

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร



นางสาวชลธิชา จันทคีรี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ISBN 974 – 14 – 2608 - 9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HEALTH PROMOTION BEHAVIORS OF THE ELDERLY PARTICIPATING
IN ACTIVITIES AT LUMPINEE PARK, BANGKOK METROPOLIS

Miss Chonticha Chantakeeree

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

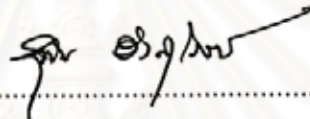
Academic Year 2006

ISBN 974 – 14 – 2608 - 9

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร
โดย	นางสาวชลธิชา จันทร์ศิริ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย อนุโมติให้บัณฑิตวิทยาลัย เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

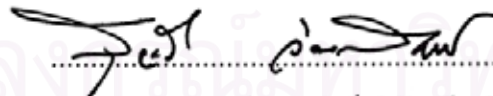
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์




.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โททกานนท์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช)



.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ)

ชลธิชา จันทร์ศิริ : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร (HEALTH PROMOTION BEHAVIORS OF THE ELDERLY PARTICIPATING IN ACTIVITIES AT LUMPINEE PARK, BANGKOK METROPOLIS)
 อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อ. ที่ปรึกษาร่วม : อ.ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ,
 163 หน้า ISBN 974-14-2608-9

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 400 คน ที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร เครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการจูงใจตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในแต่ละส่วน จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78, .73, .73, .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที (t-test) สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) และสถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 146.82$)
2. ผู้สูงอายุมีการจูงใจตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.53$)
3. ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.87$)
4. ผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.07$)
5. อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .200, .223, .485$ ตามลำดับ)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา.....2549.....

ลายมือชื่อผู้จัดทำ..... *ชลธิชา จันทร์ศิริ*.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... *จิราพร เกศพิชญวัฒนา*.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... *สุวิณี วิวัฒน์วานิช*.....

974-14-2608-9: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: HEALTH PROMOTION BEHAVIORS/ SELF-MOTIVATION / PERCEIVED HEALTH STATUS/ SOCIAL SUPPORT

CHONTICHA CHANTAKEEREE: HEALTH PROMOTION BEHAVIORS OF THE ELDERLY PARTICIPATING IN ACTIVITIES AT LUMPINEE PARK, BANGKOK METROPOLIS. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA , Ph.D., THESIS COADVISOR : SUWINEE WIVATVANIT, Ph.D., 163 pp. ISBN 974-14-2608-9

The purposes of this research were to study health promotion behaviors, self-motivation, perceived health status, social support and relationships between self-motivation, perceived health status, social support and health promotion behaviors of the elderly. Participants were 400 elderly participating in activity at Lumpinee Park, Bangkok Metropolis, and were selected by Stratified random sampling technique. Research instruments were Health Promotion Behaviors, Self-motivation, Perceived Health Status and Social Support which were tested for content validity and reliability. The reliabilities were .78, .73, .73, .88, respectively. Data were analyzed by using SPSS for Windows, including frequency, mean, standard deviation, t-test, One Way ANOVA, and Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient

Findings were as follows;

1. Health promotion behaviors of elderly was at the good level ($\bar{x} = 146.82$).
2. Self-motivation of elderly was at the high level ($\bar{x} = 3.53$).
3. Perceived health status of elderly was at the good level ($\bar{x} = 3.87$).
4. Social support of elderly was at the high level ($\bar{x} = 4.07$).
5. Age, gender, marital status, education, and income were not significantly correlated with health promotion behaviors for elderly.

Field of Study : ...Nursing science.....

Academic Year :2006.....

Student's Signature: *Chonticha Chantakeeree*
 Advisor's Signature: *Jiraporn K. Wattana*
 Co-advisor's Signature: *Suwinee Wivatvanit*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้สละเวลาให้ความรู้ คำแนะนำคำปรึกษา พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจต่อผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

พร้อมทั้งขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอิทกานนท์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรัก และห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา ณ ที่แห่งนี้ อีกทั้งกราบขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัย

กราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยขอขอบพระคุณ กองสวนสาธารณะ สำนักอนามัย สำนักสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร และผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินีทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมิติเวชและเพื่อนๆ ทุกท่าน ที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา และท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่เป็นที่รักยิ่ง ตลอดจนถึง พี่ๆ ที่คอยห่วงใย ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยตลอดมา ถือเป็นแรงใจที่สำคัญ ให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์และสำเร็จการศึกษาลงได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	21
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	31
ผู้สูงอายุและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	50
ผู้สูงอายุและการอยู่อาศัยในเขตเมือง.....	53
บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	57
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	62
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	
	80

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย.....	99
อภิปรายผลการวิจัย.....	101
ข้อเสนอแนะ.....	116
รายการอ้างอิง.....	117
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	128
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	130
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	136
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	139
ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	153
ภาคผนวก ฉ ผลการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสวนลุมพินี และแผนที่สวนลุมพินี.....	158
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	163

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร จำแนกตามประเภทกิจกรรม..	64
2	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งสำคัญที่มาของรายได้ และโรคประจำตัว	80
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ.....	82
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี จำแนกตามการมาใช้บริการ.....	83
6	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน.....	84
7	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ.....	85
8	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านกิจกรรมทางกาย.....	86
9	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านโภชนาการ.....	87
10	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล.....	88
11	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ.....	89
12	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการจัดการกับความเครียด.....	90
13	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจูงใจตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน.....	91

14	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน.....	92
15	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของ ผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน.....	93
16	เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน โดยจำแนกตามเพศ.....	94
17	เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้าน โดยจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้.....	95
18	ความสัมพันธ์ระหว่างการงัดใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการ สนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	96



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันนี้พบว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้จำนวนผู้สูงอายุ ณ ขณะนี้มีถึง 694 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,200 ล้านคน ในปี 2025 (WHO, 2002) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีประชากรผู้สูงอายุ 6.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.5 ของประชากรรวมทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 14 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศในอีก 20 ปีข้างหน้า (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2547) ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรนี้ทำให้ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “ ประชากรสูงอายุ (Population aging) ” คือ การมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547) จากการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างเห็นได้ชัดนี้ทำให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การมีหลักประกันและมีสุขภาพที่ดีเมื่อเข้าสู่ภาวะสูงวัย หรือการมีภาวะ “ พดุมพลัง (Active aging) ” (WHO, 2002)

ดังนั้นจึงมีการกำหนดนโยบายซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่สำคัญ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรงเป็นการให้บริการในเชิงรุกมากกว่าเชิงรับหรือ “สร้างนำซ่อม” (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , 2545) ทั้งนี้จุดสำคัญ คือ การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (ทัศน บัญทองและคณะ, 2542) Pender (2002) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behavior) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ และเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัยซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วย (Pender, 2002)

ในปัจจุบันนี้พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุหรือการรวมกลุ่มกันออกกำลังกาย ซึ่งนอกจากจะเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพแล้วยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับบุคคลในวัยเดียวกันอีกด้วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544 ; เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร และ นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ,

2546) อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย (วาสนา เกื่อนวงษ์, 2540) เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านของการเดินทางและสถานที่อำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมเพราะพื้นที่ส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้เพื่อการพัฒนาและขยายตัวเมือง (เวทิส กาญจนแก้ว, 2544) ซึ่งต่างกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทที่มีการรวมกลุ่มกันเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่า (สุวิณี วิวัฒน์วานิช กฤตยา อาชวนิจกุลและ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2546) จากการศึกษาของ วรฉวี ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในเขตอื่น ๆ และจากการศึกษาของ ชลธิชา สงวนวงษ์ (2539) พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งในกรุงเทพมหานครมีปัญหาสุขภาพ มีโรคประจำตัว และขาดการเอาใจใส่ด้านการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ นิยมรับประทานอาหารที่เป็นโปรตีนและมีไขมันสูง สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองที่มีแนวโน้มเอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพและสนใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงและฐานะเศรษฐกิจดี (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) และรูปแบบของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พบได้บ่อย คือ การรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่สวนสาธารณะที่ผู้สูงอายุมารวมตัวกันเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย พบปะสังสรรค์และกิจกรรมนันทนาการ (กฤษณกมล วิจิตร และคณะ, 2545)

สวนสาธารณะเป็นสถานที่ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยได้มีโอกาสเข้าไปใช้บริการซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วย สำหรับในกรุงเทพมหานครพบว่ามีส่วนสาธารณะทั้งหมด 18 แห่ง (สำนักงานสวนสาธารณะ กรุงเทพมหานคร, 2546) สวนลุมพินี เป็นสวนสาธารณะอีกแห่งหนึ่งที่มีผู้เข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นสวนสาธารณะที่ใหญ่มีพื้นที่ 360 ไร่ ตั้งอยู่บริเวณเขตกรุงเทพมหานครชั้นในบนพื้นที่แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน มีการคมนาคมที่สะดวกง่ายต่อการเข้ามาใช้บริการ (ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541) สวนลุมพินีเป็นสวนสาธารณะภายใต้ความรับผิดชอบของกองสวนสาธารณะ กรุงเทพมหานครที่มีความเก่าแก่ที่สุดเปิดให้บริการมา 80 ปี ทำให้เป็นที่รู้จักและได้รับความนิยมจากประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานครเพื่อใช้พื้นที่ในการออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ มากที่สุดเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 20,000 คนต่อวัน (กฤษณกมล วิจิตร และคณะ, 2545) โดยเฉพาะในยามเช้าช่วงเวลาระหว่าง 5.00 – 8.30 น. จะพบว่ามียุทธศาสตร์ผู้สูงอายุที่มาร่วมกันทำกิจกรรมออกกำลังกายเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้จากผลการสำรวจของกฤษณกมล วิจิตร และคณะ (2545) พบว่าภายในสวนลุมพินีมีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมากกว่า 90 ชมรม และมีการร่วมกันทำกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น ไทเก๊ก รำกระบอง เต้นรำ ร้องเพลง หรือ จิบน้ำชาพูดคุยสังสรรค์ ซึ่งเป็นกิจกรรมทางกายที่เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มารวมตัวกันเพื่อทำกิจกรรมในสวนลุมพินี นับว่าเป็นสิ่งที่ดีแสดงให้เห็นถึงการเอาใจใส่ด้านการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมในด้านอื่น ๆ ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2002) เช่น ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่น่าสนใจ Pender (2002) กล่าวว่า การมีสุขภาพดีของบุคคลนั้นเกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกันในแต่ละด้าน และปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุที่มามากกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสวนลุมพินีนี้ ถือได้ว่าให้ความสนใจกับภาวะสุขภาพในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่น ๆ เช่น ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ยังไม่มีความชัดเจนว่าเป็นเช่นไร ทั้งนี้ จากการศึกษาของ วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่นิยมเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุและไม่นิยมการออกกำลังกาย เนื่องจากสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่มีเวลา และไม่มีเพื่อน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุเกือบครึ่งนิยมดื่มเครื่องดื่มกระตุ้นประสาท และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ได้แก่ กาแฟ และสุรา และจากผลการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2547) พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเกือบครึ่งมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด ในขณะเดียวกันยังพบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ไปตรวจตามแพทย์นัดถึงร้อยละ 46 และเมื่อมีการเจ็บป่วยจะชื้อยามารับประทานเองมากที่สุด ดังนั้นจึงทำให้น่าสนใจว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินีกลุ่มนี้เป็นเช่นไร

นอกจากนี้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น แรงผลักดันภายในตนเองหรือการจูงใจตนเอง (Self-motivation) เป็นปัจจัยหนึ่งทางด้านจิตวิทยาที่มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) ทำให้บุคคลมีการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ โดยมีการตั้งเป้าหมายและพันธสัญญาที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Dishman et.al, 1980) การจูงใจตนเองสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Resnick, 1999) ทั้งนี้การจูงใจตนเองนั้นมีจุดเริ่มต้นมาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) ซึ่งเป็นการประเมินภาวะสุขภาพจากการรับรู้ตามความเป็นจริงของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพว่าตนเองมีการเจ็บป่วยก็จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่ดีขึ้น (พฤษเมษา หมั่นคำแสน, 2542) แต่สำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีจะมีแรงจูงใจและเพิ่มความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมาด้วย (Pender, 2002; ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่องเห็นคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมช่วยปรับระดับประคองจิตใจให้สามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิตได้ (Cobb, 1976; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว (Pender, 2002) ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) และนอกจากนี้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นยังมีความแตกต่างกัน อันเนื่องมาจากความแตกต่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ Pender (2002) กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นลักษณะภายในของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกนึกคิดและแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุหญิงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย (สดไส ศรีสอาด, 2540) สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น มีระดับการศึกษาต่ำ และมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดีตามมาด้วย (ไพจิตรา ล้อสกุลทอง และคณะ, 2546 ; ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Pender, 2002) พบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือมีแนวโน้มใส่ใจสุขภาพและอาศัยอยู่ในเขตเมือง โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมออกกำลังกายและกิจกรรมต่าง ๆ ในสวนลุมพินี ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพในระดับหนึ่ง แต่ทั้งนี้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender (2002) ยังประกอบด้วยด้านอื่น ๆ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตลอดจนปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การสนใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวข้างต้นกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการวางแผนงานด้านส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น (Ottawa Charter อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ช่วยให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีทั้งในผู้สูงอายุที่ปกติและเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม

ได้อย่างมีคุณภาพสอดคล้องกับนโยบายของประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, 2545 ; Phillip, 1990 Cited in Hodge and Staab , 2001)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behaviors) ของ Pender (2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นตามแนวคิดของ Pender (2002) มีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion behaviors) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิต ตลอดจนประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้ในชีวิต (Pender, 1996) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความจำเป็นในประชากรสูงอายุ เนื่องจากมีลักษณะเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ กระบวนการชราที่ทำให้พลังงานสำรองลดลง มีโอกาสเกิดโรคและภาวะทุพพลภาพสูง มักมีโรคหรือปัญหาสุขภาพหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน เกิดผลแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาได้ง่าย มีการปรับตัวเข้ากับสังคมสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี รวมถึงทัศนคติที่ไม่ดีต่อความชราและผู้สูงอายุของสังคม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหามากมายตามมาได้ง่าย การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมให้มีชีวิตที่ยืนยาวและมี

คุณภาพชีวิตที่ดี (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นควรมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนของชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ (Pender, 2002)

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองและการตรวจร่างกายสม่ำเสมอ มีการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งการได้รับบริการจากบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีความสนใจต่อสุขภาพของตนเองจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ดีตามมา (ภารณี เทพส่องแสง, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของอนันต์ ลู่เกียง (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวจะมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและมีการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่เป็นประจำ แตกต่างจากการศึกษาของ ปาลีรัตน์ พรทวีภักธา (2541) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังใส่ใจกับสุขภาพของตนเองค่อนข้างน้อยและไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี

2) กิจกรรมทางกาย เป็นลักษณะของการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ก็ตามที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกาย สำหรับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายได้ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543; Jones & Jones, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุจรี สะอ่อม และ จริยา อินทนา (2547) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี โดยออกแรงทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำสวน ทำงานบ้าน การเดินเล่นหรือการรำมวยจีน แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย (Pothiban, 1993 ; Forbes, 1992)

3) โภชนาการ เป็นพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม มีประโยชน์และได้คุณค่าทางด้านโภชนาการครบถ้วน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัยจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีอายุยืนยาว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวจะมีการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี แต่ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางด้านโภชนาการได้ง่ายเนื่องจากมีความเสื่อมของสภาพร่างกายและมีโรคประจำตัวที่จำเป็นต้องมีการจำกัดอาหาร (ศิริมาวงศ์แหลมทอง, 2542)

4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการกระทำที่แสดงถึงการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นอย่างเป็นระบบโดยการติดต่อกับบุคคลในสังคม ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดและการดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว (บรรลุ ศิริพานิช, 2545) ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นในสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา (Pender, 1996; Swanson & Hurley, 1993 ; รุ่งทิพย์ แ่งใจ, 2542)

5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตใจของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อ ความหวัง การให้อภัย ชีวิตหลังความตาย รวมถึงการมีจุดมุ่งหมายใน

ชีวิตและปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้น (Pender, 1996 ; แสงเดือนพรหมแก้วงาม, 2543) เนื่องจากสภาพสังคมไทย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ โดยหลักธรรมของศาสนาพุทธสอนให้มองภาวะทุกอย่างด้วยความเป็นจริงตามธรรมชาติ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักตนเองและยอมรับความเสื่อมหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยได้ (จิตรา จันชนะกิจ, 2541)

6) การจัดการกับความเครียด เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำสมาธิ ตลอดจนการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ที่เสื่อมลง หากไม่สามารถปรับตัวรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้จะทำให้เกิดภาวะเครียด (ประเวศ วะสี, 2543) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ส่งผลให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้มีประสิทธิผลลดลง

ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ แต่เนื่องจากปัจจัยบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล จึงมักไม่นำมามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ซึ่งตัวแปรในกลุ่มนี้ได้รับพิจารณาว่ามีความสำคัญต่อการจูงใจมากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ปัจจัยด้านผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม ความต้องการและความพึงพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นความสำเร็จของผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคล เมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต จะช่วยให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกศึกษาปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีส่วนทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างและไม่แตกต่างกัน (ไพจิตร ล้อสกุลทอง และคณะ, 2546 ; อนันต์ ภูเกียง, 2543) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ยังไม่ชัดเจน จึงเลือกมาทำการศึกษาอีกครั้ง ปัจจัยด้านการจูงใจตนเอง เป็นแรงผลักดันให้บุคคลกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ (Pender, 1996) แต่สำหรับผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง เนื่องจากสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่มีเวลา และไม่มีเพื่อน (วาสนา เกื้อนวนงษ์, 2540) ตรงกันข้ามผู้สูงอายุบางกลุ่มที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงจะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้น (สมชาย วงษ์กระสันต์, 2543) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเอง ซึ่ง Pender (2002) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะมีผลต่อความถี่และความจริงจังของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่จากการศึกษาของ มัทนา อินทร์แพง (2543) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากรับรู้ว่าคุณภาพไม่แข็งแรง การทรงตัวไม่ดี นอกจากนี้ได้เลือกศึกษาถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นแหล่งข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้านไปทางที่เสื่อมลง ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา (สุวิมล สันติเวส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และอัศวอนงค์ ปราโมช, 2545)

การจูงใจตนเอง (Self – motivation) เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาซึ่งเป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลให้มีการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ (Pender, 1996) สอดคล้องกับแนวคิดของ Dishman et al. (1980) ที่กล่าวว่า การจูงใจตนเองเป็นความต้องการและพึงพอใจของแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยอาศัยแรงผลักดันภายในของบุคคลที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วยหลักสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ (Dishman et al, 1980)

1) อุปนิสัย หมายถึง ลักษณะเฉพาะตัวที่พิเศษของแต่ละบุคคลที่จะกำหนดการตอบสนองและชี้นำพฤติกรรม ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ลักษณะนิสัยประกอบด้วย มีความอดทนพยายาม มีการตัดสินใจเอง และมีกำลังใจ

2) ความพยายามที่จะกระทำ หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่ต้องการมีประสิทธิภาพในการจัดการสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง พัฒนาทักษะและความสามารถของตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีความพยายามจะมีลักษณะเด่น คือ 1) มีการตั้งเป้าหมาย คาดหวังถึงผลของการกระทำช่วยทำให้เกิดการจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และ 2) มีพันธสัญญา ที่ตระหนักเกี่ยวกับการพัฒนาและวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้สูงอายุที่มีการตั้งเป้าหมายเพื่อให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยหรือมีภาวะสุขภาพที่ดี จะมีพันธสัญญาต่อตนเองและมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง (Resnick, 1999; Rhodes et al., 1992)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นการแสดงถึงการรับรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดแรงจูงใจให้บุคคลเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยบุคคลที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพดีจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้บ่อยและจริงจังกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี (Pender, 1996) ซึ่ง Brook et al. (1979) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้นประกอบ ด้วย 6 ด้านได้แก่

1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต จากประสบการณ์ ของความเจ็บป่วยที่ผ่านมา ทำให้บุคคล มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพทางบวกทำให้บุคคลเกิด การเรียนรู้และสามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้ดีขึ้น (ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541)

2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน เป็นการให้ความสำคัญเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ในแต่ละวัน บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดีจะมีความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี (Pender, 1996)

3) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต เป็นผลสืบเนื่องมาจากการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ในอดีตและปัจจุบันทำให้บุคคลเกิดความหวังและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (สุพร พริ้งเพริศ, 2538)

4) การรับรู้ความต้านทานโรคและเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพของบุคคล ว่ามีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำได้มากน้อยเพียงใด บุคคล ที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพดีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การเกิดโรคซ้ำและภาวะแทรกซ้อนสูงจะเกิดแรง กระตุ้นให้บุคคลร่วมมือในการรักษาและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น (พรทิพา ศุภราศรี, 2538)

5) ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การที่บุคคลที่มีความวิตกกังวล มากเกี่ยวกับแผนการรักษาจะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง แต่สำหรับ ผู้ที่มีความวิตกกังวลในระดับที่เหมาะสม จะช่วยกระตุ้นให้มีความสนใจด้านสุขภาพและปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง (Pender, 2002)

6) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลที่ มีทั้งภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะที่เจ็บป่วยสลับต่อเนื่องกันไป ซึ่งบุคคลที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับ สุขภาพจะทำให้มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ดีต่อไป (Stuiffleergan & Becker, 1994; Pender, 1996)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยจากอิทธิพลระหว่างบุคคลโดย การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Pender, 2002) ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ ได้รับความรัก และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) ช่วยให้บุคคล สามารถเผชิญกับความเครียดในชีวิตได้ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (สุวิมล สันติเวส, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ อัครอนงค์ ปรามิข, 2545) การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb(1976) and Schaefer, Coyne, Lazarus (1981) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเป็นเจ้าของ และช่วยบรรเทาอาการเครียดที่เกิดขึ้นได้

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการแสดงออกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่น รวมทั้งได้รับการยอมรับในสังคม

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) เป็นการแสดงออกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มีการให้ความช่วยเหลือและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการประเมินการกระทำของบุคคล

5) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ เงิน แรงงานหรือการบริการต่าง ๆ

ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางกลไกการรู้คิด-การรับรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ตามธรรมชาติ (Pender, 2002) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1) เพศ เป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางอย่างที่มีความแตกต่างกันเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ (โลภิตา ชันแก้ว, 2546) ซึ่งจากการศึกษาของ สดใส ศรีสอาด (2540) พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย โดยเอาใจใส่ในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่ดื่มเหล้าและไม่สูบบุหรี่

2) อายุ เป็นข้อบ่งชี้ถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลในด้านของพัฒนาการ วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการต่างๆ จากการศึกษาของ ไพจิตรา ล้อสกุลทอง และคณะ (2546) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีการเจ็บป่วยทำให้มีการดูแลตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง เช่นเดียวกับแนวคิดของ Orem (1991) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง

3) สถานภาพสมรส เป็นข้อบ่งชี้ถึงสถานะระบบครอบครัว เป็นตัวที่กำหนดบทบาททางสังคม จากการศึกษาของ ไพจิตรา ล้อสกุลทองและคณะ (2546) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) ที่พบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจที่มีคู่สมรส จะเป็นแหล่งประโยชน์ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษา

ของ Ahijivych, et al. (1998) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4) ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Pender, 2002) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ

5) รายได้ เป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา (Pender, 2002) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อินทราพร พรหมปรการ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากสามารถหาแหล่งบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย แต่สังคมไทยปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่โดยเฉพาะในเขตเมืองไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้ ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จึงได้จากบุตรหลาน (นภาพร ชัยวรธร, 2548)

สมมุติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
2. ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ
5. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
6. การรู้จักตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
7. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
8. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เป็นสมาชิกชมรมออกกำลังกายและร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของชมรมอย่างสม่ำเสมอ เป็นประจำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ณ สวนลุมพินี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เป็นสมาชิกชมรมออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในสวนลุมพินี เป็นประจำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนทั้งสิ้น 400 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การกระทำหรือการประกอบกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในชีวิตประจำวันเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีและป้องกันการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพด้านบวกตามจุดมุ่งหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตได้โดยการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ (Pender, 2002)

1.1 **ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ** หมายถึง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง โดยมีตรวจร่างกายสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สนใจแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งการรับบริการและการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อจำเป็น

1.2 **กิจกรรมทางกาย** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ก็ตามที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายแล้วเกิดการใช้พลังงานทำติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาทีและทำเป็นประจำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องนั่ง ยืน หรือนอนเป็นเวลานาน ๆ

1.3 **โภชนาการ** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมครบ 3 มื้อ ได้คุณค่าทางโภชนาการครบ 5 หมู่ มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

1.4 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการติดต่อกับบุคคลในสังคมที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด ได้รับการยอมรับและการดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากบุคคลอื่น ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพดีได้อย่างเหมาะสม

1.5 การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อ ความหวัง การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การให้อภัย ชีวิตหลังความตายรวมถึงการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตของผู้สูงอายุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้น

1.6 การจัดการกับความเครียด หมายถึง การที่ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำสมาธิ แบบแผนการนอนหลับ และการจัดการกับความเครียด ตลอดจนการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถประเมินได้จากแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Pender (2002)

2. การจูงใจตนเอง หมายถึง ความต้องการ ความพึงพอใจ และเป็นแรงผลักดัน ของผู้สูงอายุแต่ละคน ให้มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยหรือการมีสุขภาพแข็งแรง โดยมีการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างมีเป้าหมาย การจูงใจตนเองประกอบด้วยหลักสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ (Dishman et al., 1980)

2.1 อุปนิสัย หมายถึง ลักษณะเฉพาะตัวที่พิเศษของแต่ละบุคคลที่จะกำหนดการตอบสนองและชี้นำพฤติกรรม ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ลักษณะนิสัยประกอบด้วย มีความอดทนพยายาม มีการตัดสินใจเอง และมีกำลังใจ

2.2 ความพยายามที่จะกระทำ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความตั้งใจที่จะกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จตามที่ได้คาดหวังไว้ ซึ่งความพยายามที่จะกระทำ ประกอบด้วย

2.2.1 มีการตั้งเป้าหมาย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุคาดหวังถึงผลที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น เพื่อให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยหรือมีภาวะสุขภาพที่ดี

2.2.2 การมีพันธสัญญา หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสร้างข้อผูกพันหรือการสัญญากับตนเองที่จะตั้งใจและมุ่งมั่นปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ โดยมีการวางแผนและปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้

การจูงใจตนเองสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดการจูงใจตนเองของแสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดการจูงใจตนเองของ Dishman et al. (1980)

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ จากการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุตามความเป็นจริงในช่วงเวลานั้น ๆ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ (Brook et al., 1979)

3.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต หมายถึง ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ

3.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง ณ เวลาปัจจุบัน

3.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต หมายถึง การคาดเดาถึงภาวะสุขภาพในอนาคตข้างหน้าตามความรู้สึกของผู้สูงอายุเอง

3.4 การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ว่ามีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคซ้ำและการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากน้อยเพียงใด

3.5 ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงผลกระทบและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย เช่น ความลำบากในการไปรับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความยุ่งยาก ความไม่สุขสบายและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

3.6 ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและยอมรับถึงภาวะสุขภาพที่มีทั้งดีและเจ็บป่วยสลับกันไป และเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค แผนการรักษาและแสวงหาความรู้เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของ Brook et al. (1979)

4. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่และเห็นคุณค่าตลอดจนได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ (Cobb, 1976 ; Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981)

4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

4.2 การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จนเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่น จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถเป็นที่ยอมรับยกย่องและมีคุณค่า

4.3 การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลรอบข้างช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและไม่ถูกทอดทิ้ง

4.4 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากบุคคลรอบข้างหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ

4.5 การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เงินทอง หรือการบริการ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในด้านของการเงิน สิ่งของ การช่วยเหลือดูแลรวมถึงการพาไปรับการรักษา

การสนับสนุนทางสังคมสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Cobb (1976) and Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งในการวิจัยนี้จะหมายถึงผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมที่มาร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย มาพบปะพูดคุย จิบน้ำชา ร้องเพลง และเต้นรำ ภายในสวนลุมพินี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การจิตใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อใช้เป็นข้อมูลอันเป็นประโยชน์เชิงนโยบายแก่ผู้ปฏิบัติงานหรือเกี่ยวข้องด้านการส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มประชากรสูงอายุเพื่อการมีสุขภาพที่ดี
2. เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น ๆ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของการสูงอายุ
 - 1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 แนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.1 การจูงใจตนเอง
 - 3.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 3.3 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.4 ปัจจัยส่วนบุคคล
4. ผู้สูงอายุและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 4.1 ผู้สูงอายุในชุมชน
 - 4.2 ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
 - 4.3 ผู้สูงอายุในชนบท
 - 4.4 ผู้สูงอายุในเมือง
5. ผู้สูงอายุและการอยู่อาศัยในเขตเมือง
 - 5.1 ลักษณะของเมือง
 - 5.2 สวนสาธารณะในเขตเมือง
 - 5.3 สวนลุมพินี
 - 5.4 กิจกรรมต่าง ๆ ในสวนลุมพินี
6. บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ

1.1 ความหมายของการสูงอายุ

มีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมาย ดังต่อไปนี้

ประนอม โอทกานนท์ (2538) กล่าวว่า การสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้น ความเสื่อมตามธรรมชาติจะเกิดขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ความเสื่อมหรือความถดถอยที่เกิดขึ้นมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนพฤติกรรมที่ปรากฏในสังคม

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า

สุภัทรา สุภาพ (2545) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะต้องมีลักษณะเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังลดลง เชื่องช้า เป็นผู้ที่เหมาะสมควรให้การอุปการะและเป็นผู้ที่เป็นโรคควรได้รับการช่วยเหลือ

โดยสรุปแล้ว ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุเป็นการอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของการสูงอายุ ที่เกิดขึ้นตามสมมติฐานของนักทฤษฎีแต่ละท่าน การสูงอายุของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไป โดยทั่วไปมีการจัดกลุ่มทฤษฎีการสูงอายุออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ 3 กลุ่ม ดังนี้ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2545)

1.2.1 ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological Theories of Aging)

ทฤษฎีในกลุ่มนี้จะมองกระบวนการชราภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์ รวมทั้งระบบการทำงานของสิ่งมีชีวิตนั้น ๆ โดยจะอธิบายถึงผลจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงภายในระบบที่จะต้องเกิดกับสิ่งมีชีวิตทุกชนิดเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย

1.2.1.1 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) เมื่อเซลล์ในร่างกายมีอายุมากขึ้น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงใน DNA และ RNA นำไปสู่ความผิดปกติของเซลล์ส่งผลให้เกิดการแก่ตัว เสื่อมสภาพหรือเซลล์ตายในที่สุด

1.2.1.2 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) สารอนุมูลอิสระเป็นผลพลอยได้จากการเผาผลาญในร่างกาย และจะเพิ่มมากขึ้นจากมลภาวะของสิ่งแวดล้อม ตัวอนุมูลอิสระจะไปจับกับเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเกิดความเสียหายและมีการตายของเซลล์เกิดขึ้น

1.2.1.3 ทฤษฎีเชื่อมโยงไขว้ (Cross-Linkage Theory) เกิดจากโปรตีนบางอย่างในร่างกายที่เพิ่มขึ้นและมีการเชื่อมโยงไขว้จับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้มีการขัดขวางกระบวนการเมตาบอลิซึม พบมากในคอลลาเจน เมื่อเกิดการเชื่อมโยงไขว้จะทำให้มีความหนาตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การนำสารอาหารและขับของเสียออกจากเซลล์ลดลง เช่น ผิวหนังของผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นลดลง

1.2.1.4 ทฤษฎีโปรแกรม (Programed Theory/ Hayflick Theory) เชื่อว่าเซลล์เมื่อมีการแบ่งตัวจะสามารถทำงานได้จนถึงระดับหนึ่งจึงจะตาย เหมือนมีการกำหนดโปรแกรมไว้ ซึ่งสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดจะถูกกำหนดไว้แตกต่างกัน เช่น มนุษย์ถูกกำหนดอายุไว้ที่ 110-120 ปี

1.2.1.5 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunity Theory) เชื่อว่าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์จะทำงานลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้ยังพบว่าร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเองเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดโรคที่ร่างกายมีการต่อต้านตนเอง เช่น โรคข้อรูมาตอยด์ โรค Lupus

1.2.2 ทฤษฎีการสูงอายุนทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging)

ทฤษฎีนี้มีความเชื่อที่ว่า การพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุด เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นทฤษฎีการสูงอายุนทางจิตวิทยาจะเน้นที่พฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มทฤษฎี ได้ดังนี้

1.2.2.1 ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Needs Theory) กล่าวว่าบุคคลจะมีความต้องการภายในตามลำดับขั้นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล จะขยับความต้องการขึ้นเป็นลำดับขั้นจนกระทั่งถึงขั้นสูงสุด ดังนี้ ขั้นที่ 1 ความต้องการด้านร่างกาย ขั้นที่ 2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ ขั้นที่ 3 ความต้องการด้านความรักและความต้องการเป็นเจ้าของ ขั้นที่ 4 ความมีคุณค่าในตนเอง และลำดับขั้นสูงสุด คือ การได้รับการยอมรับ

1.2.2.2 ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) เชื่อว่าบุคลิกภาพของบุคคลประกอบด้วย จิตใต้สำนึก (ego) และจิตสำนึก (superego) เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น บุคลิกภาพจะเริ่มเปลี่ยนจากการมองภายนอกเข้ามาภายในตน ซึ่งผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะมองเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญหรือเสื่อมถอยของร่างกาย สามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น

1.2.3 ทฤษฎีการสูงอายุนทางสังคม (Sociological Theories of Aging)

ทฤษฎีการสูงอายุนทางสังคมจะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพและบทบาทระหว่างบุคคล รวมถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุ ทฤษฎีการสูงอายุนทางสังคม ได้แก่

1.2.3.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุ จะมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมตามสังคม โดยทั่วไปจะมีการถอยหนีออกจากสังคม ลดบทบาท ของตนเองเพื่อคงความสมดุลให้แก่สังคม

1.2.3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory/ Development Task Theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุยังคงต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อเป็นผู้สูงอายุอย่าง สมบูรณ์ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง

1.2.3.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) วัยสูงอายุไม่ใช่วัยตอนปลาย ของชีวิตที่แยกออกมาอย่างเด่นชัด ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ เป็นส่วนตัวได้อย่างต่อเนื่องไปอย่างไม่หยุดนิ่ง

1.2.3.4 ทฤษฎีความพอเหมาะระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit Theory) สัมพันธภาพระหว่างกันของกลุ่มบุคคล ผู้สูงอายุ และสังคมสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งกำหนด สมรรถนะในตัวบุคคลนั้น ๆ เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้นสมรรถนะในตนเองเหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงไปหรือ ลดลง ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม

โดยสรุปแล้วการสูงอายุสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการสูงอายุทั้งทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา แต่ทั้งนี้ทฤษฎีที่อธิบายถึงกระบวนการสูงอายุมียุหลายทฤษฎี แต่ไม่มีทฤษฎีใดที่ สามารถอธิบายได้ทั้งหมด จึงเชื่อกันว่ากระบวนการสูงอายุน่าจะเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกันและ ทำให้เกิดชราภาพในหลายระดับ การเข้าใจถึงทฤษฎีการสูงอายุจะทำให้มีความเข้าใจในการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

1.3 การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ

เมื่อก้าวสู่ภาวะสูงวัยจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จิตใจ และ สังคม ดังนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดขึ้นในทุกระบบ ได้แก่ รูปร่างมีการ เปลี่ยนแปลงไปโดยมีหลังโก่งงอทำให้เดินหลังค่อม ผิวหนังมีความชุ่มชื้นลดลง ทำให้ผิวแห้งแตก หลุดลอกง่าย ขาดความตึงตัวผิวหนังเหี่ยวย่น ระบบกระดูกและข้อมีการสูญเสียปริมาณของกระดูก ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกพรุนและหักง่าย ระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจมี ความยืดหยุ่นน้อยลง มีเนื้อเยื่อพังผืดและเนื้อเยื่อสะสมในเซลล์มากขึ้นประสิทธิภาพของการหดและ คลายตัวลดลง ผนังหลอดเลือดหนาทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัวได้ง่าย (บุญพา ณ นคร, 2545) ระบบ ทางเดินหายใจ เนื้อปอดมีความยืดหยุ่นลดลงกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจมีประสิทธิภาพ ลดลง ผู้สูงอายุจะมีอาการเหนื่อยได้ง่าย ระบบทางเดินอาหาร กระเพาะอาหารมีการหลั่งกรดและ

น้ำย่อยลดลง ทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารลดลง ลำไส้เล็กมีการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) นอกจากนี้ระบบประสาทและประสาทสัมผัสประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ส่งผลให้ความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง จากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยได้ง่าย รวมทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้น้อยลง จะเห็นได้จากการศึกษาของ บุญพา ณ นคร (2545) และ วาสนา เกื้อนวนงษ์ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย เพราะสุขภาพไม่แข็งแรง

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ทางสังคมมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ผู้สูงอายุจึงมีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง กลัวถูกทอดทิ้ง และมีภาวะซึมเศร้าตามมา (อรนุช ธรรมสอน, 2544) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า มักจะมีแบบแผนการนอนหลับผิดปกติ และมีการเจ็บป่วยร่วมด้วย (Eliopoulos, 1993) นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะเป็นวัยแห่งการสูญเสียหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในทางที่เสื่อมลง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ อาจเกิดปัญหาจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547)

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวได้ลำบาก เนื่องจากสภาพสังคมไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 80 จะอาศัยอยู่กับบุตรหลาน แต่ช่วงกลางวันสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ออกไปทำงาน ลูกหลานไม่มีเวลาดูแลทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง (นภาพร ชโยวรรณ, 2548) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ ขาดที่พึ่ง ทั้งนี้เพราะสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านและบุคคลในสังคม โดยเฉพาะเพื่อนร่วมวัย ได้สนทนากับเพื่อนที่ถูกใจ ได้ระบายความในใจต่อกันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (อรนุช ธรรมสอน, 2544)

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.1 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้มากมาย ดังต่อไปนี้

Palank (1991) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคล ทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการเพียงพอ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

Merray and Zentner (1993) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ กิจกรรมที่จะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความสุขเกิดศักยภาพสูงสุดแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

Pender (2002) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและมีความสุขในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

ประคอง อินทรสมบัติ (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนเราสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้น เป็นกระบวนการที่มุ่งดำเนินกับบุคคลและสังคม

ทศพร ศรีบริกิจ (2548) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่ได้ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีความสุขในชีวิต

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ได้เลือกแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996, 2002) ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับบุคคลในทุกกลุ่มอายุซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ซึ่งแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ได้มีการพัฒนาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ในปี ค.ศ. 1987 เพนเดอร์ (Pender, 1987; Pender, Walker,

Sechrist, & Stromborg, 1990 อ้างใน แสงเดือน พรหมแก้วงาม, 2543) ได้เสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behaviors model) ซึ่งเป็นการรวมเอาแนวคิดทางด้านการพยาบาลและพฤติกรรมศาสตร์มาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social leaning theory) ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการคิด สติปัญญา และการรับรู้ของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (expectancy value theory) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณค่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ดังนั้น เพนเดอร์ (Pender, 1996, 2002) จึงได้พัฒนารูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยผลงานที่ได้จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้ใหญ่ กลุ่มผู้ใช้แรงงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น แล้วนำผลการวิจัยมาพิจารณาปรับเปลี่ยน โดยมีการตัดปัจจัยบางอย่างออกและมีการเพิ่มปัจจัยบางอย่างเข้าไป และจัดกลุ่มปัจจัยชุดเดิมเป็นกลุ่มใหม่โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้ (Pender, 1996)

1. บุคคลจะพยายามปรับสภาพเงื่อนไขในการดำรงชีวิตให้เอื้ออำนวยเพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีภาวะสุขภาพสมบูรณ์
2. บุคคลมีความสามารถที่จะตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งความสามารถในการประเมินศักยภาพของตนเอง
3. บุคคลเห็นคุณค่าของการพัฒนาในทางบวก และพยายามที่จะปรับตัวให้อยู่ในสภาพสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับภาวะคงที่
4. บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้
5. บุคคลประกอบด้วยชีวิตสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา โดยมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม รวมทั้งมีการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเอง
6. บุคลากรในทีมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อม ในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. แบบแผนของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

เพนเดอร์ (Pender, 1996, 2002) ได้เสนอว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่สำคัญ 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (individual characteristics and experiences) บุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน และจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในระยะต่อมา ความสำคัญของอิทธิพลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพในปัจจุบัน และเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบางพฤติกรรมเท่านั้น ปัจจัยลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลประกอบไปด้วย 2 ปัจจัย มีรายละเอียดดังนี้

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior related behavior) Pender (2002) เสนอว่าพฤติกรรมในอดีตจะมีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการศึกษา พบว่าตัวทำนายที่ดีที่สุดของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต คือ ความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมือนๆ กันหรือกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในอดีตที่ผ่านมา

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) มีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมได้เท่า ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยพบว่ามีการใช้ปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลประกอบไปด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (Personal biologic factor) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว ช่วงวัยตามพัฒนาการของชีวิต ความสามารถหรือความสมดุลของร่างกาย เป็นต้น

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยา (Personal psychological factor) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนใจตนเอง ความสามารถของบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการให้คำจำกัดความด้านสุขภาพ

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม (Personal sociocultural factor) ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และสภาวะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ตัวแปรในกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการจูงใจมากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) เป็นส่วนหนึ่งของการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการคาดหวังถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำที่มีผลทางบวกต่อจิตใจ โดยขึ้นอยู่กับพื้นฐานลักษณะและประสบการณ์ของบุคคลหรือเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ และมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมโดยผ่านทางความมุ่งมั่นที่จะทำพฤติกรรม

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived benefits of action) มีอิทธิพลโดยตรงที่ขัดขวางการกระทำพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่ตนเองมีความสามารถและมีทักษะความชำนาญ เป็นสิ่งที่ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายมากกว่าการรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคและความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม นั่นคือบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

2.4 ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม (Activity related affect) ก่อนที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมบุคคลจะเกิดความรู้สึกต่อพฤติกรรมนั้นทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการกระทำพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมแต่ละอย่างประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมนั้น ความรู้สึกที่เกิดจากตัวบุคคล และความรู้สึกต่อสภาพแวดล้อมในขณะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรมมีอิทธิพลทั้งโดยตรง และโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติของบุคคล การรับรู้เหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมโดยผ่านความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบอย่าง โดยแหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ ครอบครัว ปิตามารดา บุตรหลาน หรือญาติ กลุ่มเพื่อนและบุคลากรทางด้านสุขภาพ

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) อาจมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม อิทธิพลจากสถานการณ์ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่แนวทางที่มีประสิทธิภาพและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ปัจจัยด้านผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (behavior outcome) ประกอบด้วย

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (Immediate competing demands and preferences) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการจูงใจให้บุคคลเริ่มปฏิบัติกิจกรรมจนสำเร็จ แต่การปฏิบัติกิจกรรมตามความตั้งใจอาจจะไม่เกิดขึ้น เนื่องจากมีความต้องการอื่นเข้ามาแทรก หรือมีความพอใจกับสิ่งที่แทรกเข้ามามากกว่า จึงทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ตั้งใจไว้แต่ต้น ดังนั้นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจึงเป็นผลลัพธ์จากความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรม

3.2 ความต้องการ และความพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิดอย่างทันทีทันใด สามารถกระทำได้ก่อนการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ ความต้องการ

แทรกแซงถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำเนื่องจากมีเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม ความต้องการที่แทรกแซงขึ้นมาแตกต่างจากอุปสรรคตรงที่บุคคลจะต้องแสดงพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดหวังต่อไปให้สำเร็จ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลต่อความตั้งใจได้พอประมาณ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promotion behaviors) มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความสำเร็จของผลลัพธ์ด้านสุขภาพในทางบวกของผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้านคือ

3.3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เช่น อ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

3.3.2 กิจกรรมทางกาย (Physical activity) เช่น การออกกำลังกายอย่างต่อเนือง อย่างน้อยครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละไม่ต่ำกว่า 3 ครั้ง การออกกำลังกาย ได้แก่ การเดิน ขี่จักรยาน หรือการออกกำลังกายขณะทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ การเดินหลังอาหารกลางวัน

3.3.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition) เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผลไม้หรืออาหารที่มีกากทุกวัน

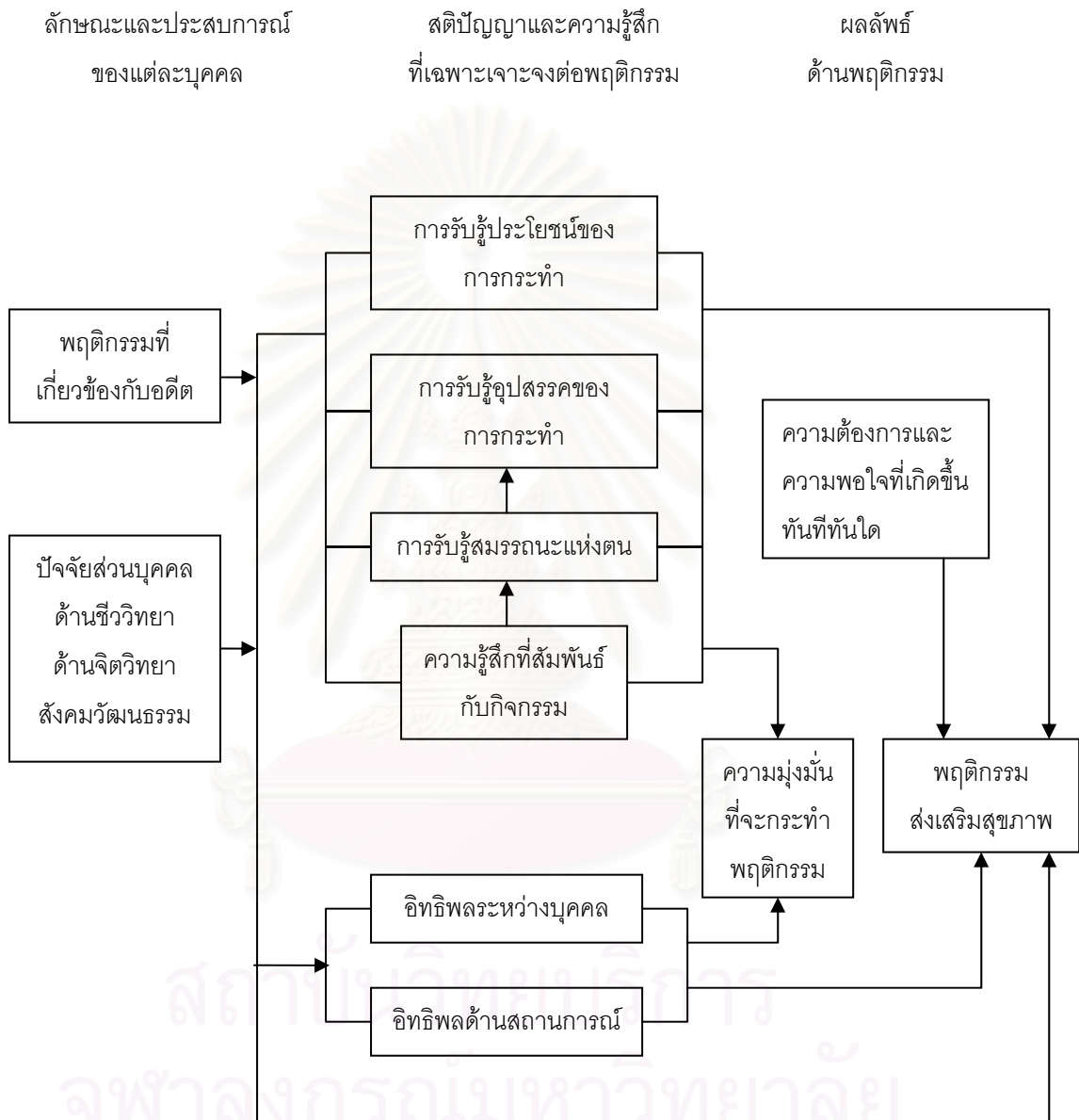
3.3.4 การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เช่น การใช้เวลาวางกับเพื่อนสนิท หรือแก้ไขข้อขัดแย้งกับผู้อื่นโดยการพูดคุยอย่างประนีประนอม

3.3.5 การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เช่น การเกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีพลังอำนาจเหนือตนเอง การตระหนักถึงสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต

3.3.6 การจัดการกับความเครียด (Stress management) เช่น การหาเวลาผ่อนคลายความเครียดในแต่ละวัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แก้ไขใหม่ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996, 2002) เสนอไว้
 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แก้ไขใหม่ (Revised health promotion model)
 (ที่มา : Pender, 2002)

2.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นไปในทางที่เสื่อมลง นับว่าเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของชีวิตที่กระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงตามวัย ร่วมกับมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

2.2.1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)

เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง หลีกเลี่ยงการปฏิบัติ พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา นอนไม่หลับ นอกจากนี้ความ รับผิดชอบต่อสุขภาพยังประกอบด้วย การตรวจร่างกายประจำปี การไปพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและ การไปตรวจตามนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ การปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ ผู้สูงอายุควรมีความ สนใจแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ทั้งภาวะสุขภาพดี และเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุอาจจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือ ดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือ บุคลากรทางด้านสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ และการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม จากการศึกษาของ วรวิณี ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) และปาลิรัตน์ พรทวีภัณฑหา (2541) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับต่ำ ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี แตกต่างจากผลการศึกษาของน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับสูง เช่นเดียวกับ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีการไปตรวจ สุขภาพประจำปี

2.2.2. กิจกรรมทางกาย (Physical activity)

เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกาย รวมทั้งการใช้ท่าทาง ในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับ ผู้สูงอายุ เพราะนอกจากจะช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกายแล้วยังส่งผลให้จิตใจปลอดโปร่ง สดชื่น ช่วยผ่อนคลายความเครียด และความวิตกกังวล มีความกระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ (สุวิมล ตันติเวส และคณะ, 2545) ซึ่งการออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสมและทำเป็นประจำ สม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป (Pender, 2002) จะช่วยเสริมสร้าง

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ข้อต่างๆเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น กระดูกแข็งแรง (Huges et al., 1995 อ้างใน มัทนา อินทร์แพง, 2543) กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง ทำให้การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น (จิรวรรณ อินคุ่ม, 2541) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ที่ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด โดยที่ค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรงของการออกกำลังกายขึ้น และค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง (ACSM, 1998) วิธีในการออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

1. การอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) เป็นการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกายในขั้นต่อไป ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ลักษณะการออกกำลังกายที่ใช้อบอุ่นร่างกาย เช่น การเดินช้า ๆ การสลับแข้งสลับขา วิ่งเหยาะ ๆ อยู่กับที่ช้า ๆ การอบอุ่นร่างกายจะช่วยฝึกการหายใจที่ถูกต้อง และร่างกายมีความผ่อนคลาย พร้อมทั้งจะออกกำลังกายต่อไป

2. การออกกำลังกาย (Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่หนักขึ้น ซึ่งการเลือกลักษณะของการออกกำลังกายในแบบต่างๆ ต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละคน ไม่หนักหรือรุนแรงจนเกินไประยะนี้จะใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาทีขึ้นไป มีอัตราการเต้นของหัวใจ ร้อยละ 65-80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดของแต่ละคนจะเท่ากับ 220 ลบด้วยอายุเป็นปี (ACSM, 1998)

3. การผ่อนคลาย (Cool down) หลังการออกกำลังกายจะมีการผ่อนคลาย โดยให้ออกกำลังกายเบา ๆ และช้าลงเรื่อย ๆ เพื่อยืดกล้ามเนื้อ ปรับอุณหภูมิ การหายใจ และความตึงเครียดของร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ อาจเป็นการออกกำลังกายเบาๆ เหมือนช่วงการอบอุ่นร่างกาย

จะเห็นได้ว่า การออกกำลังกายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่จากการศึกษาของ บุญพา ณ นคร (2545) และ วาสนา เกื่อนนวงษ์ (2540) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย เพราะสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่มีเวลา ไม่มีเพื่อน ขาดแรงจูงใจ และระยะทางห่างไกลจากสถานที่ออกกำลังกาย แตกต่างจากการศึกษาของนุจรี สะค่อม และจริยา อินทนา (2547) พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 42.8 นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจบ้าง จากการศึกษารายงานของ จันทรพิชญ์ แสงเทียนฉาย (2532 อ้างใน ปาลีรัตน์ พรทวีภักธนา, 2541) พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุไทยนิยมทำมากที่สุดในเวลาว่าง คือการเดินเล่น การเลี้ยงสัตว์

2.2.3. การโภชนาการ (Nutrition)

โภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะขาดสารอาหารได้ง่าย เพราะมีความเสื่อมของสภาพร่างกาย ได้แก่ มีการเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก เนื่องจากฟันไม่ดีหรือไม่มีฟันทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ต่อมละลายและการรับรสและกลิ่นเสื่อมลงทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย เบื่ออาหารได้ง่าย นอกจากนี้การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้อาหารย่อยช้า มีอาการ

ท้องอืด อึดอัดแน่นท้อง จากปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าหนึ่งในสาม มีดัชนีมวลกาย (Body mass index) น้อยกว่า 20 kg/mm² (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ผู้สูงอายุจึงควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสม และได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ ครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ เนื้อ นม ไข่ ผักสด ผลไม้ และเกลือแร่ โดยลดอาหารพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันลง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุควรได้รับพลังงาน ไม่น้อยกว่า 1,200 แคลอรีต่อวัน และขึ้นอยู่กับขนาดของร่างกาย การมีกิจกรรมทางกาย และการเจ็บป่วย (Pender, 2002) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี (ทศพร ศรีบริกิจ, 2548; ประภา ลิ้มประสูตร, 2543) ต่างจากการศึกษาของ ชลธิชา สงวนวงษ์ (2539) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี แต่ขาดการเอาใจใส่ด้านการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ

2.2.4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relation)

เป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญในการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันของบุคคลในสังคม เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงถึงวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น สำหรับผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการติดต่อทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่เป็นข้อจำกัดในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ผู้สูงอายุมีการได้ยินลดลง ทำให้ไม่สะดวกในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น มีการแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง (บุญพา ณ นคร, 2545) ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน รวมถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ จะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกต่อกัน ทำให้ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา กำลังใจ เงินและสิ่งของ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูบุตรหลาน จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ได้แก่ การทำพิธีกรรมทางศาสนา หรือการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุในการแสวงหาข้อมูลและความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรด้านสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นกันเอง กล้าซักถามปัญหาสุขภาพของตนเอง และไม่มีความเขินอายในการมารับการรักษา จากการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุมีโอกาสได้สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น แต่จากสภาพสังคมในปัจจุบัน ครอบครัวไทยเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง มีการติดต่อกับบุคคลอื่นน้อยลง (นาภาพร ชโยวรรณ, 2548)

2.2.5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth)

เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการพัฒนาศักยภาพด้านจิตวิญญาณของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการค้นหาจุดมุ่งหมายและความสำเร็จในชีวิตของแต่ละคน เป็นการแสดงออกถึง ความเชื่อ ความหวัง ความรัก การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย (Pender, 1996) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง มีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง ต้องพึ่งพามนุษย์ในครอบครัว และบุคคลอื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ขาดความภาคภูมิใจ รู้สึกตนเองไร้ค่า (บุญพา ณ นคร, 2545) กลัวถูกหลอกหลอนทั้ง ไม่ดูแลเอาใจใส่ และไม่ให้ความเคารพรักร ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณดี จะก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีประโยชน์ต่อครอบครัว และสังคม มองโลกในแง่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ สนใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีและมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป จากการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) พบว่า ผู้สูงอายุมีการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนใหญ่สามารถยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ปัจจุบันได้ และมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมากและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

2.2.6. การจัดการกับความเครียด (Stress management)

เป็นการลดหรือบรรเทาความตึงเครียด มีการพักผ่อนเพียงพอ มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม เนื่องจากความเครียดเป็นภาวะที่มนุษย์ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมที่เกิดจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม หน้าที่การงาน สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ล้วนเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้น จะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรรู้วิธีการจัดการกับความเครียด เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ หรือจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในภาวะเครียดได้ (บุญพา ณ นคร, 2545) ซึ่ง Pender (2002) ได้เสนอวิธีควบคุมและจัดการความเครียด ไว้ 3 วิธี ดังนี้

1. ลดความถี่ของสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นบุคคลที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด การหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในชีวิต การกำหนดช่วงเวลาในการจัดการความเครียด และการบริหารเวลาให้เหมาะสม

2. การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด เช่น การออกกำลังกาย การเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง การเพิ่มสมรรถนะแห่งตน การเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับตนเอง การกำหนดเป้าหมายที่สามารถกระทำสำเร็จ การสร้างแหล่งที่ช่วยแก้ไขปัญห

3. สร้างสถานการณ์ที่ท้าทายต่อสิ่งเร้าทางร่างกาย เช่น การใช้เทคนิคผ่อนคลาย ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย และลดความเครียด

จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับดี (แสงเดือน พรหมแก้วงาม, 2543 ; ปราณิ ทองพิลา, 2542) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตหลายรูปแบบ ทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่าวัยอื่น ๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาน , 2540) ประกอบกับผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ทางจิตใจ ช่วยในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Pender, 1996)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นั้น เป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้นยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ ดังนี้

3.1 การจูงใจตนเอง (Self-Motivation)

การจูงใจตนเองเป็นปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ได้อย่างต่อเนื่องนั้นเป็นเรื่องที่ยาก เพราะจะมีอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตวิทยา และสิ่งแวดล้อม เช่น การขาดความอดทน มีข้อจำกัดของร่างกาย ขาดการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคล และการขาดการจูงใจในตนเอง (Resnick, 1999) การจูงใจตนเองสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่เชื่อในเรื่องของความสามารถในการมีเหตุผลที่จะตัดสินใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยคิดว่ามนุษย์มีความกระตือรือร้น มีความคิดสร้างสรรค์ รู้กฎเกณฑ์ของสังคม มีความคาดหวัง มีประสบการณ์ มีความรู้สึกสำนึกต่อการแก้ไขปัญหา และสามารถนำประสบการณ์มาใช้โดยรู้ว่าสิ่งไหนดี สิ่งไหนไม่ดี โดยจะเน้นถึงการควบคุมตนเอง (Self-regulated) ด้วยการกระตุ้นตนเองเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นมาตรฐานในสังคม

3.1.1 ความหมาย

มีผู้ที่สนใจศึกษาและให้ความหมายของการจูงใจตนเองไว้มากมายหลายท่าน ดังนี้

Dishman et al. (1980) กล่าวว่า การจูงใจตนเอง คือ ความต้องการและความพึงพอใจของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยอาศัยลักษณะภายในตนเองเป็นแรงผลักดัน และไม่สนใจรางวัลจากภายนอก หรือกฎเกณฑ์ภายนอกมาเป็นข้อบังคับ

McSweeney (1993) ให้ความหมายไว้ว่า การจูงใจตนเอง เป็นความคิด ความเชื่อ ที่ผลักดันออกมาจากภายในตัวของบุคคล เพื่อสนับสนุนให้บุคคลมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ

Resnick (1998) ให้ความหมาย การจูงใจตนเอง คือ สิ่งที่บุคคลตระหนักรู้และตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือเรียนรู้บางสิ่งบางอย่างโดยเห็นว่าการปฏิบัตินั้นเหมาะสมกับความคิดและค่านิยมของตนเอง

โดยสรุปแล้วการจูงใจตนเอง หมายถึง ความต้องการและความพึงพอใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยอาศัยลักษณะภายในตนเองเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรม โดยไม่พึ่งพาการเสริมแรงจากอิทธิพลของสถานการณ์แต่จะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพในการเสริมแรงตนเอง

3.1.2 องค์ประกอบของการจูงใจตนเอง

องค์ประกอบของการจูงใจตนเองมี 2 ประการ คือ ลักษณะอุปนิสัย (Trait-like) และความพยายามที่จะกระทำ (Relative enduring) (Dishman et al., 1980) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ลักษณะอุปนิสัย เป็นตัวกำหนดแนวโน้มหรือความโอนเอียงในการตอบสนอง และชี้้นำพฤติกรรม เป็นศูนย์กลางของระบบจิตประสาท มีลักษณะเฉพาะตัว และเป็นลักษณะพิเศษของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลมีความสามารถที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพื่อให้ตนเองเกิดความสมดุลในการปรับตัว และการแสดงออกของพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1 อุปนิสัยที่บ่งบอกถึงลักษณะที่มีความอดทน เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ตนเองบรรลุผลสำเร็จตามที่หวังไว้ บุคคลที่มีอุปนิสัยที่แสดงถึงการมีความอดทน จะมีลักษณะดังนี้

1.1.1 มีความอดทนพยายาม (Diligence or perseverance) เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความมุ่งมั่นทำงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ด้วยความสามารถของตนเอง โดยมีความอดทนและพยายามให้กับสิ่งที่กระทำ

1.1.2 มีการตัดสินใจเอง (Determination) เป็นลักษณะของบุคคลที่ขอริเริ่มทำในสิ่งที่ท้าทายความสามารถ มีอิสระในการคิด และการกระทำโดยไม่เปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งเร้าภายนอก และสามารถปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง

1.1.3 มีกำลังใจ (Willpower) เป็นลักษณะของบุคคลที่สามารถยอมรับกับความจริง มีการตัดสินใจและเต็มใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ พร้อมทั้งมีความเชื่อมั่นต่อการตัดสินใจนั้นว่าเป็นสิ่งถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง

1.2 อุปนิสัยที่บ่งบอกถึง ลักษณะที่ไม่มีความอดทน เป็นลักษณะของบุคคลที่ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ละเลย (Apathy) ซึ่เกียจ (Lethargy/laziness) ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และไม่มี การควบคุมตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากคิดว่าการปฏิบัติกิจกรรมไม่ก่อประโยชน์ให้กับตนเอง

2. ความพยายามที่จะกระทำ เป็นลักษณะของบุคคลที่ต้องการมีประสิทธิผลในการจัดการสิ่ง ต่างๆ ด้วยตนเอง ต้องการที่จะเรียนรู้ พัฒนาทักษะและความสามารถของตนเอง โดยไม่ต้องการความ ช่วยเหลือหรือการพึ่งพาจากผู้อื่น บุคคลที่มีความพยายามจะมีลักษณะดังนี้

2.1 มีการตั้งเป้าหมาย (Goal striving) เป็นความคาดหวังของบุคคลที่จะได้รับจาก การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ตนเองสนใจ และช่วยทำให้เกิด การจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี เช่น บุคคลที่มีการตั้งเป้าหมายเพื่อให้ ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีหรือหายจากการเจ็บป่วยและไม่เป็นภาระให้กับผู้อื่น (Resnick, 1999) จะช่วยทำให้บุคคลนั้นสามารถบังคับและมั่นใจในตนเองเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

2.2 มีพันธสัญญา (Commitment) เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความตระหนักเกี่ยวกับการ พัฒนาและการรักษาวินัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ตนเองได้วางแผนการปฏิบัติไว้ เพื่อมุ่งไปสู่ความสำเร็จ ตามเป้าหมาย

3.1.3 การประเมินการจูงใจตนเอง

Dishman et al., (1980) ได้สร้างแบบวัดการจูงใจตนเองและพัฒนาปรับข้อคำถามเหลือ 40 ข้อ ประกอบด้วย 5 ปัจจัย คือ พันธสัญญา การตั้งเป้าหมาย ความอดทน การตัดสินใจเอง และกำลังใจ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และค่าความเชื่อมั่นโดย วิธีสอบซ้ำในระยะเวลาที่ห่างกันมากกว่า 1 เดือน เท่ากับ .92

แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ได้ใช้แบบวัดการจูงใจตนเองของ Dishman et al., (1980) มาศึกษาการจูงใจตนเองของผู้สูงอายุภายหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารี หากค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบวัดการจูงใจตนเองของแสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ซึ่งแปลมาจากเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Dishman et al., (1980) และทำการศึกษา ในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ปรับลักษณะของข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามากยิ่งขึ้น

3.1.4 การจูงใจตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การจูงใจตนเองเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยส่วนบุคคล (Pender, 2002) สามารถช่วยลดอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลได้ เช่น ขาดความอดทน มีข้อจำกัด ทางด้านร่างกาย เป็นต้น (Resnick, 1999) ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยจะมีการจูงใจตนเองและ ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วย แต่เมื่อได้รับการรักษาจนหายแล้ว จะมีการจูงใจตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ลดลง (Gaw, 1992) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมหมาย วงษ์กระสันต์ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการออกกำลังกาย เช่น การรำไทเก๊ก และการเดินทุกเช้าเป็นประจำ เพราะเชื่อว่าจะทำให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรง จากการศึกษาของ นิชกานต์ ชันขาว (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีการจูงใจตนเองในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว แตกต่างจากการศึกษาของ วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ขาดการจูงใจในการออกกำลังกาย เนื่องจากสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ไม่มีเวลา ไม่มีเพื่อน เป็นต้น ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในกลุ่มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ที่ต้องอยู่อาศัยในพื้นที่จำกัด มีสถานที่ในการออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ค่อนข้างน้อย เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่ถูกใช้ในการขยายตัวเมือง (เวทิสา กาญจนแก้ว, 2544) ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่กับบ้านเฉย ๆ ไม่ได้ออกไปพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น ร่วมกับการมีปัญหาทางด้านสุขภาพทำให้การเดินทางไปที่ต่างๆไม่สะดวก ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนให้ผู้สูงอายุมีการจูงใจตนเองลดลงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541)

3.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ เป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เป็นพื้นฐานในการนำข้อมูลที่ได้จากสิ่งเร้า มาสู่กระบวนการรับรู้ โดยผ่านประสาทสัมผัสของร่างกาย สู่อระบบความคิด ผ่านกระบวนการจดจำ และแปลความหมายของข้อมูลนั้น ทำให้บุคคลมีการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมออกมาเป็นข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) และนำไปสู่กระบวนการเรียนรู้อีกครั้ง การรับรู้ภาวะสุขภาพถือว่าการรับรู้อย่างหนึ่งของบุคคล

3.2.1 ความหมาย

มีผู้ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

Pender (2002) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการแสดงถึงการรับรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งที่อยู่ในภาวะสุขภาพดี และเจ็บป่วย เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง

Connelly, et al. (1989 อ้างใน ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ว่าอยู่ในภาวะสุขภาพดี หรือเจ็บป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้

อรนุช ธรรมสอน (2544) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ

สรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ตามความเชื่อ ความคิด และความเข้าใจของแต่ละบุคคล ที่มีต่อภาวะสุขภาพทั้งที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย

นอกจากนี้ Pender (1996) กล่าวว่า ระดับของภาวะสุขภาพนั้นจะดำเนินไปตามความต่อเนื่องระหว่างภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ของการเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และมีความพึงพอใจในตนเอง (ณิชกานต์ ชันขาว, 2543) จากการศึกษาของ ปิยะพันธุ์ นันดา (2541) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกายที่ดีตามมา แต่จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพไม่ดี (นภาพร ชโยวรรณ, 2548)

3.2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกันออกไปทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่

1. ระดับขั้นพัฒนาการของบุคคล การที่บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของตนได้นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของสภาพร่างกาย มีโรคประจำตัว ร่วมกับช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงกว่าวัยอื่น ๆ ทำให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าไม่ดี (วาสนา เกื้อนวงษ์, 2540)
2. อิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม แต่ละวัฒนธรรมย่อมมีแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันและมักจะมีการถ่ายทอดจากบิดามารดาไปสู่ลูกหลานด้วย
3. ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีต การที่บุคคลรับรู้ว่ามีสุขภาพดี ไม่ได้หมายถึง การปราศจากโรคหรืออาการเจ็บป่วย ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วย แต่ยังคงสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวก เขาเหล่านั้นยังคงรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี (พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข, 2545)
4. ความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อตนเอง บุคคลที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองสูงอยู่ตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งใดมากระทบต่อการทำหน้าที่ของตนแม้เพียงเล็กน้อย เขาก็จะรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับตนเอง ขณะเดียวกันบุคคลที่รับรู้ว่ามีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัวหลายอย่าง จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเองในระดับต่ำ (Wang, 1999)

3.2.3 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพสามารถประเมินได้จากการตรวจร่างกาย ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแนวทางหนึ่งที่ได้รับความสะดวกและเป็นอย่างมาก คือ การประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ ซึ่งเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง (อรนุช ธรรมสอน, 2544)

อย่างไรก็ตามพบว่า แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยตนเองนั้น พัฒนามาจากมโนทัศน์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health-illness concept)

Brook, et at. (1979) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต 4) การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย 5) ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และ 6) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและนำไปทดสอบกับบุคคลทั่วไปทั้งชายและหญิง ในโครงการ Rand 's Health Insurance Study (HIS) ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.50-0.90

สุพร พริงเพริศ (2538) ได้แปลแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Brook, et at. (1979) และทำการศึกษารับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี ได้ปรับปรุงเครื่องมือและตรวจสอบความเที่ยงกับผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Brook, et at.(1979) โดยปรับลักษณะของข้อคำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามากยิ่งขึ้น

3.2.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

Pender (1996) กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจะมีผลโดยตรงต่อความถี่และความจริงจังในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ตั้งแต่อดีต ปัจจุบันและที่จะเกิดขึ้นในอนาคตข้างหน้า ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ง่าย ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงเวลา ดังนี้ (Brook, et at.,1979)

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior health) เป็นการประเมินการรับรู้ ความรู้สึก และความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในอดีต ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผ่านมา การรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวกทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงของโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวภา บุญเที่ยง (2545) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจมานานกว่า 5 ปี จะมีการรับรู้โรคหัวใจเป็นการเจ็บป่วยที่น่ากลัวเมื่อมีอาการกำเริบจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ แต่ในทางตรงกันข้ามการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางลบจะทำให้บุคคลขาดความถี่และความจริงจัง ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น

จากการศึกษาของ Alexy (1991 อ้างใน ปัญญภัทร ภัทรกัณทากุล, 2544) พบว่า ผู้สูงอายุไม่ไปเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกายเนื่องจากรับรู้ว่าคุณภาพที่ไม่ดี

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current health) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามความเป็นจริงในแต่ละวัน หรืออาจบ่อยกว่านั้น เป็นการให้ความหมายกับสถานการณ์ทางสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดี หรือเจ็บป่วย เป็นการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของแต่ละบุคคล ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต รวมถึงอาการต่าง ๆ ทางกายที่ปรากฏขึ้นขณะนั้น เป็นต้น ถ้าบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวก เช่น รู้สึกว่าตนเองสบายดี มีสุขภาพแข็งแรง จะทำให้บุคคลนั้นมีความพึงพอใจและเกิดการจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา (Pender, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณีย์ ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดี ไม่มีโรคประจำตัวจะเข้ามาร่วมกิจกรรมต่างๆ และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี และในทางตรงกันข้ามบุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าไม่ดี จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะมีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น การศึกษาของ มัทนา อินทร์แพง (2543) พบว่า ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากรับรู้ว่าคุณภาพไม่แข็งแรง การทรงตัวไม่ดี และอายุมากเกินกว่าที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook) เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพที่สืบเนื่องมาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต และปัจจุบัน ทำให้บุคคลมีการคาดเดาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอนาคต ตามความรู้สึกของตนเอง หากการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตและปัจจุบันเป็นไปในทางบวก จะทำให้บุคคลเกิดความคาดหวัง กำลังใจ และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ สามารถลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Resnick (1999) พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพการเจ็บป่วยจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง เพราะหวังว่าจะทำให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย แตกต่างจากการศึกษาของ วาสนา เกื้อนวงษ์ (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย เพราะคิดว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงอยู่แล้ว นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต และปัจจุบันที่เป็นไปในทางลบ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหมดความหวัง ท้อแท้ และมีความยากลำบากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การศึกษาของ จิรวรรณ อินคัม (2541) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำสุด เพราะกลัวว่าการออกกำลังกายจะทำให้โรคที่ตนเป็นอยู่มีอาการกำเริบขึ้น

4. การรับรู้ความต้านโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance and susceptibility of illness) เป็นการที่บุคคลคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองว่าเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การเกิดโรคซ้ำ ความสามารถต้านทานต่อโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความเชื่อ และทัศนคติของแต่ละบุคคล แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัย การรักษาของแพทย์ หรือการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ความเชื่อมีผลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นสิ่งที่สะสมมานานจนเกิดเป็นความเคยชินในการปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น ๆ เช่น จากการศึกษาของ สดใส ศรีสอาด (2540) พบว่า ผู้สูงอายุยังคงสูบบุหรี่ เนื่องจากมีความเชื่อว่า บุหรี่ไม่ได้ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง เพราะเคยสูบบุหรี่มา ตั้งแต่หนุ่มสาวจนสูงอายุ ไม่เห็นป่วยเป็นโรคอะไร แตกต่างจากการศึกษาของ Rhodes et al. (1992) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะรับรู้ที่ตนเองเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (Health worry and concern) เป็นการประเมินถึงความวิตกกังวลและการให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง จากประสบการณ์ของการเจ็บป่วยที่ผ่านมา การที่บุคคลรับรู้ถึงผลกระทบที่อาจจะเกิดจากความเจ็บป่วย โดยการคาดการณ์ล่วงหน้าในเรื่องเกี่ยวกับความยากลำบากในการไปใช้บริการด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความไม่สบายจากแผนการรักษา ความยุ่งยากซับซ้อน และใช้เวลานานในการรักษา ผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล จนอาจจะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี หรือไม่รับการรักษาเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพในระดับที่เหมาะสมจะตระหนักถึงอันตรายและเฝ้าติดตามอาการผิดปกติที่เกิดจากการเจ็บป่วย ทำให้บุคคลสนใจ และเอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพโดยการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง (Pender, 1996) อาจกล่าวได้ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อต่อประสิทธิผลของการกระทำที่จะช่วยลดภาวะคุกคามของโรค เปรียบเทียบกับความยุ่งยากหรืออุปสรรคที่เกิดจากการกระทำนั้น ๆ (Mikhail, 1981 อ้างใน กชกร สมมั่ง, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ อินคัม (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จะมีอาการแน่นหน้าอก หอบเหนื่อยได้ง่ายทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล และไม่ปลอดภัยกับตนเอง แต่เมื่อได้รับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จนรู้สึกที่ตนเองมีอาการดีขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุสนใจมาตรวจตามนัดและรับประทานยา ตรงตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Sickness-orientation) เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าจะต้องประกอบด้วยการมีสุขภาพที่ดี และภาวะที่เจ็บป่วยต่อเนื่องสลับกันไปตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ ทำให้บุคคลสามารถรับรู้และยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เกิดการแสวงหาความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงผลของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ที่จะช่วยให้ภาวะของโรคมีความรุนแรงลดลง ซึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา จะทำให้บุคคลมีการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย และแสวงหาวิธีในการดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสมต่อไป เช่น การให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง และมีอาการของโรคมานานระยะหนึ่งแล้ว จะทำให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ต่อการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะแสวงหาข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองจากบุคคลในครอบครัว จากคนที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน จากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การอ่านหนังสือ และจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อนำมาสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับโรคที่เป็น

3.3 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยจากอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Pender, 2002) ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545) โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ง่าย เนื่องจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง และยังช่วยบรรเทาความเครียดสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา

3.3.1 ความหมาย

ได้มีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงและแตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง มีประโยชน์ รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่เขาผูกพันอยู่

Kahn (1979) อธิบายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย ระหว่างบุคคลหนึ่ง ไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุ และยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างเดียวใดอย่างหนึ่ง

Weiss (1981) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกอึดใจ หรือพึ่งพอใจ ต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ได้สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ ปรึกษาปรึกษาจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อใช้จัดการกับความเครียด (coping reassurance) และเป็นส่วนให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ

Thoits (1982) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า คือ การที่บุคคลในเครือข่ายสังคม ได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถ เผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

Pender (2002) อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลใน ระบบสังคมนั้นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะ ทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

House (อ้างใน สรินดา น้อยสุข, 2545) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้ใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือ และเห็นถึงคุณค่าและให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำข้อมูล วัสดุสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการ ประเมินตนเอง

กล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร รวมถึงด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญกับความเครียดหรือการเจ็บป่วยได้

3.3.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ที่ศึกษาและแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้คล้ายคลึงและแตกต่างกัน มีดังนี้

Weiss (1974) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ที่ได้รับการดูแลบุคคลอื่นและการมีสัมพันธภาพต่อกันของบุคคล โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนม (Attachment) เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รัก และได้รับความเอาใจใส่ดูแล

เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งมักจะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกเดียวดาย (Loneliness)

2. มีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านความคิด กำลังทรัพย์และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร รวมทั้งทำให้เกิดความห่วงใยเข้าใจซึ่งกันและกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกละเลยออกจากสังคม (Social isolation) รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา เป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจ สิ้นหวัง และรู้สึกเบื่อหน่าย (Boring) ต่อการมีชีวิตอยู่

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity of nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ ต้องการของบุคคลอื่น ๆ (Being-needed) และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และรู้สึกชีวิตนี้ไร้ค่า (Meaningless in life)

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับยกย่อง และชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อนที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจจะเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (A Sense of reliable alliance) การสนับสนุนนี้ได้รับความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลขาดความมั่นคง และถูกทอดทิ้ง (Sense of vulnerability and abandonment)

6. การได้รับการชี้แนะ (The obtaining of guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจ การช่วยเหลือทางอารมณ์ และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น เมื่อเกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤต เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (Hopelessness or despair)

Cobb (1976) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลโดยทั่วไปที่จะได้รับจากบุคคลรอบข้าง และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยแบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วยการยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งการกระทำและความคิดของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นการแสดงให้เห็นทราบบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ได้กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลพึงได้รับและเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นได้ แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความรักใคร่ผูกพัน ความใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ การยอมรับ ความห่วงใย เอาใจใส่ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักของบุคคลอื่น และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูล และคำแนะนำที่สามารถให้บุคคลแก้ปัญหาได้ หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงิน เวลา แรงงาน เมื่อบุคคลต้องการ

House (อ้างใน สรินดา น้อยสุข, 2545) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคม ที่ช่วยให้เกิดความเชื่อใจและไว้วางใจระหว่างกัน ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้การยกย่อง เห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ ห่วงใย และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะใช้ในการอยู่ร่วมกันในสังคม ทำให้เกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบกับผู้อื่นอยู่ร่วมในสังคมได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการใช้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

Thoits (1982) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม (Basic social needs) ไว้เป็น 2 ด้าน คือ

1. การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Socio-emotional need) ได้แก่ การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า มีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของของสังคมส่วนรวม ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย

2. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ และแรงงาน (Instrumental aid) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำด้านข้อมูลข่าวสารอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนความช่วยเหลือด้านสิ่งของแรงงาน และเงินทอง

Pender (1996) ได้แบ่งประเภท ของการสนับสนุนทางสังคมตามความจำเป็นในการดำเนินชีวิตที่บุคคลควรได้รับ โดยแบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือในสภาวะซึมเศร้า

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไร ถึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงานเพื่อให้บุคคลมีเวลาในการทำกิจกรรมด้านอื่น

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับจะช่วยให้แต่ละบุคคลเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 5) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุมากที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จึงควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบคลุมทุกด้าน

3.3.3 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการได้รับความรัก ความห่วงใย ความใกล้ชิดผูกพัน ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีที่พึ่งพา และรู้สึกปลอดภัย ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมหลายประการที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเอง ได้แก่ การสูญเสียบุคลิกภาพและสมรรถภาพของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง หรือการแต่งงานแยกครอบครัวของบุตรหลาน การหมดหน้าที่จากการทำงาน ต้องอยู่ในภาวะที่พึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีชีวิตที่โดดเดี่ยว ซึมเศร้า มีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง มีความเครียดวิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง (รุ่งทิพย์ แแบ่งใจ, 2542) จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เป้าหมายที่จะสนใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) มีจิตใจอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพที่ดี จากการศึกษาของ อรุณช ธรรมสอน (2544) พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งต้องการความรัก การดูแลใจและการปฏิบัติดูแลเมื่อเจ็บป่วยจากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง (ปริษา อุโยคินและคณะ, 2541) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพ็ญศรี หลินศุวนนท์ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ไม่ได้ได้รับความสนใจและการดูแลเอาใจใส่จาก บุตรหลาน จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เป็นผลให้ผู้สูงอายุไม่สนใจตนเองและไม่ปฏิบัติตาม แผนการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วย (Geest et al., 1998)

2. การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) จากการศึกษาของ สุธยาเสียมรรธภาพของร่างกาย และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีค่า ไร้ประโยชน์ เป็นภาระต่อบุตรหลานและบุคคลอื่นใน สังคม ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์ มีความสำคัญกับสมาชิกทุกคน ในครอบครัว รวมถึงบุคคลอื่นในสังคม ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน และบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการ ให้ความเคารพนับถือ เชื้อฟังคำสั่งสอน ยอมรับฟังความคิดเห็นและคำแนะนำ รวมถึงการยกย่อง ชมเชย และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกที่เป็นทุกข์ต่าง ๆ ออกมา จะทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์ มีความสามารถ เป็นที่ยอมรับและมีคุณค่าต่อบุคคลอื่น ทำให้เกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ต่อไป จากการศึกษาของ Rickelman et al. (1994) พบว่า สิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกมีความสุข คือ การได้รับการยกย่องและเคารพนับถือจากบุตรหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวรรณ อินคัม (2541) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากครอบครัวและญาติ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในครอบครัว และผู้สูงอายุจะมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (ทศพร ศรีบริกิจ, 2548)

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) เนื่องจากผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ และสถานภาพทางสังคม รวมถึงมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น ปวดข้อ ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ สายตาฝ้าฟาง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะเป็นวัยที่เกษียณอายุ และส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน และอยู่บ้านเฉย ๆ ทำให้มีโอกาสพบปะผู้อื่นน้อยลง ผู้สูงอายุจะรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม ไม่มี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เพื่อ การดำเนินชีวิตที่ดี และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ท้อแท้ หมดหวังจนเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ได้ออกจากบ้านไป พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นในสังคมอยู่เสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และรับรู้ที่ตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากการศึกษาของ จิรวรรณ อินคัม (2541) พบว่า

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างดี จะทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งช่วยลดภาวะเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ และยังมีผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทราพร พรหมปรการ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่ยังคงไปร่วมประเพณีต่าง ๆ ในหมู่บ้านทำให้ได้พบปะกับบุคคลอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การให้คำปรึกษา ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ส่วนใหญ่การได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จะได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้มีการรับรู้ข่าวสาร ประสบการณ์และความคิด เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหาหรือเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน มักอยู่แต่ในบ้าน ทำให้มีการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมลดลง ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงเมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับทราบว่าคุณสมบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีเพียงใด รวมถึงมีแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป จากการศึกษาของ ทศพร คำผลศิริ (2542) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคคลรอบข้างและจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองมากขึ้นและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีร่วมกับสภาพสังคมไทยในปัจจุบันนี้มีความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีและสารสนเทศต่าง ๆ ตลอดจนการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือการมีชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้จากสื่อต่าง ๆ ได้มากขึ้น (อนันต์ ภูเกียง, 2543)

5. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงแก่ผู้สูงอายุ เช่น เงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการให้บริการ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งของเป็นอย่างมากเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการยังชีพ นอกจากนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกายสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องมีคนที่ยคอยช่วยเหลือดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดหาอาหารให้รับประทาน รวมถึงการพาไปรับการรักษาเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง จะทำให้ผู้สูงอายุคลายความเครียดหรือความวิตกกังวลลงได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป จากการศึกษาของ อรุณช ธรรมสอน (2544) พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งต้องการให้บุตรหลานให้เงินเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายประจำวันและค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้ไม่มีรายได้ ดังนั้นรายได้

ส่วนใหญ่จึงได้มาจากบุตรหลาน (นภาพร ชัยวรรณ, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ ลู่เกียง (2543) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานเป็นอย่างดีทั้งในเรื่องการดูแล เมื่อเจ็บป่วย การจัดหาซื้อยา การพาไปพบแพทย์และเป็นธุระในเรื่องต่าง ๆ

3.3.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อ และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Schaefer et al., 1981) ซึ่งมีการแบ่งแตกต่างกันออกไปตามวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษาที่เน้นขนาดของกลุ่มบุคคล ความใกล้ชิด ลักษณะของความสัมพันธ์ และระยะของความสัมพันธ์ ซึ่งมีผู้ที่ศึกษาและแบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน ดังนี้

Pender (2002) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าเป็นสำคัญมากที่สุด เนื่องจากมีบทบาทสำคัญต่อบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก เป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรมและประสบการณ์ต่าง ๆ

2) กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน บุคคลสำคัญ บุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

3) กลุ่มบุคคลทางศาสนา ได้แก่ พระผู้นำทางศาสนา หรือบุคคลอื่นในองค์กรศาสนามีการยึดหลักคำสอนของศาสนาเป็นเป้าหมายหลักในการสนับสนุน

4) กลุ่มบุคคลทางด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นกลุ่มที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองและผู้ใกล้ชิด

5) กลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

House (1981) จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนไว้เป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ ดังนี้

1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นโดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง หรือเครือญาติ คู่สมรส และเพื่อนฝูง

2) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง บุคลากรที่มสุขภาพ

Kaplan (1977) จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนสังคม ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural supportive System) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูกหลาน และบุคคลของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Supportive organization) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มาร่วมกันเป็นหน่วยงาน เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือระดับรองด้านจิตใจและอารมณ์

3) กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาการ (Professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

3.3.5 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม สร้างบนพื้นฐานหลาย ๆ มิติของคำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคม (Brandt & Weinert, 1981) ตามแนวคิดที่นักวิจัยแต่ละท่านยึดถือซึ่งแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม มีดังต่อไปนี้

1. Norbeck Social support Questionnaire (NSSQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย นอร์เบค ลินเซย์และคาร์เรียรี่ (Norbeck, Linsey & Carrieri, 1981) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของคาน์ (Kahn, 1979) คำถามประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยืนยันรับรองพฤติกรรมของกันและกัน และด้านการให้ความช่วยเหลือ ลักษณะคำถามจะแบ่งเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม

2. The Personal Resource Questionnaire (PRQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดยแบรนต์และไวเนอร์ (Brandt & Weinert, 1981) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของไวส์ (Weiss) แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ PRQ1 เป็นส่วนที่วัดจำนวนและชนิดของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ และ PRQ2 เป็นส่วนที่วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิด ด้านการดูแลเอาใจใส่ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านการได้รับความแนะนำและช่วยเหลือ คำถามส่วนนี้แบ่งเป็นมาตราส่วน 7 ระดับ

3. Social Support Questionnaire (SSQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย Schaefer, Coyne, & Lasarus, (1981) ประกอบด้วยการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร และด้านสิ่งของ และแบ่งการวัด เป็น 2 ส่วน คือ SSQ 1 วัดการสนับสนุนด้านสิ่งของ สามารถนับจำนวนสิ่งของที่ได้รับ SSQ2 วัดการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านข่าวสาร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล คำถามส่วนนี้แบ่งเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ (Hanujarnkun, 1988)

4. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมสร้างตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, and Lasarus (1981) ซึ่งแปลและดัดแปลงโดยนักวิจัยชาวไทยหลายท่านเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมไทย ฉวีวรรณ แก้วพรม (2530) ได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคอบบ์ ร่วมกับเซฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร และ ทศนีย์ เกริกกุลธร (2536) ได้ดัดแปลงแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ ฉวีวรรณ แก้วพรม เพื่อใช้ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, and Lasarus (1981) ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุน 5 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ เงินหรือบริการ เพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานี้ ที่มีความสัมพันธ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จึงควรได้รับการสนับสนุนครอบคลุมทุกด้าน

3.4 ปัจจัยส่วนบุคคล

จากแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกนึกคิดและการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีวภาพ ได้แก่ เพศและอายุ และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.4.1. อายุ เป็นข้อบ่งชี้ถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลในด้านของพัฒนาการ วุฒิภาวะและความสามารถในการจัดการต่าง ๆ เป็นปัจจัยพื้นฐานประการหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1991) จากการศึกษาของ ผานิตย์ อินเจริญศักดิ์ (2541) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองและมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีความเสื่อมของสภาพร่างกายทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงและมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพจิตรา ล้อสกุลทองและคณะ (2546) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีการเจ็บป่วยทำให้มีการดูแลตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ลดลง แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ อนันต์ ลู่เกียง (2543) และ สุทธิพันธ์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวพบว่า อายุที่แตกต่างกันไม่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

3.4.2. เพศ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความแตกต่างทางชีวภาพของบุคคล เป็นตัวกำหนดบทบาทความสามารถ และการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ (Palank, 1991) เพศชายจะมีโครงสร้างที่แข็งแรงจะมีพฤติกรรมในด้านของการใช้กำลัง เช่น การทำงานนอกบ้าน ส่วนเพศหญิงจะมีโครงสร้างที่บอบบางมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและบุคคลอื่น ๆ เช่น การดูแลสุขภาพ และความเป็นอยู่ของบุคคลในครอบครัว (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) เพศที่แตกต่างกันจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย เนื่องจากมีการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองรับประทาน

อาหารที่เหมาะสม ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ (ทศพร ศรีบริกิจ, 2548) แตกต่างจากการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศชายมีความสามารถในการเรียนรู้สูงกว่าเพศหญิง

3.4.3. สถานภาพสมรส เป็นข้อบ่งชี้สถานะระบบครอบครัว เป็นตัวที่กำหนดบทบาททางสังคม และถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของครอบครัว เพราะคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีโอกาสได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนการช่วยเหลือจากสามีหรือภรรยา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (ศิริมา ลีละวงศ์, 2541) นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะยังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) จากการศึกษาของ ไพจิตร ล้อสกุลทอง และคณะ (2546) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุสถานภาพสมรสอื่น ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sarwari et al., (1998) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงที่อยู่กับคู่สมรสจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Ahijwiyeh et al., (1994) และ อนันต์ ลู่เกียง (2543) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.4.4. ระดับการศึกษา เป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ผานิตย์ อินเจริญศักดิ์ (2541) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่เป็นสังคมเมืองมีความเจริญทางด้านสาธารณูปโภค ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายขึ้น

3.4.5. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา (Pender, 1996) รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองด้านความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (Orem, 1991) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเงินจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ส่งผลให้มีความผาสุกทางใจในระดับต่ำ และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ลดลง (ผานิตย์ อินเจริญศักดิ์, 2541)

จากการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ แตกต่างจากการศึกษาของ สุทธิพันธ์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่โดยเฉพาะในเขตเมืองร้อยละ 80 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน รายได้ส่วนใหญ่จึงได้มาจากบุตรหลาน (นภาพร ชโยวรรณ, 2548) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ อนันต์ ลู่เกียง (2543) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. ผู้สูงอายุและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นย่อมมีความแตกต่างกัน ตามลักษณะของพื้นที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (สดีใส ศรีสอาด, 2540) เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ส่วนใหญ่ยังพอช่วยเหลือตนเองได้ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเน้นที่การคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองให้นานที่สุดและปราศจากการเจ็บป่วย (อนันต์ ลู่เกียง, 2543) และผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อมุ่งหวังให้หายจากการเจ็บป่วย (จิรวรรณ อินคุ่ม, 2541) สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทและในเขตเมืองนั้นมีความแตกต่างกันของสภาพสังคมที่อยู่อาศัย ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันได้ เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง (ปาลีรัตน์ พรทวีภักธา, 2541) แต่ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองส่วนใหญ่ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชนบท (ทศพร ศรีบริกิจ, 2548) จากความแตกต่างของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีพื้นที่อยู่อาศัยและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

4.1 ผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานเป็นครอบครัวขยาย ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากบุคคลในครอบครัว แต่เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพต่างๆ และมีภาวะพึ่งพาตามมา ดังนั้นทางภาครัฐได้เล็งเห็นถึงความสำคัญมีการกำหนดนโยบายซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่สำคัญมุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , 2545) แนวทางหนึ่งคือ มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในแต่ละชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น

การออกกำลังกาย การสนทนาธรรม การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน (พินิตนันท์ โชติกเจริญสุข, 2545) ซึ่งจากผล การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน จะสามารถปรับตัวได้ดีและ ให้ความสนใจดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ทำให้มีสุขภาพที่ดีตามมา (สุทธินันท์ จิตติภาณุโสภณ, 2543) จากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร และ นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ (2546) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน จะให้ความสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง มีการ แสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ รวมถึงมีการถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุรายอื่น แต่ทั้งนี้ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ใน ชุมชนค่อนข้างน้อย เนื่องจากไม่มีผู้นำที่เข้มแข็ง ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรม และทางด้านของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีปัญหาทางด้านสุขภาพ จะขาดแรงจูงใจทำให้ เข้าร่วมกิจกรรมลดลง (วรรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่าสถานที่จัดตั้ง ชมรมส่วนใหญ่ตั้งอยู่ไกลจากที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทส่วนในชุมชนเมือง พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นตึกอาคารพาณิชย์และที่อยู่อาศัย ทำให้ไม่มีพื้นที่ในการจัดกิจกรรม ซึ่งปัจจัย ต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ลดลง

4.2 ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ เจ็บป่วยได้ง่ายและมีโรคประจำตัว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) สาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจากความเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัยที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุจึงมักมีการเจ็บป่วยเรื้อรังมีพยาธิสภาพ หลายระบบ มีอาการแสดงที่ซับซ้อนหลายโรคทำให้การวินิจฉัยยากลำบาก ส่งผลให้ได้รับการดูแล ที่ล่าช้าและไม่เหมาะสม ต้องนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานขึ้น มีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลนาน ๆ ได้แก่ การติดเชื้อในโรงพยาบาล แผลกดทับ (เปรมฤดี พันชาติ, 2545) ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อมุ่งเน้นให้ตนเอง หายจากการเจ็บป่วย และสามารถออกจากโรงพยาบาลไปใช้ชีวิตได้ตามปกติที่บ้าน (Resnick, 1999) จากการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุต้องถูกแยกออกจากครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด มาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปทั้งสถานที่และบุคคล รวมถึงผลจากการเจ็บป่วย และการได้รับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นเคย ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียดได้ และการ เจ็บป่วยเรื้อรังต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกทอดทิ้ง ว่าเหว หดหู่ ซึมเศร้า และสิ้นหวัง ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน (สายหยุด สังข์ทอง, 2540) ในบางครั้ง ผู้สูงอายุอาจแสดงกิริยาที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น อารมณ์โกรธ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้

เนื่องจากรู้สึกว่าการตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และขาดการตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมตัดสินใจในแผนการดูแลรักษา และส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัว รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา นอกจากนี้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุยังมีผลต่อความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ต้องการหาสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การอบน้ำมนต์ หรือการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาต่าง ๆ หากไม่เป็นการรบกวนกับผู้ป่วยคนอื่นควรเปิดโอกาสให้กระทำได้ ซึ่งเป็นการส่งเสริมทางด้านจิตวิญญาณอีกทางหนึ่ง (บุญพา ณ นคร, 2545)

4.3 ผู้สูงอายุในชนบท

สภาพสังคมในชนบทส่วนใหญ่เป็นสังคมเกษตรกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 86 ยังคงประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเอง เช่น การทำสวน ทำไร่ ทำนา และรับจ้าง (เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร และ นันทพันธ์ ชินลำประเสริฐ, 2546) ทำให้ผู้สูงอายุยังมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาของ วรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่เนื่องจากสภาพของร่างกายที่เสื่อมไปตามวัยที่สูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบอาชีพได้อย่างจริงจังและต่อเนื่องเหมือนเดิม ผู้สูงอายุจึงประสบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจมีความยากจนและมีรายได้ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 46.1 (นภาพร ชโยวรรณ, 2548) จากปัญหาดังกล่าวนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนลดลง เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อการหารายได้เลี้ยงชีพ ลักษณะครอบครัวในชนบทส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย มีชีวิตความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย พึ่งพอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ มีความรักใคร่สามัคคี มีการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเครือญาติหรือเพื่อนบ้านที่ใกล้ชิดสนิทสนม มีการไปมาหาสู่พบปะกันอย่างสม่ำเสมอ ยึดถือวัฒนธรรมที่ให้ความเคารพผู้อาวุโส ดังนั้นผู้สูงอายุในชนบทจึงเป็นบุคคลที่มีคุณค่า และมีความสำคัญต่อครอบครัวและชุมชน (ปาลีรัตน์ พรทวีภักธา, 2541) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การประกอบกิจกรรมทางศาสนา ทำบุญตักบาตร ฟังเทศน์ ได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน ทำให้ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (สดีโส ศรีสอาด, 2540) แต่เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปยังอุตสาหกรรม บุคคลวัยแรงงานในชนบทมีการย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในเมืองมากขึ้นเพื่อความอยู่รอด ส่งผลให้ผู้สูงอายุในชนบทถูกทอดทิ้ง

ให้อยู่ตามลำพัง ต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น รู้สึกว่าเหว่ ขาดที่พึ่ง และโดดเดี่ยว มีการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง (สุพรรณวี เติร์มวิศิษฐ์ และ นาฎยา เอื้องไพโรจน์, 2540)

4.4 ผู้สูงอายุในเมือง

สภาพสังคมในเขตเมืองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านของสภาพแวดล้อม ความคิด ความเชื่อ และค่านิยมของบุคคลทั่วไป แบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลในเมืองมี ภาวะแข่งขันสูงต้องดิ้นรนทำมาหากินเพื่อความอยู่รอด (ปาลีรัตน์ พรทวีภัณฑา, 2541) จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง เกิดความไม่คุ้นเคยกับ ความทันสมัยที่เข้ามาแทนที่ โครงสร้างของครอบครัวในสังคมไทยจากครอบครัวขยายมาเป็น ครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นถึงร้อยละ 86.7 (ชลลดา ภักดีประพทธิ, 2541) สมาชิกในครอบครัวให้ ความเคารพนับถือและขอคำปรึกษาลดลง เนื่องจากคิดว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ล้าสมัย ก่อให้เกิด ช่องว่างระหว่างวัยขึ้น (ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541) ผู้สูงอายุในเมืองจึงมีแนวโน้มที่ต้องอยู่เพียง ลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลโดยเฉพาะช่วงเวลากลางวัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่อยู่ใน สถานรับเลี้ยงดูหรือสถานสงเคราะห์คนชรามากขึ้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องออกไป ทำงานนอกบ้านเพื่อหาเลี้ยงชีพ มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมองสถานะ ของตนเองในลักษณะที่ด้อยลง เกิดภาวะซึมเศร้าและให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ ตนเองลดลง (เพ็ญศรี หลินศุวรรณท์, 2543) แต่จากสภาพของสังคมเมืองที่มีความเจริญก้าวหน้า ทางด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงระบบข้อมูลข่าวสารได้ง่ายจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (วรรณิ ชัชวาลทิพากร และ คณะ, 2543)

5. ผู้สูงอายุและการอยู่อาศัยในเขตเมือง

ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าลักษณะการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และต้องการความรักความเอาใจใส่จากบุตรหลาน ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีบุตรหลานหรือ ญาติพี่น้อง ย่อมได้รับความรักความห่วงใยและความเอื้ออาทรจากบุคคลเหล่านั้น จากการศึกษาของ วาสนา เกื้อนวงษ์ (2540) พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

5.1 ลักษณะของเมือง

ลักษณะของเมือง คือ แหล่งที่รวมความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยีต่าง ๆ มี ประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีการคมนาคมที่สะดวก เป็นตลาดแรงงาน มีสถานศึกษาและสถานบริการ

ด้านสุขภาพที่เพียงพอ กรุงเทพมหานครถือว่าเป็นเมืองหลวงที่สำคัญของประเทศ มีการแบ่งพื้นที่ออกเป็น 3 เขต คือ

เขตเมือง เป็นเขตที่มีประชากรหนาแน่นมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นย่านการค้า การบริการ เป็นศูนย์กลางย่านธุรกิจ มีระบบการให้บริการด้านสาธารณูปโภคและคมนาคมดี

เขตต่อเมือง เป็นเขตที่มีความหนาแน่นของประชากรปานกลาง เป็นย่านที่อยู่อาศัยกับการค้า การบริการ มีสถาบันราชการ มีระบบการให้บริการด้านสาธารณูปโภคและคมนาคมที่เป็นเขตที่ยังสามารถรองรับการขยายตัวหรือความเจริญต่าง ๆ ได้ดีมาก

เขตชานเมือง เป็นเขตที่น่าสนใจในอนาคตมีความหนาแน่นของประชากรน้อยที่สุด พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่อยู่อาศัยเป็นเขตที่ในพื้นที่บางแห่งมีการให้บริการด้านคมนาคมและสาธารณูปโภคต่าง ๆ ลักษณะทางสังคมและประชากรมีลักษณะเป็นสังคมเมืองผสมสังคมชนบท

จากลักษณะเขตดังกล่าว 3 เขต จะมีผลต่อรูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตนั้น ๆ ซึ่งย่อมแตกต่างกันออกไปตามเขตที่อยู่อาศัยของแต่ละบุคคล กรุงเทพมหานครถือว่ามีความเป็นสังคมเมืองมากที่สุดของประเทศ ที่มีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น และกลุ่มประชากรที่สำคัญหนึ่งในนั้นคือกลุ่มผู้สูงอายุ ที่พบว่านับวันยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่ออนาคตคุณภาพชีวิตในสังคมไทยโดยรวม โอเรม (Orem, 1995) เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุกในชีวิต เนื่องจากความผาสุกเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตอย่างหนึ่ง จากผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ของ วาสนา เกื้อนวนงษ์ (2540) พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าเขตอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุในเขตเมืองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีการศึกษา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูง รวมทั้งมีการคมนาคม แหล่งบริการสุขภาพ แหล่งอำนวยความสะดวก ความสุขสบายต่าง ๆ ในชีวิตมากกว่าเขตต่อเมืองและชานเมือง ซึ่งเหล่านี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับความสุขและความพึงพอใจในชีวิต มีสุขภาพที่ดีทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ทั้งนี้จากผลการรายงานด้านสถิติชี้ชัดต่าง ๆ บ่งบอกว่าผู้สูงอายุในเมืองมีอายุยืนยาวน้อยกว่าผู้สูงอายุในชนบท ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเป็นชุมชนเมืองทำให้มีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี เช่น มีควันเสีย อากาศเป็นพิษ ความเป็นอยู่ที่แออัดทำให้ไม่มีพื้นที่ในการออกกำลังกายและพักผ่อน ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ (ผานิต อินเจริญศักดิ์, 2541)

5.2 สวนสาธารณะในเขตเมือง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมไทยปัจจุบันที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือ การอยู่รวมกันของคนในสังคมอย่างแออัดในเขตที่เจริญแล้วมีมากขึ้น และมุ่งความสนใจกับการทำมาหากินมากกว่าการพักผ่อนหย่อนใจ เมื่อเวลาล่วงเลยไปคนในเขตที่เจริญแล้วก็จะเริ่มมองเห็นความสำคัญของการพักผ่อนหย่อนใจ

การพักผ่อน ซึ่งสถานที่ที่ส่งเสริมการพักผ่อนของคนในเขตเมืองได้ดีก็คือ สวนสาธารณะ ซึ่งกลุ่มคนที่ให้ความสนใจในการพักผ่อน ได้แก่ กลุ่มคนที่มีฐานะดี มีเวลาว่างจากการทำงาน ซึ่งเชื่อว่าการพักผ่อนเป็นวิถีการดำรงชีวิตอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ

เมื่อความต้องการที่จะพักผ่อนของบุคคลเพิ่มมากขึ้น จึงเป็นตัวบังคับให้มีการสร้างสวนสาธารณะและสถานที่พักผ่อนหย่อนใจมากขึ้น โดยคำนึงถึงการส่งเสริมเกี่ยวกับการบริหารร่างกายให้สมบูรณ์อยู่เสมอ ทำให้มีสภาพจิตใจและสุขภาพกายที่แข็งแรง (เวทิสภา กาญจนแก้ว, 2544)

สวนสาธารณะจึงมีความสำคัญและเป็นที่พักผ่อนของคนในเมือง คือ

1. เป็นสถานที่ให้คนใช้สร้างความสะดวกทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. เป็นสถานที่ป้องกันการบุกรุกทำลายธรรมชาติ และในขณะเดียวกันเป็นสถานที่ส่งเสริมให้มีธรรมชาติที่สมดุลกันเอง
3. เป็นสถานที่กระตุ้นให้มีการศึกษาที่ดีขึ้น รวมทั้งช่วยส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจในทางที่ถูกต้อง

คนที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นเมืองใหญ่ สังคมที่เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว เป็นการยากลำบากมากที่จะได้พบปะสังสรรค์และทำให้รู้สึกว่าเป็นตัวของตัวเอง ไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ตนอาศัยอยู่ (Lack of sense of belonging) การจัดให้มีโอกาสพักผ่อนในสวนสาธารณะจึงเป็นหนทางเดียวที่ทำให้คนได้รู้จักและทำความคุ้นเคยกันกับเพื่อนบ้านมากขึ้น

5.3 สวนลุมพินี

สวนลุมพินี เป็นสวนสาธารณะแห่งแรกของประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2468 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว โปรดพระราชทานที่ดินอันเป็นทรัพย์สินส่วนพระองค์ ณ ตำบลศาลาแดง จำนวน 360 ไร่ มีพระราชประสงค์ให้จัดเป็นสวนพฤกษชาติสาธารณะ มีเครื่องเล่นและสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ เช่น สนามฟุตบอล สนามเด็ก สระว่ายน้ำ เพื่อให้ประชาชนทุกเพศทุกวัย ได้มีโอกาสใช้สถานที่แห่งนี้สำหรับพักผ่อน สวนลุมพินี นับเป็นสวนสาธารณะที่ใหญ่ที่สุดกลางกรุงเทพมหานคร มีการคมนาคมที่สะดวกสบายในการเข้ามาใช้บริการ และได้ชื่อว่าเป็น " ปอดขนาดใหญ่สำหรับคนเมือง " ไม่เพียงแต่มีทัศนียภาพสวยงามร่มรื่น สดชื่นด้วยอากาศบริสุทธิ์ เนื่องจากมีต้นไม้ใหญ่จำนวนมาก แต่ยังคงกลายเป็นแหล่งรวมพลคนรักสุขภาพหลากหลาย ต่างอาชีพ ต่างเพศและต่างวัย ในวันหนึ่งมีประชาชนเข้ามาใช้บริการเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 20,000 คน (สำนักงานสวนสาธารณะ กรุงเทพมหานคร , 2546) สวนใหญ่มากเพื่อออกกำลังกายและพบปะสังสรรค์กับคนรุ่นเดียวกัน และมีการจัดตั้งชมรมขึ้นมาหลายชมรม เช่น ชมรมไต่ชะน้ำชา ชมรมสร้างสรรค์ กทม. และชมรมกายบริหาร เป็นต้น

5.4 กิจกรรมต่างๆ ในสวนลุมพินี

สวนลุมพินี เป็นสวนสาธารณะที่ใหญ่ จึงมีประชาชนทั่วไปให้ความสนใจและเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในยามเช้าช่วงเวลาระหว่าง 5.00 – 8.30 น. จะพบว่ามีกลุ่ม

ผู้สูงอายุที่มาร่วมกันทำกิจกรรมออกกำลังกายเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้จากผลการสำรวจของ กฤษณกมล วิจิตร และคณะ (2545) พบว่าภายในสวนลุมพินีมีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายและ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมากกว่า 90 ชมรม แบ่งเป็นกลุ่มออกกำลังกาย 40 กว่าชมรม และ กลุ่มนันทนาการอีกกว่า 50 ชมรม กิจกรรมการออกกำลังกายที่นิยมมากที่สุดของผู้สูงอายุใน สวนลุมพินี คือ ไทเก๊ก คิดเป็นร้อยละ 49.8 ทั้งนี้เนื่องจากไทเก๊กเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาและสถานที่ ไม่มากสามารถทำได้ด้วยตนเองเพียงคนเดียวหรือทำร่วมกันเป็นหมู่คณะ (บรรลุ ศิริพานิช, 2541) และส่วนหนึ่งมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในสวนลุมพินี เป็นชาวไทยเชื้อสายจีน ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของกิจกรรมการออกกำลังกายแบบไทเก๊ก จึงทำให้เป็นการออกกำลังกายที่ได้รับความนิยมมากที่สุดของผู้สูงอายุในสวนลุมพินี นอกจากนี้กิจกรรมด้านนันทนาการ ได้แก่ จิบน้ำชา พุดคุย ร้องเพลง และเต้นรำ ถือว่าเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุนิยมทำเป็นส่วนใหญ่เช่นกัน โดยเฉพาะ การจิบน้ำชาพุดคุย คิดเป็นร้อยละ 72 (กฤษณกมล วิจิตร และคณะ, 2545) การได้พุดคุยสนทนา กันของผู้สูงอายุในชมรมกับบุคคลในวัยเดียวกัน จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (ทศพร คำศิริผล, 2542)

นอกจากการจัดตั้งชมรมโดยการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเองแล้ว ภายในสวนลุมพินียังมีการ จัดตั้งศูนย์ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งเปิดให้บริการในช่วงเวลา 5.30 – 15.30 น. ภายในศูนย์ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรม ต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุได้เลือกปฏิบัติหลากหลาย ได้แก่ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัย การออก กำลังกายและกีฬาในผู้สูงอายุ การฝึกอาชีพ และกิจกรรมนันทนาการ (เอกสารแนะนำศูนย์ ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร สวนลุมพินี) สวนลุมพินีถือเป็นแหล่งรวมของบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัย ไม่ เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ดังนั้นจึงมีกิจกรรมหลากหลายที่ผู้สูงอายุ ครอบครัวและ ประชาชนทั่วไปสามารถเลือกปฏิบัติได้ ได้แก่ (สำนักงานสวนสาธารณะ กรุงเทพมหานคร, 2546)

1. กิจกรรมดูนกในเมือง เพราะเป็นแหล่งอาหารในธรรมชาติ และอุดมสมบูรณ์ด้วยต้นไม้ ขนาดใหญ่ สวนแห่งนี้จึงกลายเป็นแหล่งอาศัยของนกนานาพันธุ์มากกว่า 30 ชนิด ซึ่งเป็นที่มาของ การจัดอบรมหลักสูตรดูนกในเมือง ณ สวนลุมพินี ของทุกปี

2. ลานตะวันยิ้ม เป็นลานเพื่อกิจกรรมนันทนาการที่ออกแบบเพื่อคนพิการโดยเฉพาะ มี ทางลาดแทนขั้นบันได สนามเด็กเล่นชนิดพิเศษ ที่จอดรถคนพิการ และสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อคนด้อยโอกาส อย่างครบครัน

3. สโมสรพลเมืองอาวุโสแห่งเมืองกรุงเทพมหานคร ตั้งอยู่อาคารลุมพินีสถาน เป็นที่พบปะ สังสรรค์ พักผ่อน ออกกำลังกาย ฝึกอาชีพของผู้สูงอายุ และภายในอาคารยังมีเวทีลีลาศที่หมุนได้ ใช้เป็นที่จัดกิจกรรมลีลาศและฝึกสอน

4. ศูนย์สร้างโอกาสเด็กสวนลุมพินี (Home of hope) ให้บริการแนะนำ ปรีกษา ช่วยเหลือ สอนหนังสือ แก่เด็กเร่ร่อน (Homeless children)
5. ศูนย์ฝึกอาชีพกรุงเทพมหานคร (BMA Apprentice School) ให้บริการฝึกอาชีพสาขา ต่าง ๆ แก่ประชาชนทั่วไป เช่น คอมพิวเตอร์ ตัดเย็บเสื้อผ้า เสริมสวย ทำอาหาร
6. ห้องสมุดประชาชนสวนลุมพินี บริการแหล่งศึกษาค้นคว้าหาความรู้แก่ประชาชนทั่วไป มีทั้งหนังสือและวีดิทัศน์
7. ศูนย์เยาวชนสวนลุมพินี นำเสนอกิจกรรมกีฬาและฝึกสอนแก่เด็กและเยาวชน จัดสถานที่ และอุปกรณ์กีฬาไว้ให้บริการสมาชิก เช่น ฟุตบอล วอลเลย์บอล บาสเก็ตบอล ฝึกสอนลีลาศ
8. ศูนย์อาหารศรีไทยเดิม เป็นแหล่งจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ซึ่งมีผู้มาใช้บริการ มากมายทั้งผู้ที่มาใช้บริการในสวนลุมพินีและประชาชนรอบนอก
9. จักรยานน้ำและเรือพาย เป็นจุดบริการของเอกชน อยู่รอบเกาะลอยทำให้สามารถชมวิว ทิวทัศน์ของสวนลุมพินีได้อย่างเพลิดเพลิน
10. ธรรมะในสวน กิจกรรมทางพุทธศาสนา เพื่อเป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยมีการทำบุญ ตักบาตร และแสดงธรรมะโดยพระสงฆ์ในวันอาทิตย์สุดท้ายของทุกเดือน
11. ดนตรีในสวน กิจกรรมแห่งความเพลิดเพลินที่พบได้ในสวนสาธารณะ มีการจัดแสดง ดนตรีไทยและดนตรีสากล ณ สวนปาล์ม โดยจัดในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน ทุกวันอาทิตย์ จะเห็นได้ว่าสวนลุมพินี เป็นแหล่งรวมของการจัดกิจกรรมที่หลากหลายเหมาะสำหรับ ประชาชนทั่วไป ซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุได้เข้ามาใช้บริการและยังเป็นสถานที่ส่งเสริมให้บุคคลทุก เพศทุกวัยได้มีโอกาสมาทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีแก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม

6. บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ โดยช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่น้อยที่สุด (ปารีชาติ ญาตินิยม, 2547) พยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือทั้งผู้สูงอายุที่ปกติมีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ ทั้งในชุมชนและสถานให้บริการ ด้านสุขภาพ โดยพยาบาลมีบทบาทดังนี้

5.1 การช่วยให้ผู้สูงอายุปกป้องตนเอง และเป็นผู้สูงอายุที่มีแบบแผนชีวิตที่ดีในวันข้างหน้า เพื่อสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การดูแลด้านโภชนาการ การเข้าร่วมกิจกรรมที่มี ประโยชน์ต่อสังคม เป็นต้น โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มที่ยังมี สุขภาพดีและกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความต้องการเฉพาะ และกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการ

ดูแลตนเองทั้งผู้ที่อาศัยในบ้าน สถานสงเคราะห์ หรือรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อคงความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุด ส่งเสริมการดูแลตนเอง และกระตุ้นการมีเครือข่ายทางสังคม

5.2 การทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ที่แสดงถึงการทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม และมีการกำหนดเป้าหมาย การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Education) จะต้องปรับให้เหมาะสมกับความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรม

5.3 มีกลวิธีในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ โดยจะต้องเริ่มจากการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเป้าหมายชีวิต ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมและการตั้งใจของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรม โดยคำนึงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ การใช้กลุ่มสนับสนุน ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีอยู่ในชุมชน การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ในวัด หรือโบสถ์

5.4 การดำเนินการโดยใช้กลุ่มที่จัดตั้งเป็นทางการ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ เช่น การรวมกลุ่มทำพิธีกรรมทางศาสนาที่วัดหรือโบสถ์ เป็นแกนหลักที่พยาบาลใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ซึ่งบรรลุเป้าหมายสุขภาพเชิงกว้างที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ และสอดแทรกกิจกรรมด้านสุขภาพอื่น ๆ ทำให้สามารถเข้าถึงชุมชนได้อย่างแท้จริง โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างแพทย์กับศาสนา การสอนและให้ความรู้ด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษา การคัดกรองและบริการส่งต่อผู้ป่วย

5.5 การพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ (Systemic Program) และเป็นโครงการที่สร้างสรรค์ มีโปรแกรมการให้ความรู้ เช่น การเตรียมตัวเกษียณอายุ การผ่อนคลาย เพื่อแก้ปัญหาอันไม่หลับ การคัดกรอง การตรวจสุขภาพ และติดตามผล ซึ่งการกระทำในศูนย์สุขภาพหรือศูนย์สาธารณสุขระดับต้น การตรวจร่างกายประจำปี ให้ความรู้เรื่องสุขภาพทุก 2-3 เดือน

5.6 การจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการ (Access to Service) เป็นการทำให้มีคลินิกผู้สูงอายุเป็นโครงการหนึ่งของโรงพยาบาลที่พยาบาลให้ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการได้ และการจัดโครงการสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care for Carer) เป็นการสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวได้อย่างผาสุก

5.7 การจัดโปรแกรมร่วมกับกิจกรรมในสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกับโปรแกรมการออกกำลังกายของจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน หรือสวนสาธารณะต่างๆ โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ตรวจร่างกาย คัดกรองความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เป็นต้น

5.8 มีการรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพ อาจสนับสนุนโดยรัฐบาลหรือเอกชน ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และโปรแกรมของชุมชน โดยการสอนประชาชนให้รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี การกระตุ้นให้มีการเปิดร้านอาหารเพื่อสุขภาพ ร้านค้าเพื่อสุขภาพในชุมชน เพื่อลดอันตรายจากอาหาร ฟิช ผัก และยาต่าง ๆ

5.9 การเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัด หรือมี ปัญหาเฉพาะ สามารถสังเกตสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติเพื่อลดอันตรายที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ อาศัย ภาวะโภชนาการ การใช้จ่าย เป็นต้น

5.10 ส่งเสริมการเป็นแบบอย่างที่ดี ของผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ ดีและมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี โดย การจัดกลุ่มช่วยเหลือกัน (Self help group) ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ดียังคงปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงช่วยให้ผู้สูงอายุที่ไม่สนใจดูแลสุขภาพของ ตนเองหันมาปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดีมากยิ่งขึ้น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ด้านที่ทำได้ดีที่สุด คือ ความรับผิดชอบต่อ สุขภาพ มีการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ รองลงมาคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมโดยเฉพาะ ในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน เนื่องจากคนในครอบครัวต้องออกไปทำงานและญาติพี่น้องก็อยู่ไกลกัน รวมถึงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเอง ทำให้มีการติดต่อกันไม่บ่อยนัก ปัญหาและอุปสรรคในการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว บุตรหลานไม่ให้การสนับสนุน ตลอดจนไม่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

ผานิต อินเจริญศักดิ์ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรและวิถีชีวิต กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขต กรุงเทพมหานคร จำนวน 410 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเกือบครึ่ง (ร้อยละ 47.3) มีวิถีชีวิตที่ไม่ดี โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 74.4 เนื่องจากไม่มีเวลา ไม่มี สถานที่ ไม่มีเพื่อนและขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย และผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพจิตถึงร้อยละ 57.8 และมีปัญหาด้านสังคมร้อยละ 41.2 ทั้งนี้เนื่องจาก กรุงเทพมหานครมีสภาพเป็นสังคมเมือง ผู้คน มุ่งทำงานหาเงินเพื่อความอยู่รอด ทำให้การดูแลเอาใจใส่และการให้ความหมายกับผู้สูงอายุลดลง การอยู่อาศัยของคนในสังคมเมืองจะต่างคนต่างอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมสนทนาและพบปะ สังสรรค์กับผู้อื่นน้อยลง ซึ่งการมีสภาวะทางสังคมที่ไม่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีตามมา

ไพจิตรรา ล้อสกุลทอง ขวพรรพรณ จันทรประสิทธิ์ และศิริรัตน์ ปานอุทัย (2546) ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว

จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 180 คน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของ เพศ อายุ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุช่วง 70-84 ปี ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีการเจ็บป่วยทำให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้น้อยลง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 1 ใน 3 มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า หรือแยก ทำให้ขาดแหล่งการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

วรรณิ์ ชัชวาลทิพากร และคณะ (2542) ทำการวิจัยเพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุและการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 800 คน เป็นผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ 400 คน และ เป็นผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท 400 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของภาครัฐและเอกชน จำนวน 100 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงและการใช้บริการ ในการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน

ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 200 คน ในเขตจังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษา พบว่า อายุและรายได้สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีข้อจำกัดของร่างกายร่วมกับมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นและผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง

แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ศึกษาการรับรู้ตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เคยได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำนวน 50 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 64 อาศัยอยู่กับครอบครัวขยายทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว

สุพินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) ศึกษาการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีอายุยืนยาว จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 90 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า

ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีและการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี

อินทราพร พรหมปรากฏ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง จำนวน 400 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้สูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง ส่วนใหญ่จะมีรายได้สูงทำให้สามารถแสวงหาแหล่งบริการด้านสุขภาพได้เหมาะสม ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีตามมา

อนันต์ ลู่เกียง (2543) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว จังหวัดกระบี่ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 82 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 และสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.9 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี แต่ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน

Ahijevych and Bernard (1994) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงผิวดำโดยใช้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผลการศึกษา พบว่าหญิงผิวดำมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณสูงสุด และมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายต่ำสุด และ ตัวแปรที่สามารถนำมาวิเคราะห์ทั้งหมดสามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 12 ตัวแปรที่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ ประวัติการมีโรคประจำตัว

Resnick (1999) ศึกษาการจูงใจตนเองต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า การจูงใจตนเองสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตีบ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง

Rhodes et al. (1992) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือในการรักษาและการจูงใจตนเองของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การให้ความร่วมมือในการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจูงใจตนเองของผู้ป่วย นั่นคือผู้ป่วยที่มีการจูงใจตนเองสูงจะมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของทีมนสุขภาพ มีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพและมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร โดยมีวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมกิจกรรมต่าง ๆ ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร ซึ่งในที่นี้กิจกรรมจำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ การออกกำลังกาย การพบปะพูดคุย/จิบน้ำชา และการร้องเพลง/เต้นรำ ทั้งนี้การมาร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ จะต้องมาเป็นประจำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมออกกำลังกายและทำกิจกรรม ได้แก่ พบปะพูดคุย/จิบน้ำชา และร้องเพลง/เต้นรำ ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร โดยมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 เป็นผู้สูงอายุที่มีการรวมกลุ่มกันเป็นชมรมออกกำลังกายและทำกิจกรรมได้แก่ พบปะพูดคุย/จิบน้ำชา ร้องเพลง/เต้นรำ เป็นประจำอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร

1.2 มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์

1.3 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane (1973 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547) โดยใช้ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น .95

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

N คือ ขนาดของประชากร

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

(จากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมออกกำลังกายและทำกิจกรรมได้แก่ พบปะพูดคุย/ จิบน้ำชา ร้องเพลง/เต้นรำ ในสวนลุมพินี ณ วันที่ 18 พฤศจิกายน 2548 ได้จำนวน N = 1,887 คน รายละเอียดแสดงในภาคผนวก ข) นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

$$n = \frac{1,887}{1 + 1,887 \times (0.05)^2}$$

$$= 400 \text{ คน}$$

ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน

3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยการแบ่งประชากรเป็นชั้น ๆ ตามลักษณะของประเภทกิจกรรมเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กิจกรรมการออกกำลังกาย 2) กิจกรรมการพูดคุย/จิบน้ำชา และ 3) กิจกรรมการร้องเพลง/เต้นรำ จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ให้ได้ขนาดตัวอย่างตามจำนวนสัดส่วนของประชากรแต่ละชั้น ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

3.1 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินีจากทั้งหมด 49 ชมรม รวมจำนวนทั้งสิ้น 1,888 คน ตามประเภทกิจกรรมเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กิจกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 33 ชมรม มีจำนวน 1,523 คน 2) กิจกรรมการพูดคุย/จิบน้ำชา จำนวน 10 ชมรม มีจำนวน 211 คน และ 3) กิจกรรมการร้องเพลง/เต้นรำ จำนวน 6 ชมรม มีจำนวน 153 คน จากนั้นนำจำนวนประชากรมาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ทำการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร ด้วยวิธีการเทียบบัญญัติไตรยางค์จากแต่ละประเภทกิจกรรม (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1)

3.2 สํารวจรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมในแต่ละประเภทกิจกรรมจากหัวหน้าชมรมตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการที่กล่าวในข้างต้น โดยการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุที่มีในแต่ละชมรมให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามสัดส่วนที่คำนวณไว้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร จำแนกตามประเภทกิจกรรม

ประเภทกิจกรรม	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
กิจกรรมการออกกำลังกาย 33 ชมรม	1523	323
กิจกรรมการพูดคุย/จิบน้ำชา 10 ชมรม	211	45
กิจกรรมการร้องเพลง/เต้นรำ 6 ชมรม	153	32
รวม (49 = ชมรม)	1888	400

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่
- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจูงใจตนเอง
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ลักษณะของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งสำคัญที่มาของรายได้ โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลาที่มาทำกิจกรรม ประเภทกิจกรรม ชื่อชมรมที่สังกัด การเดินทางมาสวนลุมพินี ระยะเวลาในการเดินทาง และเหตุผลของการมาใช้บริการที่สวนลุมพินี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การพัฒนาการทางจิตวิญญาณ และ 6) การจัดการกับความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวกและด้านลบจำนวนทั้งหมด 45 ข้อ ดังนี้

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	จำนวน	7	ข้อ
2) กิจกรรมทางกาย	จำนวน	6	ข้อ
3) โภชนาการ	จำนวน	8	ข้อ
4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	จำนวน	8	ข้อ
5) การพัฒนาการทางจิตวิญญาณ	จำนวน	8	ข้อ
6) การจัดการกับความเครียด	จำนวน	8	ข้อ

โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ

2. ทำการสร้างข้อคำถามตามกรอบแนวคิดของ Pender (2002) ให้ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำทุกวันหรือ 6 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ บ่อยหรือปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งหรือปฏิบัติ 2-3 วัน/สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย

ระดับของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 4 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	4 คะแนน

มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของ Pender (2002) โดยแบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Pender, 2002)

คะแนนอยู่ในระหว่าง	ร้อยละ 0 - 54.99	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดีมาก
คะแนนอยู่ในระหว่าง	ร้อยละ 55 - 64.99	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี
คะแนนอยู่ในระหว่าง	ร้อยละ 65 - 74.99	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในระหว่าง	ร้อยละ 75 - 84.99	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี
คะแนนอยู่ในระหว่าง	ร้อยละ 85 - 100	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมาก

การแปลผลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น แบ่งเป็นช่วงระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 45 – 180 คะแนน แปลความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	45 – 98.9	คะแนน	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดีมาก
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	99 – 116.9	คะแนน	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับไม่ดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	117 – 134.9	คะแนน	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	135 – 152.9	คะแนน	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	153 – 180	คะแนน	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดีมาก

เนื่องจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีทั้งหมด 6 ด้าน ซึ่งแต่ละด้านมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในแต่ละด้านจึงแบ่งตามเกณฑ์ ดังนี้

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีคะแนนอยู่ในช่วง 7- 28 คะแนน แปลความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	7.0-15.39	คะแนน	มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับไม่ดีมาก
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	15.4-18.19	คะแนน	มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับไม่ดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	18.2-20.9	คะแนน	มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	21-23.79	คะแนน	มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	23.8-28.0	คะแนน	มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพในระดับดีมาก

ด้านกิจกรรมทางกาย มีคะแนนอยู่ในช่วง 6 - 24 คะแนน แปลความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	6.0-13.19	คะแนน	มีกิจกรรมทางกายในระดับไม่ดีมาก
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	13.2-15.59	คะแนน	มีกิจกรรมทางกายในระดับไม่ดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	15.6-17.99	คะแนน	มีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	18.0-20.39	คะแนน	มีกิจกรรมทางกายในระดับดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	20.4-24.0	คะแนน	มีกิจกรรมทางกายในระดับดีมาก

ด้านโภชนาการ มีคะแนนอยู่ในช่วง 8 - 32 คะแนน แปลความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	8.0-17.59	คะแนน	มีโภชนาการในระดับไม่ดีมาก
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	17.6-20.79	คะแนน	มีโภชนาการในระดับไม่ดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	20.8-23.99	คะแนน	มีโภชนาการในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	24.0-27.19	คะแนน	มีโภชนาการในระดับดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	27.2-32.0	คะแนน	มีโภชนาการในระดับดีมาก

ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีคะแนนอยู่ในช่วง 8 - 32 คะแนน แปลความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	8.0-17.59	คะแนน	มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับไม่ดีมาก
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	17.6-20.79	คะแนน	มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับไม่ดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	20.8-23.99	คะแนน	มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	24.0-27.19	คะแนน	มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	27.2-32.0	คะแนน	มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระดับดีมาก

ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ มีคะแนนอยู่ในช่วง 8 - 32 คะแนน แปลความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	8.0 – 17.59	คะแนน	มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณในระดับไม่ดีมาก
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	17.6 -20.79	คะแนน	มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณในระดับไม่ดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	20.8 –23.99	คะแนน	มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	24.0 –27.19	คะแนน	มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณในระดับดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	27.2 – 32.0	คะแนน	มีการพัฒนาทางจิตวิญญาณในระดับดีมาก

การจัดการกับความเครียด มีคะแนนอยู่ในช่วง 8 - 32 คะแนน แปลความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	8.0 – 17.59	คะแนน	มีการจัดการกับความเครียดในระดับไม่ดีมาก
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	17.6 -20.79	คะแนน	มีการจัดการกับความเครียดในระดับไม่ดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	20.8 –23.99	คะแนน	มีการจัดการกับความเครียดในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	24.0 –27.19	คะแนน	มีการจัดการกับความเครียดในระดับดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	27.2 – 32.0	คะแนน	มีการจัดการกับความเครียดในระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจูงใจตนเอง เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากแบบวัดการจูงใจตนเองของ Dishman et al., (1980) แปลโดย แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ซึ่งนำไปใช้ประเมินในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และผู้วิจัยพัฒนามาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจูงใจตนเองของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ

2. ดำเนินการขอใช้เครื่องมือของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี จำนวน 50 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

3. ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามการจูงใจตนเองของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับการจูงใจตนเอง ได้แก่ ด้านอุปนิสัย และความพยายามที่จะกระทำ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ตัดข้อคำถามออกบางข้อ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ดังนี้

1) ด้านอุปนิสัย จำนวน 21 ข้อ ผู้วิจัยตัดออก 5 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการได้รับความเชื่อใจจากบุคคลอื่น ซึ่งเนื้อหาไม่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัย

ศึกษาที่มีแรงจูงใจในตนเองจากการประเมินตนเองไม่ใช้การประเมินและเปรียบเทียบจากบุคคลอื่น เมื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ จึงตัดข้อคำถามบางข้อออกแต่องค์ประกอบของคำนิยามศัพท์ยังคงครบถ้วน

2) ด้านความพยายามที่จะกระทำ จำนวน 19 ข้อ ผู้วิจัยตัดออก 3 ข้อ เนื่องจากรายละเอียดของข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับความเชื่อถือและการเปรียบเทียบถึงผลการกระทำกับบุคคลอื่นซึ่งไม่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา

3.2 ปรับจำนวนในข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา หลังจากปรับแก้ไขข้อคำถามแล้ว แบบสอบถามการจูงใจตนเอง จะประกอบด้วยข้อคำถามที่มีทั้งลักษณะด้านบวกและด้านลบจำนวนทั้งหมด 32 ข้อ ดังนี้

ด้านอุปนิสัย	จำนวน	16	ข้อ
ความพยายามที่จะกระทำ	จำนวน	16	ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริง ค่อนข้างจริง ไม่แน่ใจ ค่อนข้างไม่จริง และไม่จริง ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

จริง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับลักษณะนิสัย ความรู้สึก และความคิดของตนเองทุกประการ
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับลักษณะนิสัย ความรู้สึก และความคิดของตนเองเป็นส่วนมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคตรงกับลักษณะนิสัย ความรู้สึก และความคิดของตนเองหรือไม่
ค่อนข้างไม่จริง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับลักษณะนิสัย ความรู้สึก และความคิดของตนเองเพียงเล็กน้อย
ไม่จริง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคไม่ตรงกับลักษณะนิสัย ความรู้สึก และความคิดของตนเอง

ระดับของการจูงใจตนเองมี 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
จริง	5 คะแนน	1 คะแนน
ค่อนข้างจริง	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ค่อนข้างไม่จริง	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่จริง	1 คะแนน	5 คะแนน

มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนการจูงใจตนเอง โดยกำหนดการแบ่งเกณฑ์เป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542)

ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.00 - 1.49	มีการจูงใจตนเองอยู่ในระดับต่ำมาก
ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.50 - 2.49	มีการจูงใจตนเองอยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ยคะแนน	2.50 - 3.49	มีการจูงใจตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนน	3.50 - 4.49	มีการจูงใจตนเองอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยคะแนน	4.50 - 5.00	มีการการจูงใจตนเองอยู่ในระดับมาก

การแปลผลการจูงใจตนเองของผู้สูงอายุ พิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น แบ่งเป็น ช่วงระดับคะแนนได้ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	32 – 47.68	คะแนน	มีการจูงใจตนเองอยู่ในระดับต่ำมาก
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	48 – 79.68	คะแนน	มีการจูงใจตนเองอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	80 – 111.68	คะแนน	มีการจูงใจตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	112 – 143.68	คะแนน	มีการจูงใจตนเองอยู่ในระดับสูง
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	144 – 160	คะแนน	มีการการจูงใจตนเองอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Brook et al. (1979) ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต 4) การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย 5) ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และ 6) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีลักษณะทั้งในด้านบวกและด้านลบ จำนวนทั้งหมด 23 ข้อ ดังนี้

1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต	จำนวน	3	ข้อ
2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	จำนวน	3	ข้อ
3) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต	จำนวน	4	ข้อ
4) การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย	จำนวน	4	ข้อ
5) ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	จำนวน	4	ข้อ
6) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	จำนวน	5	ข้อ

มีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ

2. ทำการสร้างข้อคำถามตามกรอบแนวคิดของ Brook et al., (1979) ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราลิกิรท์ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าจะตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ

ระดับของการรับรู้ภาวะสุขภาพมี 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	5 คะแนน

มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยกำหนดการแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.00 - 1.49	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีมาก
ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.50 - 2.49	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี
ค่าเฉลี่ยคะแนน	2.50 - 3.49	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนน	3.50 - 4.49	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี
ค่าเฉลี่ยคะแนน	4.50 - 5.00	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

การแปลผลการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น แบ่งเป็นช่วงระดับคะแนนได้ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	23 – 34.27	คะแนน	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีมาก
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	34.5 – 57.27	คะแนน	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	57.5 – 80.27	คะแนน	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	80.5 – 103.27	คะแนน	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	103.5 – 115	คะแนน	มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมรวม 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การยอมรับและเห็นคุณค่า 3) การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ และ 5) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีลักษณะด้านบวก จำนวนทั้งหมด 28 ข้อ ดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์	จำนวน	6	ข้อ
2) การยอมรับและเห็นคุณค่า	จำนวน	6	ข้อ
3) การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	จำนวน	6	ข้อ
4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ	จำนวน	5	ข้อ
5) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	5	ข้อ

มีขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ

2. ทำการสร้างข้อคำถามตามกรอบแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมรวม 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราลัดศัพท์ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าจะตอบว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ

ระดับของการสนับสนุนทางสังคมมี 5 ระดับ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม โดยกำหนดการแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542)

ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.00 - 1.49	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำมาก
ค่าเฉลี่ยคะแนน	1.50 - 2.49	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ยคะแนน	2.50 - 3.49	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนน	3.50 - 4.49	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยคะแนน	4.50 - 5.00	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมาก

การแปลผลการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ พิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น แบ่งเป็นช่วงระดับคะแนนได้ดังนี้

คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	28 - 41.72	คะแนน	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำมาก
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	42 - 69.72	คะแนน	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	70 - 97.72	คะแนน	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	98 - 125.72	คะแนน	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง	126 - 140	คะแนน	มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือส่วนที่ 2-5 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะศึกษารวมทั้งหมด 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 3 ท่าน เจ้าหน้าที่นักวิชาการและกลุ่มงานด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็น ดังนี้

1.1 เนื้อหาและเกณฑ์ที่ใช้วัดของเครื่องมือแต่ละชุดมีความถูกต้อง ครอบคลุมในเรื่องที่ต้องการวัดตามคำจำกัดความหรือไม่

1.2 สำนวนภาษาสามารถสื่อความเข้าใจ เป็นภาษาที่เหมาะสมกับเนื้อหาและถูกต้องตามหลักวิชาการหรือไม่

การตัดสินความตรงตามเนื้อหา ใช้เกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ใน 5 ท่าน จากนั้นนำมารวมความถูกต้องของการวัดและคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

(Content Validity index) (Davis, 1992) และปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ มากกว่า .8 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ค่า CVI เท่ากับ .94 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 3 เพิ่มกลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ในข้อคำถามด้วย เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่าไม่จำเป็นต้องเฉพาะแพทย์ พยาบาลเท่านั้นที่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ แต่อาจหมายถึงเภสัชกร นักกายภาพหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพสาขาอื่นก็ได้

ข้อ 4 ตัดออก เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุจะสอบถามแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับระบบการให้บริการเมื่อเจ็บป่วยบ่อยครั้งหรือทำเป็นประจำนั้นเป็นไปได้ยาก

ข้อ 5 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านมารับการตรวจรักษากับแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ

ข้อ 13 ตัดออก เนื่องจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้เสนอแนะว่า การจับอัตราการเต้นของชีพจร ผู้สูงอายุอาจจะทำไม่ได้ด้วยตนเอง

ข้อ 17 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ

ปรับแก้ไขสำนวนภาษาบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 45 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจูงใจตนเอง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการจูงใจตนเองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ มากกว่า .8 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบสอบถามการจูงใจตนเองได้ค่า CVI เท่ากับ .94 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น แต่ยังคงจำนวนข้อคำถามเท่ากับ 32 ข้อเท่าเดิม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ มากกว่า .8 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ค่า CVI เท่ากับ .85 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 ปรับข้อคำถามเป็น ท่านไม่ได้เจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือนแล้ว

ข้อ 2 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยป่วยหนักจนคิดว่าตนเองจะต้องตายแน่ ๆ

ข้อ 3 ท่านไม่เคยเจ็บป่วยหนักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

การปรับแก้ไขเนื่องจาก ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะว่าควรระบุระยะเวลาเพื่อให้ผู้สูงอายุแบ่งระยะเวลาได้ชัดเจน

ข้อ 6 และข้อ 8 ตัดออก เนื่องจากข้อคำถามคล้ายคลึงกับข้อ 7

ข้อ 21 ตัดออก เนื่องจากข้อคำถามเกี่ยวกับความสะดวกสบายในการไปใช้บริการทางการแพทย์ซึ่งไม่สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ปรับแก้ไขสำนวนภาษาในบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 23 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) โดยจะใช้เกณฑ์ค่า CVI ของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ มากกว่า .8 ขึ้นไป (Polit and Beck, 2004) ซึ่งแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 จากนั้นผู้วิจัยได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาและปรับแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้สอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากยิ่งขึ้น ดังนี้

ข้อ 23 ปรับข้อคำถามเป็น เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ท่านสามารถซักถามจากแพทย์ พยาบาล หรือ บุคลากรทางด้านสุขภาพได้

ปรับแก้ไขสำนวนภาษาในบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีจำนวนทั้งหมด 28 ข้อ

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นประจำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ณ สวนเบญจสิริ ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้ กรณีแบบวัดที่มีอยู่แล้วผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับงานวิจัยควรมีค่าความเที่ยง .80 ขึ้นไป และหากเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นใหม่ควรมีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป (Burn and Grove, 2001) ซึ่งจากการหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าดังแสดงไว้ใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยงจากการทดลอง	(N= 30 คน)
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	0.78	
การจูงใจตนเอง	0.73	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.73	
การสนับสนุนทางสังคม	0.88	

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 4 ท่าน มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจำนวน 4 ท่าน โดยการฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัย เพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยพร้อมทั้งอธิบายทำความเข้าใจในแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และลองนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มาทำกิจกรรม ณ สวนสาธารณะเบญจสิริ โดยให้ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถาม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีการบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ถูกต้องและตรงกับผู้วิจัย

2. ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงกองสวนสาธารณะ สำนักอนามัย สำนักสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดตั้งชมรมต่าง ๆ ในสวนลุมพินี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งหลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้อำนวยการกอง

สวนสาธารณะ สำนักอนามัย สำนักสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบประธานชมรมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดของวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอทราบเกี่ยวกับจำนวนและรายชื่อของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมเป็นประจำ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แล้วนัดหมายในครั้งต่อไปเพื่อแจ้งรายชื่อผู้สูงอายุที่จะต้องตอบแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยทำการแจ้งรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ต่อประธานชมรมกิจกรรมต่าง ๆ และแจ้งให้ผู้สูงอายุที่ต้องตอบแบบสอบถามตามที่ระบุรายชื่อไว้ได้ทราบ พร้อมทั้งชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ทำการนัดวันและเวลาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง โดยจะเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1-15 พฤษภาคม 2549 ในช่วงเวลา 5.30 – 10.00 น. พร้อมกับผู้ช่วยวิจัย 4 ท่าน

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทั้ง 4 ท่าน เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้กับผู้สูงอายุอีกครั้งเพื่อความเข้าใจตรงกันก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเริ่มเก็บข้อมูลโดยการอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที ต่อผู้ให้ข้อมูล 1 ราย

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บข้อมูลทั้งหมดอีกครั้ง จากนั้นมอบของที่ระลึกและกล่าวคำขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะไม่ฝืนใจใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยระหว่างการตอบคำถามถ้ากลุ่ม

ตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม สามารถหยุดตอบคำถามได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย คือ ยินดีตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical for the Social Science for windows) Version 11.5 มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ การรู้จักตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) และหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test)

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้จักตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่านวนหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสูตร, 2542)

ค่าระหว่าง	0.70 – 0.90	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าระหว่าง	0.30 – 0.69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าระหว่าง	0.29 และต่ำกว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตามกัน แต่หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตรงข้ามกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการศึกษาในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี จำนวน 400 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และการมาใช้บริการ ณ สวนลุมพินี ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตารางที่ 3-5)

ตอนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ตารางที่ 6-15)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กับตัวแปรเพศ ด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กับตัวแปรอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) (ตารางที่ 16-17)

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) (ตารางที่ 18)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และการมาใช้บริการ ณ สวนลุมพินี
ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี (ตารางที่ 3-5)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งสำคัญที่มาของรายได้ และโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 400)	ร้อยละ
อายุ ($\bar{x} = 70.33$, $SD = 6.89$, $Min = 60$, $Max = 93$)		
60-69 ปี	184	46.0
70-79 ปี	179	44.8
80 ปีขึ้นไป	37	9.2
เพศ		
หญิง	254	63.5
ชาย	146	36.5
สถานภาพสมรส		
คู่	275	68.8
หม้าย	100	25.0
โสด	25	6.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	148	37.0
ไม่ได้เรียนหนังสือ	145	36.2
สูงกว่าประถมศึกษา	107	26.8
รายได้		
5,001-10,000 บาท	87	21.8
2,000-5,000 บาท	81	20.2
10,001-20,000 บาท	78	19.5
มากกว่า 20,000 บาท	78	19.5
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท	76	19.0

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งสำคัญที่มาของรายได้ และโรคประจำตัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 400)	ร้อยละ
แหล่งสำคัญที่มาของรายได้		
บุตร	264	66.0
การทำงานของตนเอง	74	18.5
อื่นๆ ได้แก่ ดอกเบี้ยเงินออม คู่สมรส ญาติ และเงินบำเหน็จบำนาญ	62	15.5
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	184	46.0
โรคความดันโลหิตสูง	81	20.2
เป็นมากกว่า 2 โรคขึ้นไป	53	13.2
โรคเบาหวาน	31	7.8
โรคหัวใจ	20	5.0
ไขมันในเลือดสูง	19	4.8
ปวดกระดูกและข้อ	12	3.0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี มีอายุเฉลี่ย 70.33 ปี โดยมีอายุต่ำสุด คือ 60 ปี และมีอายุสูงสุด 93 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คือร้อยละ 37 ไม่ได้รับการศึกษา ถึงร้อยละ 36.2 มีรายได้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันและมีแนวโน้มการมีรายได้อยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้มาจากบุตร ถึงร้อยละ 66 นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44) มีโรคประจำตัว และโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.2) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จีราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2547) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับนโยบายและการดำเนินการด้านผู้สูงอายุและกลุ่มโรคไม่ติดต่อของกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย และมีการเจ็บป่วยที่ต้องมารับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (n= 400)	ร้อยละ
สูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	397	99.2
สูบบุหรี่	3	0.8
ดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	367	91.8
ดื่ม	33	8.3
ระยะเวลาที่มาร่วมกิจกรรม		
(\bar{x} = 15.11, SD =10.49, Min= 1 , Max = 61)		
1-10 ปี	177	44.3
11-20 ปี	137	34.2
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	86	21.5
กิจกรรมที่ทำ		
ออกกำลังกาย	323	80.8
พูดคุย/จับน้ำชา	45	11.3
ร้องเพลง/เต้นรำ	32	8.0

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา มีจำนวน 397 คน และ 367 คน คิดเป็นร้อยละ 99.2 และ 91.8 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินีเฉลี่ยประมาณ 15 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 – 10 ปี คือร้อยละ 44.3 และมีระยะเวลาที่ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมนานสูงสุดถึง 61 ปี กิจกรรมที่นิยมทำมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกาย มีจำนวน 323 คน คิดเป็นร้อยละ 80.8 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และมีพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะกิจกรรมเกี่ยวกับการยืดเส้นยืดสาย

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวณลุมพินี จำแนกตามการมาใช้บริการ

การมาใช้บริการ	จำนวน(n= 400)	ร้อยละ
การเดินทางมาสวณลุมพินี		
รถโดยสารประจำทาง	177	44.2
รถส่วนตัวขับมาเอง	91	22.7
แท็กซี่	59	14.8
บุตรหลานมาส่ง	32	8.0
รถส่วนตัวมีคนขับรถ	23	5.8
เดินมาเอง	18	4.5
ระยะเวลาในการเดินทาง		
$\bar{x} = 23.26, SD = 15.17, Min = 5, Max = 120$		
11 – 20 นาที	146	36.5
21 – 30 นาที	103	25.8
น้อยกว่า 10 นาที	95	23.7
มากกว่า 30 นาทีขึ้นไป	56	14.0
เหตุผลการเลือกใช้บริการ ณ สวณลุมพินี		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บรรยากาศร่มรื่น	322	80.5
การเดินทางสะดวก	197	49.3
การจัดสถานที่เหมาะสม	154	38.5
มีเพื่อน	113	28.3
สะอาด/ปลอดภัย	112	28.0
เพื่อสุขภาพ	46	11.5

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เดินทางมาสวณลุมพินีโดยรถโดยสารประจำทาง ร้อยละ 44.2 ใช้เวลาในการเดินทาง เฉลี่ย 23.26 นาที และเหตุผลที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกมาใช้ บริการที่สวณลุมพินี คือ มีบรรยากาศร่มรื่น คิดเป็นร้อยละ 80.5 ทั้งนี้เนื่องจากสวณลุมพินี เป็น สวนสาธารณะขนาดใหญ่ มีบรรยากาศร่มรื่นและตั้งอยู่ใจกลางเมือง การคมนาคมสะดวก

ตอนที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรู้จักตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 6-15)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{x}	SD	ระดับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	146.82	10.86	ดี
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน			
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	28.32	2.87	ดีมาก
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	27.24	3.80	ดีมาก
ด้านกิจกรรมทางกาย	20.54	2.46	ดีมาก
ด้านการจัดการกับความเครียด	26.75	2.80	ดี
ด้านการโภชนาการ	25.42	2.54	ดี
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	22.88	3.46	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านกิจกรรมทางกายและด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือ การจัดการกับความเครียด (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 46) ยังมีความเสื่อมของสภาพร่างกายไม่มากนัก สามารถที่จะมาร่วมกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างต่อเนื่อง ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลวัยเดียวกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับกับการสูงวัยและลดภาวะเครียดได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญภัทร ภัทรกัณฑ์กุล (2544) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ซึ่งผู้สูงอายุให้เหตุผลว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมโดยเฉพาะการออกกำลังกาย นอกจากจะทำให้สุขภาพกายดีขึ้นแล้ว ยังทำให้จิตใจเบิกบานแจ่มใส และไม่เครียด

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (คะแนนอยู่ในช่วง 21-23.78)	22.88	3.45	ดี
1. รับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง	3.49	.86	ดีมาก
2. ตรวจร่างกายประจำปี	3.41	.91	ดีมาก
3. ตรวจรักษากับแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ	3.33	.71	ดี
4. ฝึาคอยเอาใจใส่สังเกตอาการผิดปกติตลอดจนอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย	3.28	.64	ดี
5. ซักถามแพทย์ พยาบาลหรือบุคคลากรทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย	3.19	.80	ดี
6. อ่านข่าว และหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	3.10	.86	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง มีการตรวจร่างกายประจำปี และมารับการตรวจรักษากับแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 7) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44) มีโรคประจำตัว จึงมีการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี มารับการตรวจรักษากับแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ด้านกิจกรรมทางกาย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายชื่อ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านกิจกรรมทางกาย (คะแนนอยู่ในช่วง 20.4-24)	20.54	2.45	ดีมาก
1. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	3.78	.52	ดีมาก
2. ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป	3.75	.49	ดีมาก
3. เริ่มออกกำลังกาย จากการออกกำลังกายเบา ๆ ก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มแรงขึ้น	3.52	.65	ดีมาก
4. เมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกาย จะค่อย ๆ ลดการออกกำลังกายลงทีละน้อย โดยไม่หยุดออกกำลังกายทันที	3.46	.73	ดีมาก
5. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ต้องนั่ง ยืน หรือนอนเป็นเวลานาน ๆ	3.08	.77	ดี
6. ใช้เวลาส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรมที่ใช้แรงจนทำให้มีเหงื่อออก	2.94	1.07	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป โดยเริ่มออกกำลังกายจากเบา ๆ ก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มแรงขึ้น ตามลำดับ ถือว่าเป็นการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามแบบแผนของเวชศาสตร์การกีฬา (ACSM, 1998) ทั้งนี้ เนื่องจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย และได้ปฏิบัติมาเป็นระยะเวลา นานกว่า 15 ปี ($\bar{x} = 15.11$) ทำให้มีการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามแบบแผนและเหมาะสมกับวัย ของตนเอง แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่ใช้แรงจนทำ ให้มีเหงื่อออกอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เน้นการออกกำลังกายและ ทำกิจกรรมร่วมกันที่สวนลมพินีมากกว่าการใช้แรงเพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ จนเหงื่อออกเมื่ออยู่ที่บ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มัทนา อินทร์แพง (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย และอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีการออกกำลังกาย อย่างเป็นแบบแผนมากกว่าผู้สูงอายุในชนบท

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ด้านโภชนาการ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อ	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านโภชนาการ (คะแนนอยู่ในช่วง 24-27.19)	25.42	2.54	ดี
1. ไม่สูบบุหรี่	3.93	.38	ดีมาก
2. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.84	.52	ดีมาก
3. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ	3.63	.62	ดีมาก
4. รับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ 5 หมู่	3.54	.67	ดีมาก
5. รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ	3.25	.83	ดี
6. รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันพืช	2.79	1.12	ปานกลาง
7. มีการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด	2.52	1.24	ไม่ดี
8. มีการดื่มน้ำชา กาแฟ	1.89	1.11	ไม่ดีมาก

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อแล้วพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช (2546) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 5.23 และร้อยละ 12 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับดีจึงหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ แต่ทั้งนี้ยังมีผู้สูงอายุอีกบางส่วนที่นิยมการดื่มชา กาแฟ เป็นประจำ และรับประทานอาหารที่มีรสจัด เป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นชาวไทยเชื้อสายจีนที่นิยมดื่มชา กาแฟ และปฏิบัติจนเป็นความเคยชิน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ยังคงมีการดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ เป็นประจำเพราะความชอบและเคยชิน ร่วมกับชอบรับประทานอาหารรสจัด เพราะรู้สึกว่าการรับประทานอาหารที่มีรสจัดไม่อร่อย

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อ	\bar{x}	SD	ระดับ
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (คะแนนอยู่ในช่วง 27.2-32)	27.24	3.80	ดีมาก
1. ได้รับความรักและความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว	3.53	.62	ดีมาก
2. ได้ให้ความรักและความอบอุ่นกับสมาชิกในครอบครัว	3.50	.64	ดีมาก
3. พุดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น	3.43	.65	ดีมาก
4. ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ถึงแม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตาม	3.41	.66	ดีมาก
5. พุดคุยปรึกษาหารือและสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัวและญาติ	3.40	.75	ดีมาก
6. บอกกล่าวหรือติดต่อกับบุคคลที่ไว้ใจ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ	3.36	.78	ดี
7. เข้าร่วมกิจกรรมชมรมต่าง ๆ ในสังคม	3.36	.94	ดี
8. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	3.23	.84	ดี

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองเป็นทั้งผู้ให้และผู้ได้รับความรัก ความอบอุ่น จากสมาชิกในครอบครัว มีการพุดคุยปรึกษาหารือ และแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับสมาชิกในครอบครัว ญาติ และบุคคลอื่น ๆ ในสังคม (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 10) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.8) และอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ทำให้ได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี และการได้มาทำกิจกรรมเป็นประจำ ณ สวณลุมพินี ทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะพุดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้อื่น (Pender, 1996) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตรรา จันชนะกิจ (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นอยู่ในระดับดี ทำให้ได้รับความรักและความอบอุ่นทั้งจากบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ที่คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายชื่อ	\bar{x}	SD	ระดับ
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (คะแนนอยู่ในช่วง 27.2-32)	28.32	2.86	ดีมาก
1. ยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้	3.73	.48	ดีมาก
2. ยอมรับว่าการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติ ที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้	3.72	.46	ดีมาก
3. ดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดีเพื่อให้สามารถทำประโยชน์ต่อไปได้	3.66	.50	ดีมาก
4. แสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้เกิดความสุข	3.56	.57	ดีมาก
5. ใช้สติในการพิจารณาเหตุการณ์หรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น	3.48	.57	ดีมาก
6. เตรียมพร้อมที่จะดำเนินชีวิตในปัจจุบันและสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในชีวิต	3.45	.64	ดีมาก
7. ยึดมั่นในคำสอนของศาสนา และปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	3.39	.69	ดี
8. กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อบรรลุตามเป้าหมายของชีวิต	3.31	.83	ดี

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก โดยสามารถยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และยอมรับว่าการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดีเพื่อให้สามารถทำประโยชน์ต่อไปได้ รวมถึงมีการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยใช้สติในการพิจารณาเหตุการณ์หรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 11) ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุได้มาทำกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ ได้พบปะพูดคุยกับบุคคลวัยเดียวกันที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพเหมือนหรือใกล้เคียงกัน ทำให้เกิดความเข้าใจและยอมรับกับสภาพที่เสื่อมถอยลงตามวัยที่มากขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จีรวรรณ อินคัม (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า ผู้สูงอายุมีการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติ มีการฝึกจิตใจให้สงบพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างมีสติ

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการจัดการกับความเครียด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อ	\bar{X}	SD	ระดับ
การจัดการกับความเครียด (คะแนนอยู่ในช่วง 24-27.19)	26.75	2.80	ดี
1. มองโลก เหตุการณ์ และผู้อื่นในแง่ดี	3.69	.51	ดีมาก
2. บอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไขได้	3.55	.58	ดีมาก
3. ทำจิตใจให้สบาย ๆ ไม่โมโห และหงุดหงิดง่าย	3.54	.65	ดีมาก
4. หลีกเลี่ยงการทะเลาะ หรือมีปากเสียงกับบุคคลอื่น	3.43	.71	ดีมาก
5. คิดหาสาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น	3.38	.63	ดี
6. หากไม่สบายใจ จะพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจ	3.21	.80	ดี
7. เมื่อรู้สึกตึงเครียด จะผ่อนคลายความเครียดด้วยการหายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ	3.04	1.00	ดี
8. หมกมุ่นอยู่กับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้	2.89	1.14	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี มีการมองโลก เหตุการณ์ และผู้อื่นในแง่ดี พยายามบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไขได้ รวมถึงหลีกเลี่ยงการทะเลาะกับบุคคลอื่นโดยพยายามทำจิตใจให้สบาย ๆ ไม่โมโห หรือหงุดหงิดง่าย (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 12) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้เป็นอย่างดี โดยมีวิธีการคิดแก้ไขปัญหาวัยสติ และมีความรอบคอบ สามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ที่ศึกษาการจูงใจตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี มีการผ่อนคลายความเครียดและแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้สูงอายุบางส่วนที่ยังหมกมุ่นอยู่กับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสบกับปัญหาหลายอย่าง ทั้งปัญหาด้านความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุมีเรื่องที่ต้องครุ่นคิดมากมาย

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการจูงใจตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวม และรายด้าน

การจูงใจตนเอง	\bar{x}	SD	ระดับ
การจูงใจตนเองโดยรวม	3.53	.51	สูง
การจูงใจตนเองรายด้าน			
ความพยายามที่จะกระทำ	3.76	.49	สูง
อุปนิสัย	3.32	.54	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่า การจูงใจตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความพยายามที่จะกระทำอยู่ในระดับสูง (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 13) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรม ณ สวณลุมพินีเป็นประจำอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานานกว่า 15 ปี (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4) ทำให้เกิดความเคยชินในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับมีการจูงใจตนเองสูงที่จะปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือหายจากการเจ็บป่วย เพราะจากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44) มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Resnick (1999) ที่ศึกษาถึงการจูงใจตนเองของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว จะมีการจูงใจตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือหายจากการเจ็บป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้เป็นการระงับกับผู้อื่น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของการรับรู้ภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้าน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	\bar{x}	SD	ระดับ
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	3.87	.35	ดี
การรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน			
ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	4.38	.51	ดี
ภาวะสุขภาพในอดีต	4.19	.96	ดี
ความต้านทานต่อโรค/เสี่ยงเจ็บป่วย	3.92	.67	ดี
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ	3.79	.57	ดี
ภาวะสุขภาพในอนาคต	3.64	.68	ดี
ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน	3.61	.67	ดี

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตและการรับรู้ความต้านทานต่อโรค/เสี่ยงเจ็บป่วย ตามลำดับ (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 14) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44) มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3) ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว ผู้สูงอายุมีการไปตรวจตามนัดและตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ ทำให้ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองจากทีมสุขภาพ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ ลู่เกียง (2543) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้าน

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	SD	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	4.07	.43	สูง
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน			
ด้านอารมณ์	4.50	.63	สูงมาก
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	4.31	.64	สูง
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	3.67	.48	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.25	.65	สูง
ด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ	3.74	.92	สูง

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูงมาก รองลงมา คือ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูงตามลำดับ (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 15) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.8) มีสถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งคู่สมรสและบุตรหลานที่คอยดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1996) ที่กล่าวว่า บุคคลในครอบครัวที่ประกอบด้วย คู่สมรส บุตรหลาน พ่อแม่ และญาติพี่น้อง เป็นผู้ที่คอยให้การสนับสนุนทั้งทางด้านความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือทั้งทางด้านเงิน สิ่งของ และการให้บริการในด้านต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กับตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ (ตารางที่ 16-17)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม และรายด้านทั้ง 6 ด้าน โดยจำแนกตาม เพศ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	\bar{x}	\bar{x}	t
	ชาย (n=146)	หญิง (n=254)	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	146.06	147.2	-1.05
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	22.72	22.98	-.71*
กิจกรรมทางกาย	19.99	2.55	-3.51
โภชนาการ	21.45	2.27	2.61
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	26.97	3.78	-1.09
การพัฒนาการทางจิตวิญญาณ	28.21	3.00	-6.0
การจัดการกับความเครียด	26.74	3.00	-0.9

* $p < .05$

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยความรับผิดชอบต่อสุขภาพสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะมีความละเอียดอ่อน เอาใจใส่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย เนื่องจากมีการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองรับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่ดื่มเหล้า และไม่สูบบุหรี่ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่น ๆ นั้นไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทั้งหญิงและชายอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ร้อยละ 46 ซึ่งมีความเสื่อมของสภาพร่างกายไม่มากนัก ยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ดี

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้

	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	\bar{x}	SD	F
อายุ (ปี)			
60-69 ปี	147.95	9.20	
70-79 ปี	145.63	12.21	2.07
80 ปีขึ้นไป	146.91	11.22	
สถานภาพสมรส			
คู่	147.03	10.71	
หม้าย	146.64	11.08	.35
โสด	145.16	11.89	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	146.44	10.32	
ประถมศึกษา	146.78	11.98	.23
สูงกว่าประถมศึกษา	147.38	9.98	
รายได้			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท	147.56	11.22	
2,000-5,000 บาท	145.62	10.48	
5,001-10,000 บาท	144.78	11.29	1.89
10,001-20,000 บาท	147.55	11.37	
มากกว่า 20,000 บาท	148.87	9.57	

* $p < .05$

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาคือกลุ่มที่มีแนวโน้มใส่ใจต่อสุขภาพของตนเอง เข้าร่วมกิจกรรม ณ สโมสรชุมชนเป็นประจำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร่วมกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีสถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยไม่แตกต่างกันมากนัก จึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาคือของ สุทธิพันธ์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) ที่ทำการศึกษาคณะดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างการจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	1.00									
2.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	.606*	1.00								
3.กิจกรรมทางกาย	.575*	.173*	1.00							
4.โภชนาการ	.406*	.223*	.149*	1.00						
5.การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	.744*	.283*	.300*	.070	1.00					
6.การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	.686*	.199*	.384*	.000	.522*	1.00				
7.การจัดการกับความเครียด	.714*	.278*	.306*	.201*	.452*	.474*	1.00			
8.การจูงใจตนเอง	.200*	.007	.282*	.161*	.135*	.338*	.182*	1.00		
9.การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.223*	.133*	.127*	.059	.192*	.148*	.163*	.283*	1.00	
10.การสนับสนุนทางสังคม	.485*	.336*	.124*	.208*	.494*	.281*	.293*	.179*	.398*	1.00

* $P < .05$

จากตารางที่ 18 พบว่า การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .200, .223, .485$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า

การจูงใจตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .282, .161, .135, .338, .182$ ตามลำดับ)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .133, .127, .192, .148, .163, .283$ ตามลำดับ)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .336, .124, .208, .494, .281, .293, .179, .398$ ตามลำดับ)

จากผลการศึกษาที่ได้นี้ จะเห็นได้ว่าการจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2002) ที่กล่าวว่า การจูงใจตนเองเป็นปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจะมีการจูงใจตนเองสูง ทำให้เพิ่มความถี่และความจริงจังในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) ที่ศึกษาการจูงใจตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน พบว่าการจูงใจตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการจูงใจตนเองจะเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ วรธรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าดี และได้รับการสนับสนุนที่ดีจากบุคคลรอบข้าง จะมีการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี

มีสมมุติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
2. ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ
4. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ
5. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
6. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
7. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
8. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมกิจกรรมต่าง ๆ ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร ซึ่งจำแนกกิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ การออกกำลังกาย การพบปะพูดคุย/จับน้ำชา และการร้องเพลง/เต้นรำ ทั้งนี้การมาร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะต้องมาทำกิจกรรมเป็นประจำอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน 45 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจูงใจตนเอง	จำนวน 32 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน 23 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 28 ข้อ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 5 มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 คน และหาความเที่ยงด้วยการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คนแล้วนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 - 5 เรียงตามลำดับ ดังนี้ 0.78, 0.73, 0.73, 0.88 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81, 0.70, 0.61, 0.86 ตามลำดับ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW Version 11.5 โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) และหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) หาความสัมพันธ์ระหว่างการจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.5 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60 - 69 ปี จำนวนร้อยละ 46 และมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 37 ส่วนรายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท จำนวนร้อยละ 21.8

2. วิเคราะห์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 146.82$) เมื่อ

พิจารณารายด้านพบว่า มีกิจกรรมทางกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 20.54$, $\bar{x} = 27.24$, และ $\bar{x} = 28.32$ ตามลำดับ)

3. วิเคราะห์การจูงใจตนเองของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี พบว่า การจูงใจตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.53$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความพยายามที่จะกระทำอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.76$)

4. วิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.87$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($\bar{x} = 4.38$) และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ($\bar{x} = 3.61$)

5. วิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี พบว่า ผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.07$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.50$)

6. วิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐาน ในการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

6.1 อายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

6.2 เพศชายและเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

6.3 สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ

6.4 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ

6.5 รายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

6.6 การจูงใจตนเอง พบว่า การจูงใจตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการจูงใจตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า การจูงใจตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ($r = .282, .161, .135, .338, .182$ ตามลำดับ)

6.7 การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ($r = .133, .127, .192, .148, .163, .283$ ตามลำดับ)

6.8 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด ($r = .336, .124, .208, .494, .281, .293, .179, .398$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นซึ่งเป็นวัยที่ยังแข็งแรง มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี ไม่มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 46 ทำให้มีภาวะพึงพาผู้อื่นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า และยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ (แสงเดือน พรหมแก้วงาม, 2543) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.5 ซึ่งโดยทั่วไปพบว่า ผู้หญิงเป็นบุคคลสำคัญในการเป็นผู้ดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้หญิงมีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Clarke, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง แต่ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุเพศชายจะมีความสามารถในการเรียนรู้สูงและมีบทบาททางสังคมมากกว่าเพศหญิง ทำให้มีโอกาสรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดีได้มากกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) ที่ทำการศึกษาดูพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายต่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงแหล่งประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2002) ที่ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถ้าบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวในข้างต้น เป็นผลโดยรวมของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้านแล้ว พบว่ามีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอคอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย มีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเองจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ จากการทำหนังสือ และจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานยาตรงตามแพทย์สั่งและมีการตรวจสุขภาพประจำปี รวมถึงไปรับการตรวจรักษากับแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44) มีโรคประจำตัวจึงเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยหรือมีภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Resnick (1999) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว จะมีการจูงใจตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม

เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือหายจากการเจ็บป่วยได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้เป็นการระงับผู้อื่น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ แสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองจากบุคคลในครอบครัว และจากคนที่มีการประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน จากผลการศึกษาคั้งนี้จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น คือ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็น ร้อยละ 46 ซึ่งเป็นวัยที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี และเป็นวัยที่ยังมีความสนใจกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากนัก เพราะยังมีสุขภาพที่แข็งแรงอยู่และไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่เป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 99.2 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 91.8 และจากผลการศึกษาที่ได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 ซึ่งคู่สมรสถือเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับ ผู้สูงอายุมากที่สุด คอยดูแลเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิรวรรณ อินคุ่ม (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ เพราะคู่สมรสจะเป็นผู้ที่คอยให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น

2. กิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย หมายถึง มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และเป็นไปอย่างมีแบบแผน วิธีการออกกำลังกายถูกต้องเหมาะสม รวมถึงหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องนั่ง ยืน หรือนอนเป็นเวลานาน ๆ จากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับดี กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป และออกกำลังกายจากเบา ๆ ก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มแรงขึ้น (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 46 ซึ่งเป็นวัยที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี มีการเคลื่อนไหวคล่องแคล่ว และยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิรวรรณ ฉลาณวัฒน์ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคปวดหลังมีพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่สุขภาพร่างกายยังค่อนข้างแข็งแรง และในการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่า ประเภทของกิจกรรมการออกกำลังกายที่เป็นที่นิยมของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ การรำมวยจีน แบบไทเก๊ก ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ไม่ได้ใช้แรงมาก เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายแต่ละส่วนอย่างช้าๆ ช่วยเพิ่มความคล่องตัว และทรงตัวได้ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1996) ที่กล่าวว่า การออกกำลังกายของ

ผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรง แต่ก่อให้เกิดความสนุกสนาน และเป็นความพึงพอใจของผู้สูงอายุ จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรม สอนลูกปิ่น ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องมีญาติมาส่ง โดยขึ้นรถโดยสารประจำทางมาเอง ถึงร้อยละ 44.2 ทำให้มีแรงจูงใจที่จะมาออกกำลังกาย เพราะไม่เป็นภาระให้ผู้อื่นต้องพามา และผู้สูงอายุมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือจากการอ่านหนังสือที่ทำให้ทราบถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายที่ดีต่อสุขภาพ คือ ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดการยึดติดของข้อต่าง ๆ และช่วยให้จิตใจปลอดโปร่งสบาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุญพา ณ นคร (2545) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายแล้วรู้สึกว่าจะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งกายและใจ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่ดีอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีกิจกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วาสนา เกื้อนวงษ์ (2540) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย เพราะสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่มีเวลา ไม่มีเพื่อน ขาดแรงจูงใจ และระยะทางห่างไกลจากสถานที่ออกกำลังกาย

3. ด้านโภชนาการ

โภชนาการ หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมและพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ได้รับสารอาหารครบถ้วนและมีคุณค่า เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพ ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และได้คุณค่าทางอาหารครบ 5 หมู่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ถึงร้อยละ 63.5 ซึ่งสังคมกำหนดให้เพศหญิงมีบทบาทเป็นแม่บ้าน มีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว รวมถึงทางด้านของอาหารการกิน ทำให้มีโอกาสในการเลือกและจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ได้ตาม ที่ตนต้องการ ประกอบกับอาหารประเภท ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ต่าง ๆ สามารถหาซื้อได้ง่าย ตามท้องตลาดทั่วไป และสำหรับอาหารสำเร็จรูปก็สะดวกซื้อ เนื่องจากภายในสวนลุมพินี จะมีศูนย์อาหารเปิดบริการสำหรับผู้มาใช้บริการและบุคคลทั่วไป ซึ่งมีอาหารหลากหลายให้เลือกรับประทาน ร่วมกับภายในชมรมที่ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมนั้นแต่ละชมรมจะมีการจัดหาอาหารว่างและเครื่องดื่มมาบริการให้กับสมาชิกทุกเข้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี โดยเลือกรับประทานอาหารที่ได้คุณค่าทางอาหารครบ 5 หมู่เป็นประจำทุกวัน ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ถึงร้อยละ 99.2 และ 91.8 ตามลำดับ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9) ร่วมกับผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัวที่มีทั้ง คู่สมรส และบุตรหลาน คอยดูแลเอาใจใส่ ในเรื่องการจัดเตรียมอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม และมี

สารอาหารที่มีคุณประโยชน์ต่อร่างกาย พร้อมทั้งผู้สูงอายุมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือการอ่านจากหนังสือ เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดีอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และเกิดทักษะความรู้ที่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมได้ (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) แต่พบว่า ยังมีผู้สูงอายุบางส่วน ที่มีพฤติกรรมการดื่มน้ำชา กาแฟ อยู่เป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการดื่มน้ำชา กาแฟเป็นประจำ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นชาวไทยเชื้อสายจีน ที่นิยมการดื่มน้ำชา กาแฟทุกวันในตอนเช้า ซึ่งปฏิบัติจนเป็นความเคยชิน

4. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว มีความรัก ความเข้าใจ ช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน รวมถึงการได้พบปะพูดคุย คบค้าสมาคมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือ บุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกว่าเป็นทั้งผู้ที่ให้และได้รับความรัก ความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว และมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่นเป็นประจำ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งในสังคมไทยนั้น ความผูกพันในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์พื้นฐานและเป็นความสัมพันธ์ในสายเลือดที่แน่นแฟ้นมายาวนาน ครอบครัวไทยมีความเคารพและยกย่องผู้สูงอายุ คอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปัญญภัทร ภัทรกัณฑ์กุล (2544) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวจะมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมกับผู้อื่นมากขึ้น สำหรับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมของผู้สูงอายุนี้ ถึงแม้ว่าจะอาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นชุมชนเมืองที่มีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กันแบบไม่แน่นแฟ้น ต่างคนต่างอยู่ (นภาพร ชโยวรรณ, 2548) แต่จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมที่สวนลุมพินี และทำกิจกรรมร่วมกันเป็นเวลานานกว่า 15 ปี ($\bar{x} = 15.11$) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยและมีความใกล้ชิดกัน คอยดูแลช่วยเหลือกันเป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร และนันทพันธ์ ชื่นล้ำประเสริฐ (2546) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมได้ จะเป็นการเพิ่มสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น มีผลให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าชีวิตของตนเอง และมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลในวัยเดียวกันที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริมที่ดีตามมา และทำให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือและมีเครือข่ายทางสังคมเพิ่มขึ้น

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ หมายถึง มีการพัฒนาทางอารมณ์ และสติปัญญาเพื่อทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและยอมรับตนเองได้ รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มีการค้นหาจุดมุ่งหมายในชีวิต และไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ มีความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเป็น และเปิดโอกาสให้ตนเองได้มีประสบการณ์ใหม่ ๆ เข้ามาในชีวิต จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน การพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดีมาก กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้ พยายามดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถทำประโยชน์ต่อไปได้ โดยแสวงหาความสงบสุข และใช้สติในการพิจารณาแก้ปัญหาต่าง ๆ พร้อมทั้งจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในชีวิต รวมทั้งยอมรับว่าการสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 11) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิต มามากและมีวุฒิภาวะสูง ทำให้มีการคิดอย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจธรรมชาติของชีวิต สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑามาศ คำแพรดี (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี เข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต มีที่พึงพอใจเพื่อให้ตนเองดำรงชีวิตในบั้นปลายได้อย่างสงบสุข นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานี้ส่วนใหญ่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี กล่าวคือ ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 และอาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความรัก ยกย่อง ยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ก่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปาลีรัตน์ พรทวีภัณฑา (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่าจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความมั่นใจในตนเอง กล่าวที่จะคิดและตัดสินใจในเรื่องราวต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากสังคมไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ โดยหลักธรรมของศาสนาพุทธ สอนให้มองภาวะทุกอย่างด้วยความเป็นจริงตามธรรมชาติ ให้บุคคลรู้จักตนเอง และยอมรับความเสื่อม หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย

6. การจัดการกับความเครียด

การจัดการกับความเครียด หมายถึง มีการผ่อนคลายความเครียด และแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ โดยตระหนักถึงสิ่งทำให้เกิดความเครียด มุ่งที่จะแก้ไขปัญหาลดภาวะเครียด และรู้จักวิธีจัดการกับความเครียดนั้น จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมองว่าปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข พยายามหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือมีปากเสียงกับบุคคลอื่น และพยายามทำจิตใจให้สบายไม่โมโหหงุดหงิดง่าย รวมถึงการ

พยายามมองโลกในแง่ดี (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 12) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งแสดงถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีทั้งในครอบครัวและบุคคลอื่นนั้นเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะช่วยในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Pender, 2002) สอดคล้องกับผลการศึกษาของปราณี ทองพิลา (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุ มีการพูดคุยปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองจากผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเหมือนกัน ทำให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน จึงช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดจากปัญหาทางสุขภาพได้ เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความเข้าใจ และสามารถยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วได้ดีขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ

1.2 การจูงใจตนเองของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี

การจูงใจตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความต้องการ และพึงพอใจที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดี จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีการจูงใจตนเองอยู่ในระดับสูง กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความตั้งใจที่จะมาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินีเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมที่สวนลุมพินีมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ยนานกว่า 15 ปี เพราะนอกจากจะทำให้รู้สึกว่ามีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจแล้ว ยังได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกันที่มีปัญหาเหมือนหรือใกล้เคียงกัน ช่วยให้ ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ช่วยลดภาวะเครียดและ ส่งเสริมให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ระบุไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสม่ำเสมอจะทำให้ชีวิตมีความสุขถึงแม้จะมีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายก็ตาม (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2545) ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมและแสดงบทบาทที่เหมาะสมกับวัย ถือเป็นแรงจูงใจที่ส่งเสริมคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (ประนอม โอทกานนท์, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่า การจูงใจตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดี จะมีแรงจูงใจตนเองสูงที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี และไม่มีโรคประจำตัว ถึงร้อยละ 46 ทำให้มีการจูงใจตนเองสูงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดี แต่สำหรับผู้สูงอายุอีกเกือบครึ่งที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 44) จะมีพฤติกรรมมารับประทานยาตรงตามแพทย์สั่ง และไปตรวจตามนัดเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผล

การศึกษาของ Resnick (1999) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว จะมีการจูงใจตนเองในปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือหายจากการเจ็บป่วย และไม่เป็นภาระกับผู้อื่น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 และอาศัยอยู่กับครอบครัว ที่มีคู่สมรส และบุตรหลานคอยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (Pender, 2002) แต่ผลการศึกษารั้วนี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ วาสนา เกื้อนงษ์ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย เพราะขาดการจูงใจ เนื่องจากสุขภาพไม่แข็งแรง ไม่มีเวลา และไม่มีเพื่อน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ผานิต อินเจริญศักดิ์ (2541) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากรและวิถีชีวิตกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่กับบ้านเฉย ๆ ไม่ได้ออกไปพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น ร่วมกับการมีปัญหาทางด้านสุขภาพทำให้ การเดินทางไปต่าง ๆ ไม่สะดวก ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนให้ผู้สูงอายุมีการจูงใจตนเองลดลงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ จากการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และรับรู้ถึงความต้านทานต่อโรคหรือเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นอย่างดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยของผู้สูงอายุตอนต้น มีช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 46 ซึ่งยังมีความเสื่อมของร่างกายไม่มากนักยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้สูงอายุอีกเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44) ที่มีโรคประจำตัวแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี รวมถึงช่วยดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัวได้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองยังมีภาวะสุขภาพที่ดี ถึงแม้ว่าจะมีความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยที่มากขึ้นหรือมีโรคประจำตัวก็ตาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล (2544) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีและยังมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จะรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพที่ดีถึงแม้ว่าจะมีโรคประจำตัว สำหรับผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าโรคประจำตัวที่เป็น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3) ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีการรับทราบอย่างสม่ำเสมอไปตรวจตามนัดและตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ ทำให้ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองจากทีมสุขภาพ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวที่

ถูกต้องมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ ลู่เกียง (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี และยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี แต่ขัดแย้งกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยของ นภาพร ชโยวรรณ (2548) พบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

1.4 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่และเห็นคุณค่า ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก รองลงมา คือ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านข้อมูลข่าวสาร ตามลำดับ (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 15) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 68.8 มีสถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ที่นับว่าเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา กุมารจันทร์ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับความรัก ความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับความรัก ความอบอุ่น และไม่ถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน เป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้สูงอายุมากที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1996) ที่กล่าวว่า บุคคลในครอบครัวที่ประกอบด้วย คู่สมรส บุตรหลาน พ่อแม่ และญาติพี่น้อง เป็นผู้ที่ยกย่องให้การสนับสนุนทั้งทางด้านความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือทั้งทางด้านเงิน สิ่งของ และการให้บริการในด้านต่างๆ ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม และสภาพของสังคมไทย จะให้ความเคารพยกย่องและให้เกียรติผู้สูงอายุว่า เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ที่ยังอายุน้อยกว่า ทำให้เป็นที่ยอมรับจากสังคมเพื่อนบ้าน และชุมชน นำมาซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (อนันต์ ลู่เกียง, 2543) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินีเป็นประจำ มีโอกาสได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน ที่มีความเสื่อมของสภาพร่างกายและประสบกับปัญหาต่างๆ ที่เหมือนหรือใกล้เคียงกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้มีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี และผู้สูงอายุยังมีการออกไปพบปะกับเพื่อนบ้านโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้ได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมจากบุคคลอื่นด้วยเช่นกัน ร่วมกับในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ง่าย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจูงใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม สอนลุมพินี

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1) อายุ

จากผลการศึกษา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ($p < .05$) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 46 ซึ่งเป็นช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ที่ยังมีภาวะเสื่อมของร่างกายไม่มากนัก โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 46 ทำให้มีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล, 2544) แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป จะมีความเสื่อมถอยของร่างกายและสติปัญญาลงตามวัย มีโรคประจำตัวทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) ส่งผลให้ผู้สูงอายุสนใจดูแลตนเองมากขึ้น เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงพึ่งพาบุคคลอื่นน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทราพร พรหมปรการ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับ อนันต์ ลู่เกียง (2543) และสุทธินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมไม่แตกต่างกัน แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริมา ลีละวงศ์ (2541) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้น

2) เพศ

จากผลการศึกษา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิง และเพศชาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ($p < .05$) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา ลีละวงศ์ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง และเพศชาย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ อนันต์ ภูเกียง (2543) และสุทธิพันธ์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) ที่พบว่า ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงหรือเพศชาย มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ทั้งเพศหญิง และเพศชาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งทางร่างกาย และจิตใจด้วยกัน ทั้งนี้ ทำให้ประสบปัญหาต่าง ๆ ในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เช่น ปัญหาที่เกี่ยวกับการมองเห็น การเคลื่อนไหวลำบาก รวมทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (จิรวรรณ อินคัม, 2541) ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิง และเพศชายมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อินทราพร พรหมปรการ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.031$) และผลการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงนิยมรวมกลุ่มพูดคุย สังสรรค์ ตลอดจนมีกิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน และเอาใจใส่ในเรื่องของการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่

3) สถานภาพสมรส

จากผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ ($p < .05$) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ หม้าย และโสด ต่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 68.8 จะมีคู่สมรสที่คอยช่วยเหลือเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี แต่ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส หม้าย และโสด ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน หรือญาติพี่น้อง ทำให้ยังคงได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัวที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดีเช่นกัน (ศิริมา ลีละวงศ์, 2541) จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทราพร พรหมปรการ (2541) และจุฑามาศ คำแพรวดี (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพจิตรวาล ล้อสกุลทองและคณะ (2546) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากกว่าสถานภาพสมรสอื่น ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร (2545) ที่พบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจที่มีคู่สมรสจะเป็นแหล่งประโยชน์ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวด้านการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

4) ระดับการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน จึงปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ ($p < .05$) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ เรียนชั้นประถมศึกษา และสูงกว่าประถมศึกษา ต่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ตลอดจนการพัฒนางานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขคอยให้ความรู้ หรือแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกันกับผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร (แผนผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร, 2545) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองผ่านสื่อต่าง ๆ ส่งผลให้ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุทธินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) และ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันไม่ทำให้การดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สดใส ศรีสอาด (2540) และ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่มี ผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 2002)

5) รายได้

จากผลการศึกษา พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน จึงปฏิเสธสมมุติฐานที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มี

รายได้ต่ำ ($p < .05$) จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้อยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกัน จึงมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ไม่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา (Pender, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) และอนันต์ ภูเกียง (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า จึงเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และการบริการต่าง ๆ อย่างเท่าเทียมกัน รายได้จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อินทรพพร พรหมปรการ (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่ำ เพราะผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง สามารถหาแหล่งบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทำให้มีเวลาพักผ่อน และเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการจูงใจตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษา พบว่า การจูงใจตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ($r = .200$) จึงยอมรับสมมุติฐานที่ว่า การจูงใจตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการจูงใจตนเองสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 46 ซึ่งมีความเสื่อมถอยของร่างกายไม่มากนักยังสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ และมีสุขภาพที่ยังแข็งแรง ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 46 ไม่มีโรคประจำตัว ทำให้ผู้สูงอายุมีการจูงใจตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและการช่วยเหลือตนเองได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บเหมือนกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือสุขภาพไม่ดี (วรรณิ์ ชัชวาลทิพากร และคณะ, 2543) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมหมาย วงษ์กระสันต์ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจที่จะผลักดันตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพดี โดยการออกกำลังกายทำจิตใจให้สงบ และรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ เมื่อผู้สูงอายุได้เข้ามาทำกิจกรรมการออกกำลังกาย ร้องเพลง/เต้นรำ หรือพูดคุย/จับน้ำชาพร้อมกันแล้ว ทำให้เกิดความรู้สึกเบิกบานใจ มีความสุข เนื่องจากสามารถเลือกทำกิจกรรมได้ตามใจชอบ ก่อให้เกิดการจูงใจที่จะมาร่วมกิจกรรมเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง (พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข, 2545) ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จะช่วยชะลอภาวะเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุ คงไว้

ซึ่งภาวะสุขภาพและเชื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านปลายได้อย่างมีความสุข (ไพจิตราล้อสกุลทอง และคณะ, 2546) นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมีเวลาว่างพอที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44) มีโรคประจำตัว ทำให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจที่จะดูแลสุขภาพของตนเองโดยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีขึ้นหรือหายจากการเจ็บป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Resnick (1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจูงใจตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้อย่างต่อเนื่อง และนอกจากนี้ยังพบว่า สนวนลมพินี่เป็นสวนสาธารณะที่ใหญ่อยู่ใจกลางเมือง มีการคมนาคมที่สะดวกสบาย สามารถเดินทางมาใช้บริการได้ง่าย ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเดินทางมาสวนลมพินี่เฉลี่ยเพียง 23.26 นาที จากปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวในข้างต้นนี้ ล้วนแต่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุเกิดการจูงใจตนเองที่จะมาทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมุติฐานที่ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าดีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 46) ที่มีความเสื่อมของร่างกายไม่มากนักและยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี มีความกระตือรือร้นและสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง (ปัญญภัทร ภัทรกัณฑ์กุล , 2544) สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (2002) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจัง ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดีจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าและจริงจังกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มธุรส จันทรแสงศรี (2540) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และการออกกำลังกายมากกว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ยังส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรงดี สามารถ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น จะทำให้จิตใจรู้สึกเบิกบาน ไม่เครียดและมีความสุข มีสมาธิ สามารถแสดงออกทางด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีความผาสุกทางใจตามมา (พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข, 2545) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Sohny (2002) ที่พบว่า ผู้สูงอายุ เกาหลีที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้และสุขภาพไม่ดี ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Gaw (1992) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดัวในโรงพยาบาลจะรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีจะมีการจูงใจและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อได้รับการรักษาจนหายเป็นปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ดีและแข็งแรงจึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมุติฐานที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา เนื่องจากผลการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.8) มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งทั้งคู่สมรสและบุตรหลานจะคอยดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับความรัก ความอบอุ่นจากบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1996) ที่กล่าวว่า บุคคลในครอบครัวที่ประกอบด้วย คู่สมรส บุตรหลาน พ่อแม่ และญาติพี่น้อง เป็นผู้ที่คอยให้การสนับสนุนทั้งทางด้านความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือทั้งทางด้านเงิน สิ่งของ และการให้บริการในด้านต่างๆ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทศพร ศรีบริกิจ (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอยู่ในระดับดี และมีการร่วมกิจกรรมที่สวนลุมพินีเป็นประจำ ทำให้มีโอกาสได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้อื่น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ จิรวรรณ อินคัม (2541) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างดี จะทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตดี

ส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งช่วยลดภาวะเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ และยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลเชิงนโยบายให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนหา รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยนำปัจจัยด้านการจิตใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น

2. ควรจัดให้มีโครงการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี เน้นให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีมาเป็นแม่แบบทางด้านสุขภาพอย่าง เช่น ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี เพื่อให้ผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ได้พบเห็นมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

3. เป็นแนวทางด้านการศึกษาพยาบาลในการจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้คำแนะนำกับกลุ่มผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น อุปสรรคและปัจจัยเกื้อหนุนที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีรูปแบบกิจกรรมแตกต่างกัน มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ที่ผู้สูงอายุบรรยายความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กชกร สมมั่ง. (2542). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุอำเภอเมืองจังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤษณกมล วิจิตร และคณะ. (2545). โครงการการสำรวจกิจกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมนันทนาการของผู้สูงอายุ ณ สวนลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. รายงานการศึกษาวิชาการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญสุภา วงศ์บา. (2544). คุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุพิการ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2545-2564). (2545). แผนผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพมหานคร : มปป.
- จิรวรรณ อินคุ่ม. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2545). เอกสารประกอบการสอน การพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 1. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2547). การศึกษานโยบายและการดำเนินการด้านผู้สูงอายุและกลุ่มโรคไม่ติดต่อของกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตรา จันชนะกิจ. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราภรณ์ ฉลานวัฒน์. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จุฑามาศ คำแพรวดี. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อม
ลูกหมากโต. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลธิชา สงวนวงษ์. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ
 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับ
 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.**
 วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทศพร คำผลศิริ และคณะ. (2542). **การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน
 โรคสำหรับผู้สูงอายุของโครงการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.** มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทศพร ศรีบริกิจ (2548). **การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 ในกรุงเทพมหานคร.** ภาคนิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
 คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ทัศนาศ บุญทอง และคณะ. (2542). **ทิศทางการปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้อง
 กับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต.** กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.
- ณิชากรนต์ ชันขาว. (2543). **การเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิก
 ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นุจรี สะค่อม และจรรยา อินทนา. (2547). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
 ผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี.** เสนอผลงานวิจัยประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “ผู้สูงอายุ:
 ชุมทรัพย์ทางปัญญา”.
- นนทพรธณ เอกตาแสง. (2543). **การจูงใจให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง
 โดยการเสนอแนะและแรงสนับสนุนทางสังคม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต
 สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2548). **กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางในประเทศไทย. วารสารประชากรศาสตร์**
 21: 1-24.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต
 สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ผานิต อินเจริญศักดิ์. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรและวิถีชีวิตกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร**.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2545). **พดุมพลัง : มโนทัศน์ของการมุ่งสู่คุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุและหนทางของการลดความไม่เป็นธรรมในสังคม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการจัดโดยสมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. 13-15 พฤศจิกายน 2545 ณ โรงแรมตะวันนารามาตา.**
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.** กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญพา ณ นคร. (2545). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง กรวรรณสุต. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภา ลี้มประสูต และคณะ. (2543). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.**
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์กุล. (2544). **การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- ปาลิรัตน์ พรทวีกันหา. (2541). **แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาริชาติ ญาตินิยม. (2547). **ลักษณะภาวะพดุมพลัง : กรณีศึกษาผู้สูงอายุไทยที่มีชื่อเสียง.** วิทยานิพนธ์ปริญญา,มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2547). **การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568 : ประชากรฐานและการตั้งข้อสมมติเรื่องการเกิด การตาย และการย้ายถิ่น.** นครปฐม , สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประเวศ วะสี (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- ปิยะพันธุ์ นันดา. (2541). **การรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรีชา อุปโยคิน และ คณะ (2541). **ไม้ใกล้ฝั่ง : สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- พุทธเมษา หมื่นคำแสน. (2542). **ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพา ศุภราศรี. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพจิตรรา ล้อสกุลทอง, ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2546). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน. **วารสารพดุมหาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 4(2) : 3-10.
- พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข. (2545). **กิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งทิพย์ แปงใจ. (2542). **การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มัทนา อินทร์แพง. (2543). **พฤติกรรมการออกกำลังกายและอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มธุรส จันทรแสงศรี. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). **การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร และนันทพันธ์ อินล้ำประเสริฐ. (2546). ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. **วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 4(4) : 2-10.
- วรรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท และกรุงเทพมหานคร. **วารสารพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 1(3) : 4-13.
- วาสนา เกื้อนวงษ์. (2540). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เวทิส่า กาญจนแก้ว. (2544). **ความพึงพอใจของประชาชนผู้มาใช้บริการต่อการจัดสวนสาธารณะ: กรณีศึกษาสวนสาธารณะหนองประจักษ์ จังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริมา ลีละวงศ์. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). **ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภาวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (วัยรุ่น – วัยผู้สูงอายุ) เล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สรินดา น้อยสุข. (2545). **การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช.** การค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สดไธ ศรีสอาด. (2540). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรื. (2544). จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในปี 2544. [ระบบออนไลน์]. <http://www.who.int/ageing/scope.html>.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2545).**ธนาคารสมอง** (Online). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แหล่งที่มา: <http://brainbank.nesdb.go.th>. (2546 , พฤษภาคม , 12)
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2547). **สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล.** 13 (1) มกราคม .
- สุพร พริ้งเพริศ. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรสูงอายุ. **วารสารพฤติกรรมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** 3(2) : 49-62.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 3 , กรุงเทพฯ โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ. (2543). **การดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ตำบลท่าเสา อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี.** ภาคนิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาดา แก่นแก้ว. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนจังหวัดเพชรบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. (2541). **การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุมิตรา สินทร์ศิริมานุ จินตนา ยูนิพันธ์ และจอนณะจง เพ็งจาด. (2547). **ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทย**. เสนอผลงานวิจัยประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “ผู้สูงอายุ: ชุมทรัพย์ทางปัญญา”.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช กฤตยา อาชวนิจกุล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2546). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี : แนวทางการศึกษาร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ. **วารสารพจนานวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**.4(2) : 19-27.
- สุวิมล ตันติเวส ศิริรัตน์ ปานอุทัย และอัครอนงค์ ปราโมชน์. (2545). ผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. **พยาบาลสาร**. 29(4) : 53-67.
- สุรรัตน์ กุมารี. (2540). **การศึกษาลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และการจูงใจต่อการเข้าชมรมผู้สูงอายุระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราการเป็นสมาชิกชมรมสูงที่สุดกับต่ำสุด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมหมาย วงษ์กระสันต์. (2543). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุทธบาท จังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). **การพยาบาลศาสตร์ : ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม. (2543). **การจูงใจตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสภิตา ชันแก้ว. (2546). **การศึกษาคุณภาพการบริการผู้ป่วยนอก ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน ภาคเหนือตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อินทราพร พรหมปรการ. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนันต์ ฐู่เกียง. (2543). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ตำบลเขาใหญ่ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่**. ภาคนิพนธ์หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- คูมาภรณ์ ผ่องจิตต์. (2544). **การพัฒนารูปแบบการให้บริการสำหรับผู้สูงอายุตามแนวคิดครอบครัวเป็นพื้นฐาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรุณช ธรรมสอน. (2544). **แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ภาษาอังกฤษ

- Bertera, E.M. (1990). "Consumption and Generation of Social Support among the elderly" **The Relationship to Health Maintenance and Health Status**. PHD. The Grad. Sch. Of Social work and Social Research.
- Burn, N. and Grove, S.K. (2001). **The practice of nursing research : Conduct, Critique & Utilization**. 4th ed. New York: W.B. Saunder.
- Brook, K. J., Ware, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Roger, W. H. (1979). Overview of adult health status measuers fielded in Rand' s health. **Medical care**,17 : 1-131.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38(5): 300-314.
- Dishman, R.K., Ickes, W., & Morgan, W.P. (1980). Self-motivation and adherence to habitual physical activity. **Journal of Applied Social Psychology**, 10(2) :115-132.
- Dowie, R. S., & Tannahill, H. M. (1996). **Health promotion models and values (2nd ed.)**. New York: Oxford University.
- Ebersole, P.A., & Hess, P. (1998). **Toward healthy aging: Human and needs and nursing response (5rd ed.)**. St Louis: Mosby.
- Eliopoulos, C. (1993). **Gerontological nursing (3rd ed.)**. Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Fowler, S.B.(1996). Health Promotion in Chronicrally Ill Older Adults. **Journal of Neuroscience Nursing**, 28(5) : 39-43.
- Gaw , B.L. (1992). Motivation on change life- style following PTCA. **Dimension of Critical Care Nursing**, 11(2) : 68-74.
- Geest , S.D. et al. (1998). Complication issues with the geriatric population. **Nursing clinics of North America** , 33 (3) : 467-479.

- Hermanova H.M. **Health promotion for the elderly**. Geneva, ESHEL JDC Brokdale Institute, Ministry of Health (Israel), World Health Organization, 1992.
- Hodges, L.C. ,and Staab , A.S. (2001). **Essentials of Gerontological Nursing Adaptation to The Aging Process**. USA .
- McSweeney, J.C. (1993). Making behavior change after a myocardial infarction. **Western Journal of Nursing Research**, 15(4) : 441-455.
- Murray, R.B. & Zentner , J.P. (1993). **Nursing Assesment and Health Promotion Strategics through the life span 5 th. ed**. Connecticat. U.S.A. : Appleton & Large.
- Orem D. (1991). **Nursing : concept of practice**. 4th ed. New York,Mc Graw – Hill Book Co.
- Palank, C.L. (1991) . Determinants of health promotive behavior. **Nursing Clinics of North America** , 26 (4) : 815-823.
- Pender, N.J. (1996). **Health promotion in nursing practices (3^{ed} ed.)**. New York: Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, N.I., Parsons M.A. (2002). **Health promotion in nursing practices (4th ed.)**. New Jersey: Prentice Hall.
- Polit, D.F., & Beck, T.B. (2004). **Nuring research : Principles and methods**. (7th ed.). Philadephia : Lippincott Williams & Wikins.
- Quinn, M.E. , Johnson, M.A. , Poon, L.W. , & Martin, P. (1999). Psychosocial correlates of subjective health in sexagenarians, octogenarians, and centenarians. **Mental Health Nursing** , 20 : 151-171.
- Resnick, B. (1999). Motivation to perform activity of daily living in the institutionalized older adult : Can a leopard chang its sports? **Journal of Advance Nursing**, 29(4) : 792-799.
- Rickelman , B.L. , et al. (1994). Attachment and Quality of life in older , Community resiclingmen. **Nursing Research**, 43 (2) : 68-72.
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. S. (1981). The Health-related functions of social support. **Journal of behavior medicine**,4 : 381-406.
- Stuifbergen, A.K.,& Becker, H.A. (1994). Predictor of health promotion lifestyles in person with disabilities. **Reseach in Nursing & Health**, 17 : 3-13.

- Sarwari, A.R., et al. (1998). Prospective study on the relation between living arrangement and change in functional health status of elderly woman. **American Journal of Epidemiology** , 147(4) : 370-378.
- Sohny, K.Y. Sohny, S., & Yeon, H.A. (2002). Health promotion behaviors of elderly Korean immigrants in The United States. **Public Health Nursing**, 19 : 294-300.
- Thoits, P. A. 1982. Conceptual methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior** 23: 145-159.
- Walker, S.N. , Sechrist, K.R., & Pender,N.J. (1988). Health Promoting lifestyle of older adults : Comparison with young and middle-age adults, correlates and patterns. **Advance Nursing Science**, 11(1) : 76-90.
- Wang, His - Hung. (1999). Predictors of health promotion lifestyle among ethnic groups rural woman in Taiwan. **Public Health Nursing**. 16(5) : 321-328.
- Wilcox, S., & Storandt, M. (1996). Relations among age, exercise, and psychological variables in community sample of women . **Health Psychology**. 15 : 110-113.
- World Health Organization. **Health and Ageing**. Geneva:WHO 2001.
- World Health Organization. **Health and Ageing**. : a discussion paper (Online).
- WHO,2002. Available from : [http://www.who.int/hpr/ageing/Active ageing Policy Fram. Pdf](http://www.who.int/hpr/ageing/Active%20ageing%20Policy%20Fram.pdf) (2003, March 20)



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

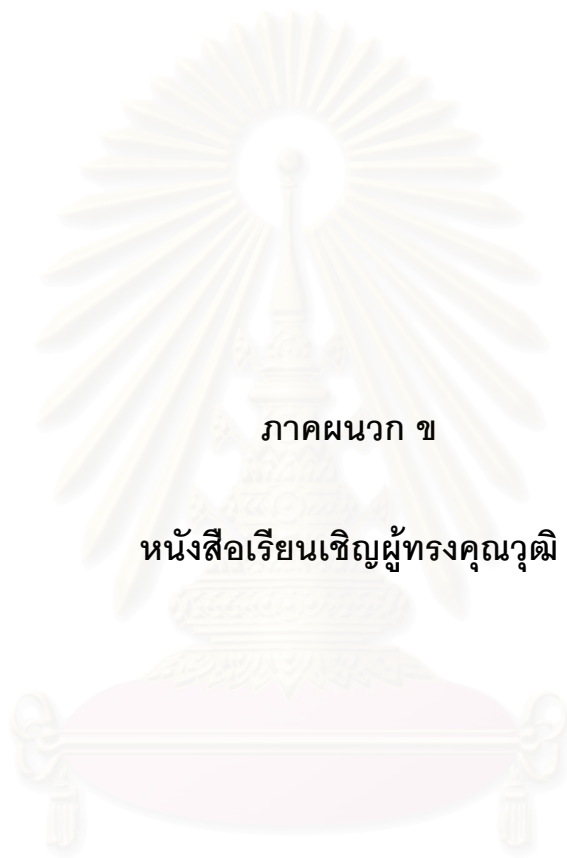
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนาม	สถานที่ทำงาน
รศ. ประคอง อินทรสมบัติ	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. พิชญภรณ์ มุลศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร. พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ผศ.ดร. ขวัญใจ อำนาคสัตยชีอ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสมร พรหมพิทักษ์กุล	หัวหน้าฝ่ายอนามัยชุมชน กองส่งเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/506

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
21 มีนาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชลธิชา จันทศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ อาจารย์พยาบาลภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่นิสิต

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9806

นางสาวชลธิชา จันทศิริ โทร. 0-1733-1693

ที่ ศธ 0512.11/506

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชลธิชา จันทศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในกรณี จึงขอเรียนเชิญผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนางส์ตยชี้อ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนางส์ตยชี้อ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9806

ชื่อนิสิต

นางสาวชลธิชา จันทศิริ โทร. 0-1733-1693

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/506

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชลธิชา จันทศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ ดร. พวงเพ็ญ ชัยประเสริฐ นักวิชาการ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตินิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. พวงเพ็ญ ชัยประเสริฐ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9806

ที่นิตินิสิต

นางสาวชลธิชา จันทศิริ โทร. 0-1733-1693

สถาบันส่งเสริมสุขภาพ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/506

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการกองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชลธิชา จันทศิริ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญนางสมร พรหมพิทักษ์ หัวหน้าฝ่ายอนามัยชุมชน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสมร พรหมพิทักษ์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9806

ที่อนิสิต นางสาวชลธิชา จันทศิริ โทร. 0-1733-1693

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/506

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

21 มีนาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญากรรณ์ มูลศิลป์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชลธิชา จันทศิริ นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภัฏญา ประจุศิลป์

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

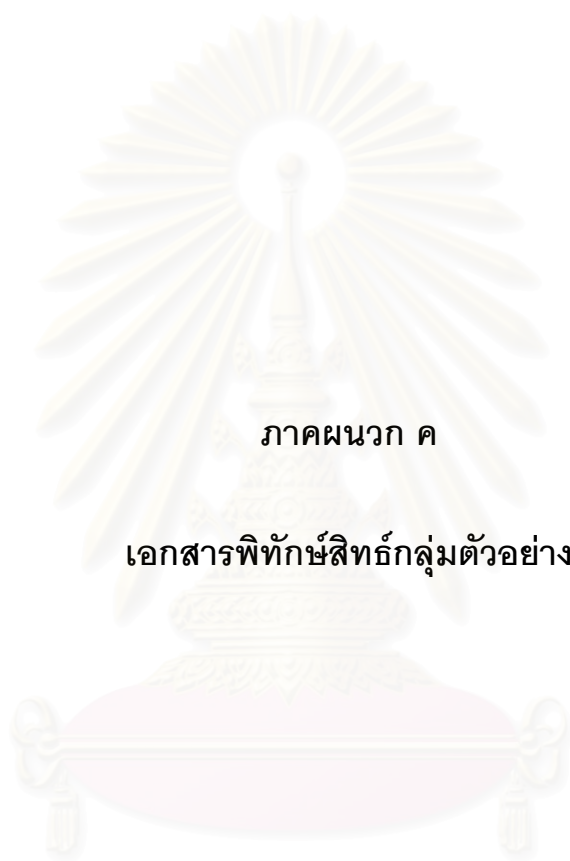
อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9806

ที่อนุมัติ

นางสาวชลธิชา จันทศิริ โทร. 0-1733-1693

สถาบันพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ข้าพเจ้า ได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาว ชลธิชา จันทศิริ ที่อยู่ 204 หมู่ที่ 5 ตำบลวังหว้า อำเภอแกลง จังหวัดระยอง 21110 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร ”

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยข้อมูลสรุปผลการวิจัย

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ข้างต้น

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/วันที่

.....
(นางสาวชลธิชา จันทศิริ)

.....
ลงนามผู้วิจัย

.....
สถานที่/วันที่

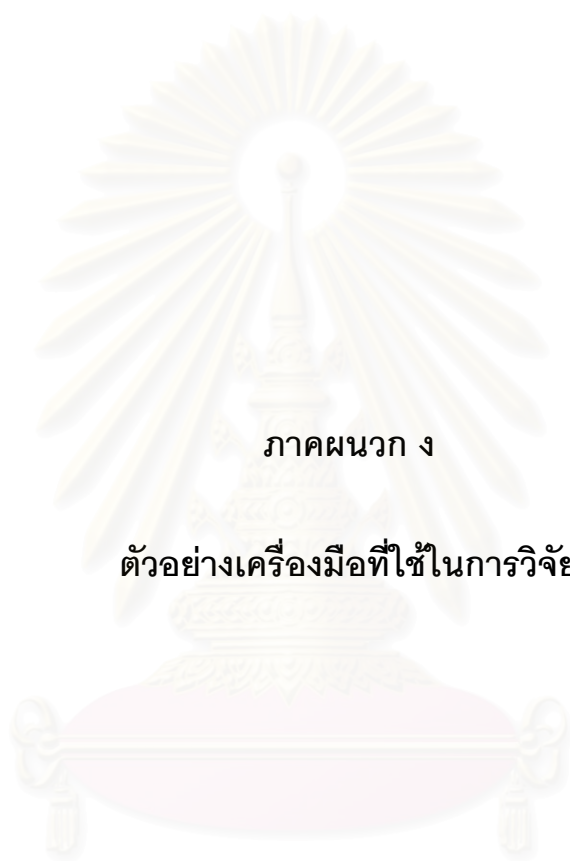
.....
(.....)

.....
ลงนามพยาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวชลธิชา จันทศิริ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา
กรุงเทพมหานคร 10110
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02- 7118550-53
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 01- 7331693
E-mail: Chonticha_2522@yahoo.com.
4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับปัจจัยด้านการจิตใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจิตใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี และศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล การจิตใจตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมาร่วมกิจกรรมภายในสวนลุมพินีเป็นประจำ 3 ครั้ง/สัปดาห์
 - 4.3 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีความไม่สะดวกเล็กน้อยในการใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.4 การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวชลธิชา จันทศิริ ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 01- 7331693
 - 4.5 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
 - 4.6 ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 - 4.7 จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 400 ราย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง

“ การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร ”

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจูงใจตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ชื่อผู้ให้ข้อมูล นาย, นาง, นางสาว.....

อำเภอ.....จังหวัด กรุงเทพมหานคร

ว/ด/ป สัมภาษณ์.....

เริ่มเวลา.....

สิ้นสุดเวลา.....

รวมเวลา.....

สัมภาษณ์ไม่ได้เพราะ.....

ผู้สัมภาษณ์.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะสำหรับพนักงานสัมภาษณ์

1. แนะนำตนเองแก่ผู้สูงอายุโดยกล่าว สวัสดิ์ค่ะ / ครับ ดิฉัน / ผม ชื่อ.....
มาจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร และศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล การดูแลสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม คำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับและจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

3. แจ้งสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การให้ความร่วมมือของท่านในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านเอง การสัมภาษณ์จะใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที ท่านมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะหยุดให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา และสามารถที่จะไม่ตอบคำถามที่ไม่ต้องการให้คำตอบ อย่างไรก็ตาม คำตอบที่ท่านให้จากความเป็นจริงของตัวเองจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและการศึกษาในครั้งต่อไป

4. ขอความยินยอมในการให้สัมภาษณ์

ไม่ให้สัมภาษณ์

ให้สัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ : แบบสอบถามส่วนนี้จะถามข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ ให้พนักงานสัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำในช่องว่างเฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. อายุ..... ปี		
2. เพศ	<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
3. สถานภาพสมรส	<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า
	<input type="checkbox"/> แยก	
4. ระดับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปวช. / ปวส.
	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. รายได้ (บาท/ เดือน)	<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000	<input type="checkbox"/> 2,000-5,000
	<input type="checkbox"/> 5,001-10,000	<input type="checkbox"/> 10,001-20,000
	<input type="checkbox"/> มากกว่า 20,000	
6. แหล่งสำคัญที่มาของรายได้	<input type="checkbox"/> การทำงานของตนเอง	<input type="checkbox"/> ดอกเบี้ยเงินออม
	<input type="checkbox"/> คู่สมรส	<input type="checkbox"/> บุตร
	<input type="checkbox"/> ญาติ	<input type="checkbox"/> เงินบำเหน็จ บำนาญ
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	
7. มีโรคประจำตัวหรือไม่	<input type="checkbox"/> มี ระบุ.....	
	<input type="checkbox"/> ไม่มี	
8. พฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ	<input type="checkbox"/> สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> สูบ จำนวน.....มวน/วัน
		<input type="checkbox"/> ไม่สูบ
	<input type="checkbox"/> ดื่มสุรา	<input type="checkbox"/> ดื่ม ปริมาณ.....ขวด/วัน
		<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม

9. ระยะเวลาที่มาทำกิจกรรม ณ สวนลุมพินี..... ปี
10. กิจกรรมที่มาทำ ณ สวนลุมพินี () ออกกำลังกาย (ระบุ.....) () ร้องเพลง/เต้นรำ () พุดคุย/จับน้ำชา
11. ชื่อชมรมที่เข้าร่วมกิจกรรม.....
12. การเดินทางมาสวนลุมพินี โดย () เดินมาเอง () รถส่วนตัวขับมาเอง () รถส่วนตัวมีคนขับรถ () บุตรหลานมาส่ง () รถโดยสารประจำทาง () แท็กซี่
13. ระยะเวลาในการเดินทางมาสวนลุมพินี.....นาที่
14. เหตุผลของการมาใช้บริการ ณ สวนลุมพินี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () การเดินทางสะดวก () สะอาด/ปลอดภัย () บรรยากาศร่มรื่น () การจัดสถานที่เหมาะสม () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำในชีวิตประจำวัน ในแบบสอบถามนี้จะมีข้อความ ซึ่งผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านให้ฟัง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกคำตอบในแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบ และพนักงานสัมภาษณ์จะได้เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยการเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เป็นประจำทุกวันหรือ 6 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บ่อยหรือปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ นานๆ ครั้งหรือปฏิบัติ 2-3 วัน/สัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เลย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 1. ท่านอ่านข่าว และหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง 2. ท่านเอาใจใส่คอยสังเกตอาการผิดปกติตลอดจนอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย . . 7. ท่านรับประทานยาตรงตามที่แพทย์สั่ง				
กิจกรรมทางกาย 8. ท่านออกกำลังกาย(เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ และฝึกกายบริหาร) หรือกิจกรรมอื่นๆ ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป . . 13. ท่านหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ต้องนั่ง ยืน หรือนอนเป็นเวลานานๆ				

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
โภชนาการ 14. ท่านรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบ 5 หมู่ . . 21. ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ				
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 22. ท่านได้พูดคุยปรึกษาหารือและสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัวและญาติ . . 29. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมต่างๆ ในสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ				
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ 30. ท่านยอมรับกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน . . 37. ท่านยอมรับว่าการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติ ที่ไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้				
การจัดการกับความเครียด 38. ท่านมักบอกกับตนเองว่า ปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไขได้ . . 45. ท่านพยายามมองโลก เหตุการณ์ และผู้อื่นในแง่ดี				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจูงใจตนเอง

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าท่านมีความต้องการ หรือมีแรงผลักดันที่นำไปสู่ความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พนักงานสัมภาษณ์จะอ่านข้อคำถามให้ท่านฟัง และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ท่านเลือกตามความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบจะถือเกณฑ์ ดังนี้

จริง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับลักษณะนิสัย ความรู้สึก และความคิดของตนเองทุกประการ
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับลักษณะนิสัย ความรู้สึก และความคิดของตนเองเป็นส่วนมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านไม่แน่ใจว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับลักษณะนิสัย ความรู้สึก และความคิดของตนเองหรือไม่
ค่อนข้างไม่จริง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับลักษณะนิสัย ความรู้สึก และความคิดของตนเองเพียงเล็กน้อย
ไม่จริง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคไม่ตรงกับลักษณะนิสัย ความรู้สึก และความคิดของตนเอง

การจูงใจตนเอง	จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง
ด้านอุปนิสัย 1. ท่านจะทำกิจกรรมต่างๆ อย่างเต็มความสามารถนานๆ ครั้ง 2. ถึงแม้ว่าท่านต้องทำกิจกรรมที่มีความยากลำบาก ท่านก็จะพยายามทำกิจกรรมนั้นโดยไม่ยอมละทิ้งไปง่าย ๆ . . 16. ท่านหวังที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก					

การจูงใจตนเอง	จริง	ค่อนข้างจริง	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง
<p>ความพยายามที่จะกระทำ</p> <p>17. ท่านไม่เคยตั้งพันธะสัญญาผูกมัดตนเองว่าต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ</p> <p>18. เมื่อท่านเบื่อกิจกรรมที่ทำอยู่ ท่านจะยกเลิกทำทันทีแล้วไปทำสิ่งอื่นแทน</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>32. ท่านเป็นคนที่ไม่มีความวินัยในตนเอง (วินัย คือ สิ่งที่ต้องปฏิบัติตาม เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย งดอาหารที่มีไขมันสูง)</p>					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์: แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตัวท่านเอง พนักงานสัมภาษณ์จะอ่านข้อคำถามให้ท่านฟัง และทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือ ที่ตรงกับความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ตอบมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบจะถือเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคตรงกับความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ทุกประการ
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคตรงกับความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน เป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่าน ไม่แน่ใจว่า ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของท่านหรือไม่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับ ความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน บางส่วน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับ ความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ทุกประการ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ภาวะสุขภาพในอดีต 1. ท่านไม่ได้เจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือน แล้ว 2. 3. ท่านไม่เคยเจ็บป่วยหนักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา					
ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 4. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองสมบูรณ์แข็งแรงดี 5. 6. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านไม่ค่อยแข็งแรงเหมือนเดิม					

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
ภาวะสุขภาพในอนาคต 7. ในอนาคต ท่านหวังว่าตนเองน่าจะมีสุขภาพที่ดีกว่านี้ . . 10. ท่านคิดว่าในอนาคตสุขภาพของท่านอาจจะแย่กว่านี้					
ความต้านทานต่อโรค / เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย 11. ท่านรู้สึกว่าคุณเองเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าคนอื่น . . 14. เมื่อสภาพอากาศเปลี่ยนแปลงท่านจะเจ็บป่วยได้ง่ายทันที					
ความวิตกกังวล / ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ 15. ท่านไม่เคยสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเลย . . 18. ท่านจะไม่ยอมไปพบแพทย์เป็นอันขาดถ้าไม่ป่วยหนักจริงๆ					
ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 19. ท่านยอมรับว่าบางครั้งท่านและบุคคลอื่นๆ จะต้องเกิดการเจ็บป่วย . . 23. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยท่านจะไม่สนใจปล่อยให้หายเป็นปกติเอง					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่า ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่า การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การเงิน สิ่งของ แรงงาน และข้อมูลข่าวสาร จากสังคมหรือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ให้ท่านฟังและทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ท่านเลือกตอบตรงตามความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทั้งหมด

การสนับสนุนทางสังคม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
การสนับสนุนด้านอารมณ์ 1. บุคคลใกล้ชิดทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น มั่นใจ และปลอดภัย . . . 6. ท่านรู้สึกไว้วางใจและสามารถระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิดได้ทุกเรื่อง					

การสนับสนุนทางสังคม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<p>การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า</p> <p>7. บุคคลใกล้ชิดทำให้การยกย่องและเคารพนับถือในตัวท่าน</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>12. เมื่อท่านแสดงความคิดเห็น บุคคลใกล้ชิดมักจะยอมรับและเห็นด้วยกับความคิดเห็นนั้น</p>					
<p>การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</p> <p>13. ท่านมักจะได้รับการยิ้มให้ หรือการทักทายจากบุคคลรอบข้างเมื่อได้พบเจอกัน</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>18. ท่านยังมีการติดต่อไปมาหาสู่ และเยี่ยมเยียนบุคคลอื่นอยู่เสมอ</p>					
<p>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</p> <p>19. ท่านมีโอกาสได้รับและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>23. เมื่อมีปัญหา หรือข้อสงสัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยท่านสามารถซักถามจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพได้</p>					
<p>การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ</p> <p>24. ท่านได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันจากบุคคลใกล้ชิด</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>28. ท่านได้รับความสะดวกในการใช้บริการด้านการตรวจรักษาจากสถานบริการด้านสุขภาพต่างๆ</p>					



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย

การคำนวณหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในแต่ละชุด ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากรม 2547: 236)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

เมื่อ	α	คือ ค่าความคงที่ภายใน
	n	คือ จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	Si^2	คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
	St^2	คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

2.1 ค่าร้อยละ ใช้สูตร

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	P	คือ ค่าร้อยละ
	f	คือ ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	คือ จำนวนรวมทั้งหมด

2.2 ค่าเฉลี่ย ใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{N}$$

เมื่อ	\bar{X}	คือ ค่าเฉลี่ย
	ΣX	คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	คือ จำนวนคะแนนทั้งหมด

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร

$$SD. = \sqrt{\frac{N \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	SD	คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ΣX	คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว
	ΣX^2	คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	N	คือ จำนวนคะแนนทั้งหมด

2.4 สถิติทดสอบค่าที (t-test)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{\Sigma X_1^2 - \Sigma X_2^2}{N(N-1)}}}$$

เมื่อ	t	คือ สถิติทดสอบค่าที (t-test)
	\bar{X}_1	คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1
	\bar{X}_2	คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 2
	ΣX_1^2	คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มที่ 1 ยกกำลัง 2
	ΣX_2^2	คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มที่ 2 ยกกำลัง 2
	df	คือ องศาแห่งความอิสระ

2.5 สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) คือ การหาอัตราส่วนเอฟ (F ratio)

$$F = \frac{MSB}{MSW}$$

MSB คือ ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม (Mean Square Between Group)

$$MSB = \frac{SSB}{df}$$

SSB คือ ผลรวมของผลต่างกำลังสองระหว่างกลุ่ม

df คือ จำนวนค่าที่มีอิสระ = k-1 (k คือ จำนวนกลุ่ม)

$$SSB = \sum n(\bar{x} - \bar{x}_i)^2$$

เมื่อ \bar{X} คือ ค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่ม

\bar{X}_t คือ ค่าเฉลี่ยรวม

n คือ ขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม

MSW คือ ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (Mean Square Within Group)

$$MSW = \frac{SSW}{df}$$

SSW คือ ผลรวมกำลังสองภายในกลุ่ม (Sum Square Within Group)

df คือ จำนวนค่าที่มีอิสระ = N - K (N คือ ขนาดตัวอย่างทั้งหมด)

$$SSW = \sum (x_i - \bar{x}_i)^2$$

เมื่อ X_i คือ ค่าของข้อมูลแต่ละตัวในแต่ละกลุ่ม

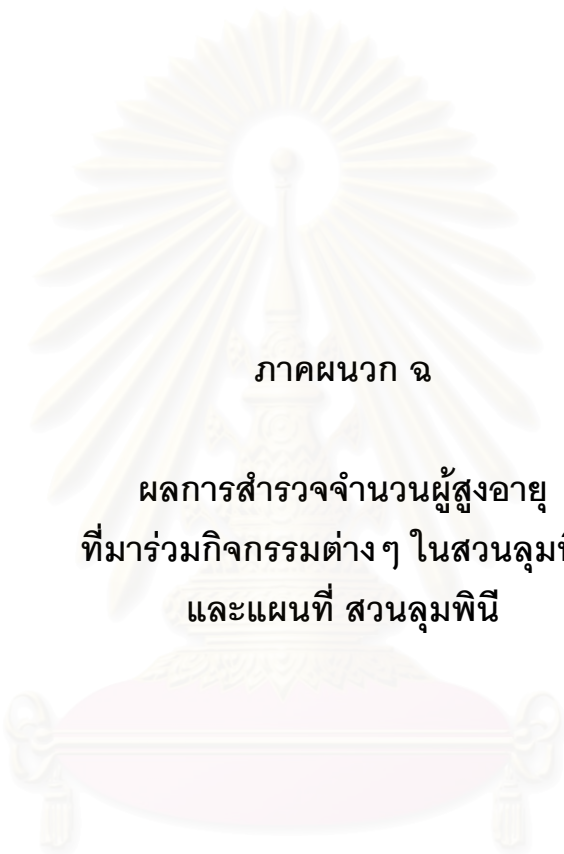
\bar{X}_i คือ ค่าเฉลี่ยแต่ละกลุ่ม

2.6 หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้วิธีของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) สูตรที่ใช้ ดังนี้

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	คือ	สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	$\sum x$	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x
	$\sum y$	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y
	$\sum xy$	คือ	ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y
	$\sum x^2$	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x
	$\sum y^2$	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y
	N	คือ	จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ผลการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุ
ที่มาร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสวนลุมพินี
และแผนที่ สวนลุมพินี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดง แสดงผลการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสวนลุมพินี
ณ วันที่ 18 พฤศจิกายน 2548

เลขที่	ชื่อกลุ่ม	กิจกรรม	หัวหน้ากลุ่ม	จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม	จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมและมาร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง/สัปดาห์
1	หรรษาพาซีน	ไท่เก๊ก	อโนมา วิจิตรวิกรม	30	20
3	แบดมินตัน	แบดมินตัน	ชนะชัย ชินพีระเสถียร	15	15
5	ปั้งตั้งลิ้ม	ไท่เก๊ก	ยงยุทธ ตั้งศรีสงวน	100	100
9	บริหารลมปราณจีน	ไท่เก๊ก	สันติ ศิริประไพ	200	100
10	สุข				
10	เหวียนจี	รำบัว	วัลยา วงศ์วัฒนา	50	50
11	ส่งเสริมสุขภาพ	รำจับช้วง	ชยุ จันทร์สว่างวงศ์	300	200
11	จับช้วง				
17	กายบริหารแสงอรุณ	ไท่เก๊ก	แสง แซ่ลื้อ	100	100
22	ลีลาศ	ลีลาศ	-	2	2
25	-	ร้องเพลง	สุวิทย์ ฉัตรเกตุ	25	10
35	ห้วยตันกง	ไท่เก๊ก	ย้ง วุฒิเกียรติ	20	20
42	รุ่งอรุณ 632	วิ่ง	ไพโรจน์ บรรเจิดพานิช	50	50
44	กายบริหารรุ่งโรจน์	ไท่เก๊ก	สุกิจ สินทรัพย์อนันต์	200	100
45	กายบริหารเกษมสุข	ดิสโก้	ปราณี นามปฏิพัทธ์พงษ์	120	80
48	จิบน้ำชา	จิบน้ำชา	ประพันธ์ ศิริรัง	-	-
53	ร้องเพลง	ร้องเพลง	-	3	3
54	จิบน้ำชา	จิบน้ำชา	-	4	4
61	จิบน้ำชา	จิบน้ำชา	-	10	10
65	จิบน้ำชา	จิบน้ำชา	-	-	-
66	ไท่เก๊กซี้กง	ไท่เก๊กซี้กง	-	180	150
67	หลักอ้ว หลักฮั้ง	จิบน้ำชา	สุพร แซ่ฮี้	30	30
68	ไท่เก๊ก	ไท่เก๊ก	-	10	6
70	หยวนจี	ไท่เก๊ก	ประมุข จันทรสุดาพันธ์	40	20
71	มวยไท่เก๊กตระกูลอู่	ไท่เก๊ก	ชวยมิ่ง แซ่ลี	100	20

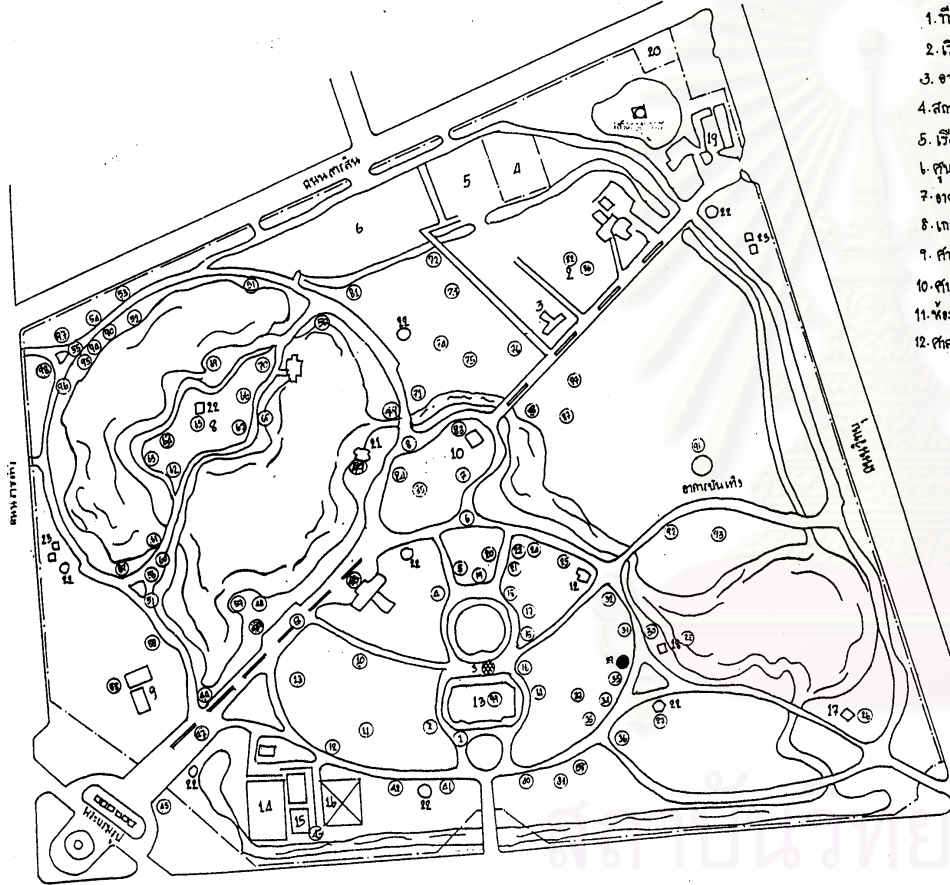
เลขที่	ชื่อกลุ่ม	กิจกรรม	หัวหน้ากลุ่ม	จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม	จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมและมาร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง/สัปดาห์
72	ลีลาศ	ลีลาศ	-	30	10
74	ปาก้ว	ไท่เก๊ก	-	70	20
75	หย่งเหนียน	รำมวยจีน	มานิตย์ อุดมคุณธรรม	100	60
76	เหวียนฉี	รำบัว	อำนาจ อุ่นอนันต์	100	40
77	กระบองชิวจิต	รำกระบอง	-	30	30
87	คลายเครียด	พุดคุย	-	10	10
88	ซี้กง	ไท่เก๊ก	-	200	100
90	เพื่อนวิ่งสวนลม	วิ่ง	สมชาย พัฒนพิชัย	200	60
94	हरรขร 2000	ไท่เก๊ก	สมบุญร์ วิจิตรวิกรม	200	60
-	ไท่เก๊ก	ไท่เก๊ก	บุญจิรา จงทนากร	30	10
-	นรادرและตั้งจ้ง	รำกระบอง	-	80	20
-	จงกวงอูซุ	รำพัด	เหิงนง แซ่ฟ้ง	60	20
-	สวนริมน้ำ	จิบน้ำชา	-	20	20
-	ไท่เก๊กเชียงเก็ง	ไท่เก๊ก	ศรีสุข จักริมงคล	60	40
-	โยคะ	โยคะ	ประนอม	5	3
-	สวดมนต์จีน	สวดมนต์	-	12	7
-	ชิงแซ่ แต่หวย	จิบน้ำชา	จีน	20	8
-	สร้างสรรค์ตงถ่าย	จิบน้ำชา	-	80	40
-	โยคะ	โยคะ	สมศรี สุภาพพิติพร	20	10
-	ห้วงเก๊ก	ไท่เก๊ก	-	20	20
-	ซึนสุข	ออกกำลัง	-	200	150
-	รำกระบี่	รำกระบี่	กาย	20	20
-	โยคะ	โยคะ	-	20	20
-	โยคะ	โยคะ	-	7	7
-	โยคะ	โยคะ	-	2	2
-	เต็นรำ	เต็นรำ	-	10	10

สรุปผลการสำรวจ

1. มีชมรมออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่างๆ จำนวนทั้งหมด 49 กลุ่ม
2. กิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่เป็นออกกำลังกายรำไทเก๊ก รองลงมาคือ จิบน้ำชา/พุดคุย และร้องเพลง/เต้นรำ ตามลำดับ
3. มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมด 3,195 คน
4. มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมและมาร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งหมด 1,887 คน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



1. ที่ทำการสวนลุมพินี
2. เวียนพาราซ่า
3. อาคารธรรมศาสตร์ 5 (เดิม)
4. สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
5. เวียนพาราซ่า
6. ศูนย์ฝึกกองทัพบกทหารบก
7. อาคารเรียนการศึกษาระดับ
8. เทนนิส
9. ศาลาไทยสถาน
10. ศาลาเปลี่ยนเสียง
11. หอสมุดประชาชนลุมพินี
12. ศาลาการกีฬา
13. อาคารรวมทิวทัศน์และสิ่งแวดล้อม
14. ศูนย์กีฬาในร่ม
15. สระว่ายน้ำ
16. ศูนย์เยาวชนลุมพินี
17. หอนาฬิกา
18. ศาลาจีน
19. โรงเรียนสวนลุมพินี
20. สถานีวิทยุกระจายเสียง กทม.
21. ศาลาเบเวอเรจ
22. สุขา
23. หอจดหมายเหตุ

- ไทเก๊ก
- บินซ่า - บุคคล
- ฝรั่ง
- หัวใจคนทรง
- แอโรบิค
- ตงกั่วผู้
- มังเฟล
- พวงมณี
- โยคะ
- วิชาการ
- บิน - พารา
- ศิลปะ - เต้นรำ
- เหวียนจี
- แบดมินตัน
- ว่ายน้ำ



ผังบริเวณสวนลุมพินี (สวนลุมพินี)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวชลธิชา จันทร์คีรี เกิดวันที่ 17 กันยายน 2522 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัด ชลบุรี ในปีการศึกษา 2543 ปัจจุบันปฏิบัติงาน
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมิติเวช จังหวัด กรุงเทพมหานคร
ปัจจุบันกำลังศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปีการศึกษา 2547 - ปัจจุบัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย