7%) | 58 (24.5%) | 53 (22.4%) | 20 (8.4%) | 3.1 | 1.0 |

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากจำแนกรายข้อ (n=237) (ต่อ)

| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | ปฏิบัติ สม่ำเสมอ | ปฏิบัติ บ่อยครั้ง | ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง | ไม่ปฏิบัติ | ค่า เฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วน เบี่ยง เบน มาตรฐาน (S.D.) |
|--|---------------------|----------------------|--------------------------|---------------|--------------------------------|--|
| การจัดการกับความเครียด | | | | | | |
| 22. ท่านพูดคุยกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อน เพื่อผ่อนคลาย ความเครียด | 81 (34.2%) | 82 (34.6%) | 55 (23.2%) | 19 (8.0%) | 2.9 | 0.9 |
| 23. ท่านปรึกษากับบุคคลในครอบครัว เช่น ภรรยา บุตร เมื่อรู้สึกเครียด หรือไม่สบายใจ | 89 (37.6%) | 72 (30.4%) | 50 (21.1%) | 26 (11.0%) | 2.9 | 1.0 |
| 24. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิ | 63 (26.6%) | 61 (25.7%) | 60 (25.3%) | 53 (22.4%) | 2.6 | 1.1 |
| 25. ท่านนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อย 6 ชั่วโมง ต่อวัน | 133 (56.1%) | 80 (33.8%) | 18 (7.6%) | 6 (2.5%) | 3.4 | 0.7 |
| 26. ท่านแบ่งเวลาเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ | 118 (49.8%) | 92 (38.8%) | 21 (8.9%) | 6 (2.5%) | 3.4 | 0.9 |
| 27. เมื่อท่านเครียด หงุดหงิด โกรธ หรือกังวล ท่านทำ จิตให้สบายและ แสดงออกทางอารมณ์อย่าง เหมาะสม | 104 (43.9%) | 80 (33.8%) | 41 (17.3%) | 12 (5.1%) | 3.2 | 0.9 |

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=237)

| ข้อความ | เห็นด้วย อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่ เห็นด้วย | ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D) |
|---|-----------------------|----------------|-----------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | | | | | | |
| 1. การตรวจสุขภาพประจำปีสามารถลดความเสี่ยงต่อโรคต่างๆเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง ได้ | 97 (40.9%) | 138 (58.2%) | 1 (0.4%) | 1 (0.4%) | 3.4 | 0.5 |
| 2. การตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากช่วยวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรกได้ | 57 (24.1%) | 177 (74.7%) | 3 (1.3%) | 0 (0%) | 3.2 | 0.4 |
| 3. การรับประทานผักใบเขียวเช่นกะหล่ำปลี หรือ ดอกกะหล่ำเป็นประจำทุกวันช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | 43 (18.1%) | 184 (77.6%) | 6 (2.5%) | 4 (1.7%) | 3.1 | 0.5 |
| 4. การรับประทานมะเขือเทศ ถั่วเหลือง เต้าหู้เป็นประจำทุกวันช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | 49 (20.7%) | 185 (78.1%) | 3 (1.3%) | 0 (0%) | 3.2 | 0.4 |
| 5. การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก เช่น ขาหมู อาหารผัด/ทอด ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | 55 (23.2%) | 162 (68.4%) | 8 (3.4%) | 5 (2.1%) | 3.1 | 0.6 |
| 6. การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | 61 (25.7%) | 163 (68.8%) | 8 (3.4%) | 5 (2.1%) | 3.2 | 0.6 |
| 7. การหลีกเลี่ยงการ ดื่มสุรา ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | 59 (24.9%) | 170 (71.7%) | 5 (2.1%) | 3 (1.3%) | 3.2 | 0.5 |
| 8. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | 48 (20.3%) | 180 (75.9%) | 7 (3.0%) | 2 (0.8%) | 3.2 | 0.5 |
| 9. การมีคู่นอนหลายคนสามารถเพิ่มความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากได้ | 31 (13.1%) | 166 (70%) | 26 (11.0) | 14 (5.9%) | 2.9 | 0.7 |
| 10. การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวันช่วยให้มีสุขภาพดี | 75 (31.6%) | 156 (65.8%) | 5 (2.1%) | 1 (0.4%) | 3.3 | 0.5 |
| 11. การจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ ทำให้จิตใจสงบสุข | 74 (31.2%) | 158 (66.7%) | 3 (1.3%) | 2 (0.8%) | 3.3 | 0.5 |

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=237) (ต่อ)

| ข้อความ | เห็นด้วย อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่ เห็นด้วย | ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D) |
|---|-----------------------|---------------|-----------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | | | | | | |
| 1. ท่านรู้สึกอาย ในการ ไปตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก | 14 (5.9%) | 57 (24.1%) | 117 (49.4%) | 49 (20.7%) | 2.8 | 0.8 |
| 2. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการไปตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก | 17 (7.2%) | 56 (23.6%) | 131 (55.3%) | 33 (13.9%) | 2.8 | 0.8 |
| 3. ท่านไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากเพราะค่าบริการตรวจมีราคาแพง | 20 (8.4%) | 79 (33.3%) | 112 (47.3%) | 26 (11.0%) | 2.6 | 0.8 |
| 4. ท่านไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากเพราะไม่มีเวลา | 15 (6.3%) | 68 (28.7%) | 131 (55.3%) | 23 (9.7%) | 2.7 | 0.7 |
| 5. การหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่มีไขมันมาก เช่น ขาหมู หมูสามชั้น อาหารตัด/ทอด เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก | 14 (5.9%) | 63 (26.6%) | 122 (51.5%) | 38 (16.0%) | 2.8 | 0.8 |
| 6. ท่านไม่สามารถรับประทานกะหล่ำปลี บร็อคโคลี่ ดอกกะหล่ำ และผักใบเขียวต่างๆเป็นประจำทุกวันเพราะเป็นอาหารที่แข็งทำให้เคี้ยวได้ยาก | 18 (7.6%) | 45 (19.0%) | 147 (62.0%) | 27 (11.4%) | 2.8 | 0.7 |
| 7. ท่านไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพราะตัวท่านเองไม่อยากเลิก | 11 (4.6%) | 39 (16.5%) | 115 (48.5%) | 72 (30.4%) | 3.0 | 0.8 |
| 8. การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เป็นเรื่องยาก | 8 (3.4%) | 37 (15.6%) | 126 (53.2%) | 66 (27.8%) | 3.1 | 0.8 |
| 9. การมีคู่นอนคนเดียวเป็นเรื่องยาก | 6 (2.5%) | 17 (7.2%) | 150 (63.3%) | 64 (27.0%) | 3.1 | 0.7 |
| 10. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องยุ่งยาก | 5 (2.1%) | 39 (16.5%) | 140 (59.1%) | 53 (22.4%) | 3.0 | 0.7 |
| 11. ท่านไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนอย่าง 6 ชั่วโมงต่อวัน เนื่องจากนอนหลับยาก | 13 (5.5%) | 46 (19.4%) | 140 (59.1%) | 38 (16.0%) | 2.9 | 0.7 |
| 12. ท่านไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เพราะไม่มีคนพาไป | 6 (2.5%) | 37 (15.6%) | 154 (65%) | 40 (16.9%) | 3.0 | 0.7 |
| 13. ท่านไม่สามารถจัดการความเครียดได้เพราะขาดกำลังใจจากคนในครอบครัว | 11 (4.6%) | 23 (9.7%) | 149 (62.9%) | 54 (22.8%) | 3.0 | 0.7 |

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำแนกรายข้อ (n=237) (ต่อ)

| ข้อความ | เห็นด้วย อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่ เห็นด้วย | ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D) |
|--|-----------------------|----------------|-----------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง | | | | | | |
| 1. ท่านสามารถ ไปตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี | 35 (14.8%) | 149 (62.9%) | 42 (17.7%) | 11 (4.6%) | 2.9 | 0.7 |
| 2. ท่านสามารถ ไปตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | 25 (10.5%) | 127 (53.6%) | 81 (34.2%) | 4 (1.7%) | 2.7 | 0.7 |
| 3. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ที่มีไขมันมาก | 45 (19.0%) | 173 (73.0%) | 15 (6.3%) | 4 (1.7%) | 3.1 | 0.6 |
| 4. ท่านสามารถรับประทานกะหล่ำปลี หรือ ดอกกะหล่ำ หรือผักใบเขียวอื่นๆเป็นประจำทุกวัน | 30 (12.7%) | 187 (78.9%) | 17 (7.2%) | 3 (1.3%) | 3.0 | 0.5 |
| 5. ท่านสามารถรับประทานมะเขือเทศ | 34 (14.3%) | 186 (78.5%) | 16 (6.8%) | 1 (0.4%) | 3.1 | 0.5 |
| 6. ท่านสามารถรับประทาน ถั่วเหลือง เต้าหู้หรือน้ำเต้าหู้เป็นประจำทุกวัน | 34 (14.3%) | 135 (57.0%) | 68 (28.7%) | 0 (0%) | 2.9 | 0.6 |
| 7. ท่านสามารถหลีกเลี่ยง หรือเลิกสูบบุหรี่ ได้ | 77 (32.5%) | 133 (56.1%) | 21 (8.9%) | 6 (2.5%) | 3.2 | 0.7 |
| 8. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงหรือเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ | 77 (32.5%) | 137 (57.8%) | 21 (8.9%) | 6 (2.5%) | 3.2 | 0.6 |
| 9. ท่านสามารถออกกำลังกาย นานติดต่อกัน ประมาณ 15-30 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ได้ | 48 (20.3%) | 148 (62.4%) | 38 (16.0%) | 3 (1.3%) | 3.0 | 0.6 |
| 10. ท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะได้ | 38 (16.0%) | 198 (83.5%) | 1 (0.4%) | 0 (0%) | 3.2 | 0.4 |
| 11. ท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้ | 33 (13.9%) | 162 (68.4%) | 33 (13.9%) | 9 (3.8%) | 2.9 | 0.7 |
| 12. ท่านสามารถสร้างความพึงพอใจในชีวิตและความสงบสุขได้ | 59 (24.9%) | 176 (74.3%) | 2 (0.8) | 0 (0%) | 3.2 | 0.4 |
| 13. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ | 35 (14.8%) | 195 (82.2%) | 7 (3.0%) | 0 (0%) | 3.1 | 0.4 |
| 14. ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิได้ | 43 (18.1%) | 187 (78.9%) | 7 (3.0%) | 0 (0%) | 3.2 | 0.4 |

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายข้อตามแหล่งของการได้รับคำแนะนำสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n=237)

| ข้อความ | แหล่งของการได้รับการสนับสนุน | | | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D) |
|---|------------------------------|---------------|--|----------------------------|---------------------------------------|
| | สมาชิกใน ครอบครัว | เพื่อน | บุคลากรทาง การแพทย์และ สาธารณสุข | | |
| 1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อม ลูกหมากหรือไม่ | 14 (5.9%) | 20 (8.4%) | 93 (39.2%) | 1.4 | 1.4 |
| 2. ท่านได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น การ ออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มี ไขมันมาก การรับประทานผักใบเขียว กะหล่ำปลี มะเขือเทศ ถั่วเหลือง เป็นต้น | 24 (10.1%) | 24 (10.1%) | 85 (35.9%) | 1.4 | 1.4 |
| 3. ท่านได้รับการแนะนำให้ไปรับการตรวจมะเร็ง ต่อมลูกหมากหรือไม่ | 26 (11.0%) | 9 (3.8%) | 71 (30.0%) | 1.1 | 1.3 |
| 4. ท่านได้รับการสนับสนุนด้านค่าตรวจคัดกรอง มะเร็งต่อมลูกหมากหรือไม่ | 40 (18.1%) | 3 (1.3%) | 40 (16.9%) | 0.7 | 1.1 |
| 5. ท่านได้รับกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ในการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความ เสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก | 74 (31.2%) | 9 (3.8%) | 27 (11.4%) | 0.7 | 1.0 |

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจำแนกรายข้อตามการได้รับคำแนะนำสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n=237)

| ข้อความ | ได้รับเป็นประจำ | ได้รับบางครั้ง | ไม่ได้รับ | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) |
|--|-----------------|----------------|----------------|-------------------------|----------------------------|
| 1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งต่อมลูกหมากหรือไม่ | 34 (14.3%) | 93 (39.2%) | 110 (46.5%) | 1.7 | 0.7 |
| 2. ท่านได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก เช่น การออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีไขมันมาก การรับประทานผักใบเขียว กะหล่ำปลี มะเขือเทศ ถั่วเหลือง เป็นต้น | 33 (13.9%) | 100 (42.2%) | 104 (43.9%) | 1.7 | 0.7 |
| 3. ท่านได้รับการแนะนำให้ไปรับการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมากหรือไม่ | 36 (15.2%) | 70 (29.6%) | 131 (55.2%) | 1.6 | 0.7 |
| 4. ท่านได้รับการสนับสนุนด้านค่าตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากหรือไม่ | 36 (15.2%) | 47 (21.1%) | 154 (63.7%) | 1.5 | 0.7 |
| 5. ท่านได้รับกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมาก | 53 (22.4%) | 57 (24.1%) | 127 (53.6%) | 1.7 | 0.8 |

ตารางที่ 15 ตารางเมตริกซ์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ (n=237)

| ตัวแปร | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|--------------------------------------|--------|--------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|--------|------|----|
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ | 1 | | | | | | | | | | |
| อายุ | .049 | 1 | | | | | | | | | |
| สถานภาพสมรส | .102 | -.156* | 1 | | | | | | | | |
| รายได้ครอบครัว | .226** | -.092 | .078 | 1 | | | | | | | |
| ระดับการศึกษา | .232** | -.103 | .100 | .078 | 1 | | | | | | |
| พฤติกรรมในอดีต | -.146* | .114 | -.012 | -.226** | -.030 | 1 | | | | | |
| การรับรู้ประโยชน์ | .163* | .050 | -.056 | .166* | -.023 | -.021 | 1 | | | | |
| การรับรู้อุปสรรค | .103 | .147* | .092 | -.102 | .025 | .284** | .014 | 1 | | | |
| การรับรู้ความสามารถของตนเอง | .429** | .027 | -.023 | .194** | -.122 | -.078 | .507** | .146* | 1 | | |
| แรงสนับสนุนทางสังคม | .440** | .088 | .043 | .272** | .060 | -.307** | .035 | -.194** | .290** | 1 | |
| ความรุนแรงของอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ | -.031 | .114 | -.063 | .104 | -.064 | -.177** | .027 | -.073 | -.010 | .120 | 1 |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ประวัติผู้วิจัย

| | |
|-----------------|---|
| ชื่อ/นามสกุล | นางสาวญาณันท์ รัตนธีรวิเชียร |
| วันเดือนปีเกิด | 6 กันยายน 2520 |
| ประวัติการศึกษา | พ.ศ. 2543 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548 นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ประวัติการทำงาน | พยาบาลวิชาชีพ หน่วยพักรอดูอาการก่อนและหลังผ่าตัด สยามินทร์ 5 งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช 2 ถนนพรานนก แขวง ศิริราช เขต บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 02-4197916 |