

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์อภิมาน



นายกัตติกา ณะชว่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTION BEHAVIORS AMONG OLDER PERSONS:  
A META-ANALYSIS

Mr.Kattika Thanakwang



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic year 2009


Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ :
	การวิเคราะห์ห่อภิมาณ
โดย	นายกัตติกา ณะขว่าง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

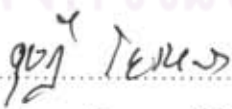
  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดุชนฎิ โยเหลา)

กัตติกา ณะชว่าง : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: การวิเคราะห์อภิมาน (FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTION BEHAVIORS AMONG OLDER PERSONS: A META- ANALYSIS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 199 หน้า

การวิเคราะห์อภิมานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 2) ศึกษาปัจจัยและวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสังเคราะห์จากงานวิจัย ที่มีการตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2534-2552 จำนวน 48 เล่ม เครื่องมือที่นำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบคัดเลือกงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบสรุปคุณลักษณะงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Borenstein และคณะ (2009) ได้ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จำนวน 251 ค่า ผลการสังเคราะห์งานวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต (77%) ในสาขาวิชาการพยาบาล (77%) ตีพิมพ์เผยแพร่มากที่สุดในช่วงปี 2540-2550 (77%) เครื่องมือวัดตัวแปรของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง (94%) คุณภาพโดยรวมของงานวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (73%) โดยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปีค.ศ 1996 (75%)

2. ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=0.596$ ) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $\bar{r}=0.554$ ) การรับรู้สมรรถนะของตน ( $\bar{r}=0.540$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=0.526$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\bar{r}=0.526$ ) ส่วนปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ( $\bar{r}=0.490$ ) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=-0.465$ ) แรงจูงใจในตนเอง ( $\bar{r}=0.437$ ) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ( $\bar{r}=0.436$ ) และอิทธิพลระหว่างบุคคล ( $\bar{r}=0.432$ ) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ( $\bar{r}=0.364$ ) อิทธิพลทางสถานการณ์ ( $\bar{r}=0.361$ ) ความสำคัญของสุขภาพ ( $\bar{r}=0.360$ ) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ( $\bar{r}=0.358$ ) และความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ( $\bar{r}=0.321$ )

ข้อค้นพบในการวิเคราะห์อภิมานครั้งนี้ ให้ข้อสรุปที่ชี้ชัดถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อันเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดกระทำกับตัวแปรปัจจัยเหล่านี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา.....2552.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....



## 5177621036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : HEALTH PROMOTION BEHAVIORS / META-ANALYSIS / OLDER PERSONS

KATTIKA THANAKWANG: FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTION BEHAVIORS AMONG OLDER PERSONS: A META-ANALYSIS, THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 199 pp.

The purposes of this meta-analysis study were 1) to study research characteristics of factors related to health promotion behaviors among older persons, and 2) to identify and examine the standard index of factors that influence health promotion behaviors of older persons. Forty-eight correlational studies conducted in Thailand during 1991 to 2009 were recruited. Instruments using for data collection were study-selected form, research characteristic form, and quality evaluation form. Studies were analyzed using meta-analysis method guided by Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein (2009), yielding 251 effect sizes.

Results were as followings:

1. The majority of these studies were Master's thesis (77%) in the field of Nursing Science (77%), published during 1997 – 2007 (77%). Most instruments used in the selected research were tested for reliability and validity, and more than half of them were moderate quality. Most of the studies using Pender's health promotion model revised in 1996 (75%).

2. The important factors strongly related to health promotion behaviors among older persons with significance at 0.05 level were: activity-related affect ( $\bar{r} = 0.596$ ), self-esteem ( $\bar{r} = 0.554$ ), perceived self-efficacy ( $\bar{r} = 0.540$ ) perceived benefits of action ( $\bar{r} = 0.526$ ) and social support ( $\bar{r} = 0.526$ ). The important factors moderately related to health promoting behaviors among older persons with significance at 0.05 level were: religious belief related health ( $\bar{r} = 0.490$ ) perceived barriers to action ( $\bar{r} = -0.465$ ) self motivation ( $\bar{r} = 0.437$ ) cues to action ( $\bar{r} = 0.436$ ) interpersonal influences ( $\bar{r} = 0.432$ ) prior related behaviors ( $\bar{r} = 0.364$ ) situational influences ( $\bar{r} = 0.361$ ) the important of health ( $\bar{r} = 0.360$ ) knowledge of health ( $\bar{r} = 0.358$ ) and self locus of control ( $\bar{r} = 0.321$ ).

Findings of this meta-analysis evidently indicate the significant factors influencing health promotion behaviors. This is helpful for nursing interventions focusing on these important factors in order to promote the older persons to practice health promotion behaviors sustainably.

Field of Study : ..... Nursing Science .....

Academic Year : ..... 2009 .....

Student's Signature ..... *Kattika Thanakwang* .....

Advisor's Signature ..... *Jiraporn K. Wattana* .....

Co-Advisor's Signature ..... *Ch. J* .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจาก รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณ รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ รศ. ดร. ดุษฎี โยเหลา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการทำวิจัย รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณ Professor Dr. Borenstein สำหรับข้อชี้แนะในการวิเคราะห์ห่อภิมาณจากข้อมูล Correlational data ด้วยโปรแกรม Comprehensive Meta-Analysis (CMA ver. 2.0) รวมทั้งเพื่อนนิสิตร่วมรุ่น อาจารย์และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่มีส่วนช่วยเหลือเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
<b>บทที่</b>	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ .....	12
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ .....	30
บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ..	37
การวิเคราะห์ห่อภิมาน .....	42
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาน .....	61
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	63
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	65
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	66
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	100
สรุปผลการวิจัย.....	101
อภิปรายผลการวิจัย.....	103
ข้อเสนอแนะ.....	132
รายการอ้างอิง.....	134
ภาคผนวก.....	151
ภาคผนวก ก รายงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์.....	152
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	159
ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	178
ภาคผนวก ง จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	180
ภาคผนวก จ แผนภาพการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	186
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	199

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านลักษณะทั่วไป.....	75
2	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามแบบการวิจัย.....	77
3	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามการระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	78
4	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามตัวแปรอิสระ.....	78
5	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามการตั้งสมมุติฐานการวิจัย.....	79
6	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	79
7	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	80
8	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	81
9	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	81
10	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล.....	82
11	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามระยะเวลาในการเก็บข้อมูล.....	82
12	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ.....	83
13	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามสถิติที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์.....	83

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
14	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกตามเพศของกลุ่มตัวอย่าง.....	84
15	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกตามภาวะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย.....	84
16	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกตามตามทฤษฎีของเพนเดอร์.....	85
17	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกตามตามทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย.....	85
18	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	86
19	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ จำแนกรายด้าน.....	87
20	จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	87
21	จำนวน และร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคะแนนคุณภาพงานวิจัย.....	88
22	จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	89
23	ค่าดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์.....	92
24	ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรปัจจัยกำหนดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ .....	99

## สารบัญภาพ

ภาพประกอบที่		หน้า
1	รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง ปี 1996.....	19
2	วิธีการแปลงค่า r เป็นค่า Fisher's Z .....	57
3	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	64
4	แผนภูมิแสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	72
5	แผนภาพความสัมพันธ์รวมทั้งหมด ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	97
6	ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี ค.ศ. 1987 .....	130
7	ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี ค.ศ. 1996 .....	131

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมลงตามอายุชัวยอย่างเห็นได้ชัด ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพราะอายุถือเป็นปัจจัยเสี่ยงในด้านการเกิดโรค ทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2539; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล, 2542) ยิ่งมีอายุสูงขึ้นอัตราการเกิดโรคมกกว่าหนึ่งโรคจะสูงขึ้นควบคู่ไปกับความเสื่อมโทรมทั้งร่างกาย และจิตใจ จากโรคหรือกลุ่มอาการที่มากับความเสื่อม ประกอบกับถ้ามีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่สะสมมาตั้งแต่วัยหนุ่ม จะส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังได้มากเช่นกัน อันจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพา และภาวะทุพพลภาพ

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาหลายงานเมื่อไม่นานมานี้บ่งชี้ว่า ถึงแม้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ความเสื่อมถอย และภาวะทุพพลภาพ จะเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าสุขภาพที่ไม่ดีนั้นจะหลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อมีอายุสูงขึ้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวิถีชีวิตมีอิทธิพลมากกว่าปัจจัยทางด้านพันธุกรรมในการที่จะช่วยลดภาวะเสื่อมถอยและป้องกันโรคที่เกิดขึ้นจากการสูงวัยในผู้สูงอายุ (Minkler, Schauffler, & Clements-Nolle, 2000) ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ หรือสุรา สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพ ได้ถึง 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Resnick, 1998; Philips, Pruitt, & King, 1996)

การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้รับการยืนยันจากการศึกษาวิจัยหลายงานว่ามีความสำคัญต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Bowling, 2008, Ford et al., 2000; Etkin et al., 2006; Jette et al., 1999; Keysor & Jette, 2001; Miller & Iris, 2002; Prohaska et al., 2006; Rejeski & Mihalko, 2001; Resnick, 2001) และเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ (Chen et al., 2008; Colleen, 2000; Ruffing-Rahal, 1991) สำหรับประเทศไทยการส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญและจำเป็นต่อผู้สูงอายุ ด้วยเหตุผล 3 ประการ คือ

1) ผู้สูงอายุไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีอัตราการเกิดได้ลดลงอย่างมาก ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้อายุขัยของคนไทยยืนยาวขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุไทย ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีสัดส่วนร้อยละ 11.5 หรือประมาณ 7.3 ล้านคน ของจำนวนประชากรทั้งหมด (Institute for Population and Social Research, 2009) และจากการฉายภาพประชากรของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2546) คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 14.6 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด

2) ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทยประสบกับปัญหาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะแล้วผู้สูงอายุไทยมีโรคเรื้อรังประจำตัวประมาณ 2 โรค และพบว่าผู้สูงอายุบางคนมีโรคเรื้อรังในเวลาเดียวกัน 7-8 โรค (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตนพันธ์, 2551) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียจำนวนปีที่ มีสุขภาพดีไป นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา และอัตราตายที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2539; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543; สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551)

3) ผู้สูงอายุมีสัดส่วนการใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งต้องการการดูแลระยะยาว มากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2552; Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009) ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องใช้การรักษาพยาบาลทั้งการรักษาด้วยยา หัตถการและการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในการรักษาพยาบาลสูงมาก และส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมทั้งของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติโดยรวม

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ที่มาพร้อมกับอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ รวมทั้งภาวะสุขภาพของประชาชนไทยโดยรวม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551; Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009) ซึ่งโรคเรื้อรังหรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงสามารถป้องกันได้ โดยเป็นที่ยอมรับว่าการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพได้ รวมทั้งสามารถชะลอหรือลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้เช่นกัน (Colleen, 2000; Miller & Iris, 2002; Ruffing-Rahal, 1991) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงเป็นนโยบายหนึ่งในแผนผู้สูงอายุ



แห่งชาติ ที่รัฐบาลไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญ (Jitapunkul & Wivatvanich, 2009) โดยผลลัพธ์ที่มุ่งหวังของการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุคือการทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับวัย

การที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยกำหนดหลายประการ เพนเดอร์ (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) กล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีทั้งที่เป็นปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้ความสามารถตนเอง อิทธิพลด้านบุคคล และด้านสถานการณ์ นอกจากนี้ กรีน และครูเตอร์ (Green & Krueter, 1991) กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยปัจจัยนำคือ สิ่งที่เป็นพื้นฐานอยู่ในตัวบุคคล เช่น ความรู้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อคือ สิ่งที่เอื้อให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม และปัจจัยเสริมคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ และการมีแบบอย่างจากบุคคลอื่น เป็นต้น

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย มีการตื่นตัวเป็นอย่างมาก หลังจากที่มีคำประกาศกฎบัตรออกติดตามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเมื่อปีพ.ศ. 2529 (อดีตศักดิ์ จึงพัฒนาวดี, 2548) แต่การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาวิจัยมาประมาณ 18 ปี ซึ่งมีประมาณเกือบ 100 เรื่อง โดยเฉพาะการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล ในประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายหลังจากที่เพนเดอร์ (Pender, 1987) ศาสตราจารย์ทางการพยาบาล ได้เสนอกรอบแนวคิดทฤษฎีของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model - HPM) จึงทำให้พบว่าส่วนใหญ่ของการวิจัยทางการพยาบาล ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาเกือบ 2 ทศวรรษ (อริยา ทองกร, 2550; Tilokskulchai et al., 2004)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ที่เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของตนเอง ในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ให้บรรลุความสมบูรณ์ทางกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ (สมจิต หนูเจริญกุล, รวมพร คงกำเนิด และวัลภา ตันตโยทัย, 2553; Mccullagh, 2006; Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) ที่มุ่งเน้นส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่ดี อย่างไรก็ตามการจัดการระทำการพยาบาล (Nursing interventions) ที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือการจัดกระทำกับปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการออกแบบโปรแกรมที่มาจากบททบทวนวรรณกรรม หรือใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีจากต่างประเทศ องค์ความรู้ที่ชี้ชัดถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ทำให้ยังไม่สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากงานวิจัยมีความหลากหลายและมีข้อจำกัดของการวิจัยที่แตกต่างกัน ทำให้ได้ผลสรุปที่แตกต่างกัน ความรู้ในความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงกระจัดกระจาย ไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกัน ทำให้เป็นการยากที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดกระทำกับปัจจัยเหล่านี้ที่ตรงจุด ตรงประเด็น เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ จากประเด็นปัญหาดังกล่าว การรวบรวมงานวิจัยเพื่อนำมาสังเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน และสามารถนำไปอ้างอิงได้ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพและน่าเชื่อถือวิธีหนึ่งก็คือ การวิเคราะห์หรือภิมาน (Meta-analysis)

การวิเคราะห์หรือภิมานของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้ได้ข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นเทคนิคการวิเคราะห์งานวิจัยที่ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่อง ที่ศึกษาปัญหาเดียวกันมาหาข้อสรุปอย่างมีระบบเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความกว้างขวาง ลุ่มลึก และเชื่อถือได้มากกว่าผลงานวิจัยที่เป็นชิ้นเดียว โดยวิเคราะห์ผลการวิจัยแต่ละเรื่องให้อยู่ในมาตรฐานเดียวกันในรูปของดัชนีมาตรฐาน (Standard index) ได้แก่ดัชนีขนาดอิทธิพล (Effect size) และ/หรือดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; Beck, 1999; Friedman & Goldberg, 1996; Glass, McGaw, & Smith, 1981; Hunter & Schmidt, 2004; Schulze, 2007; Sutton & Higgins, 2008; Zwahlen, Renehan, & Eggar, 2008) เพื่อที่จะได้ทราบว่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรต้นหรือปัจจัยกำหนดมีผลต่อตัวแปรตามหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นปริมาณเท่าใด และมีนัยสำคัญหรือไม่ ซึ่งวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยแบบอื่นไม่สามารถเสนอผลการวิจัยได้ชัดเจนเช่นนี้ และสามารถสรุปเชื่อมโยงผลจากการวิจัยหลายๆ เรื่อง เข้าด้วยกันได้โดยผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่ได้ไม่ถูกแทรกแซงด้วยความคิดเห็นส่วนตัวของผู้วิจัย (Borenstein et al., 2009; Hunter & Schmidt, 2004; Rosenthal & DiMatteo, 2001) ผลจากการวิเคราะห์หรือภิมานจะได้ข้อค้นพบและข้อสรุปที่เป็นองค์ความรู้ใหม่จากงานวิจัยที่มีอยู่เดิม

เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล ในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นับเป็นการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยอย่างคุ้มค่ากับการลงทุน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีทฤษฎีหรือทฤษฎีของงานวิจัยทางการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย (อริยา ทองกร, 2550; Tilokskulchai et al., 2004) แต่การศึกษาเหล่านี้มุ่งเน้นงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอริในประชากรทุกกลุ่มอายุ อย่างไรก็ตามมีนักวิชาการหลายท่านชี้ว่า ความแตกต่างกันทางด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลทำให้ค่าขนาดอิทธิพลของการศึกษาแต่ละงานที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรเดียวกันมีความแตกต่างกัน ทำให้ขาดความเป็นเนื้อเดียวกัน (Heterogeneity) ซึ่งเป็นความลำเอียง (Bias) อย่างหนึ่ง ที่มีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อสรุปของผลการวิเคราะห์หรือทฤษฎี (Borenstein et al., 2009; Hunter & Schmidt, 2004; Magarey, 2001) ดังนั้นการขจัดผลกระทบที่เกิดจากตัวแปรกวนในความแตกต่างทางด้านอายุนี้ จึงมีความสำคัญและเป็นประเด็นที่น่าสนใจ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการวิเคราะห์หรือทฤษฎีของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยที่มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากรผู้สูงอายุเท่านั้น เนื่องจากถึงแม้ว่าการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพและการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมากลับพบว่าผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ (Resnick, 2003) สอดคล้องกับการสำรวจและการศึกษาในประเทศไทย ก็พบว่าผู้สูงอายุขาดการเตรียมตัวทางด้านสุขภาพก่อนถึงวัยสูงอายุ และละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกาย การตรวจเช็คร่างกายประจำปี เป็นต้น (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, 2549; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) การวิเคราะห์หรือทฤษฎีในครั้งนี้จะช่วยให้ได้รับคำตอบที่น่าเชื่อถือ ในข้อสรุปที่เป็นความรู้ใหม่ที่ตัวแปรหรือปัจจัยกำหนดตัวใดที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพอื่นๆ ในเชิงวิชาการนำไปเป็นแนวทางในการจัดกระทำกับตัวแปรปัจจัยเหล่านั้น ในการพัฒนาส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง หรือมีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร

2. มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านั้นกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านด้านคุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัย ด้านเนื้อหาสาระของการวิจัย ด้านวิธีวิทยาการวิจัย และด้านคุณภาพงานวิจัย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis) ในงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) เนื่องจากเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่นิยมอย่างแพร่หลายในการวิจัยทางการพยาบาล หรือทางด้านสาธารณสุข (อริยา ทองกร, 2550; Tilokskulchai et al., 2004) โดยเลือกงานวิจัยที่ศึกษาในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2534 – พ.ศ. 2552 เลือกเฉพาะงานวิจัยเชิงปริมาณที่เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เท่านั้น โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ตั้งแต่ 3 ด้านขึ้นไป และเป็นงานวิจัยที่มีค่าสถิติเพียงพอที่สามารถนำมาคำนวณหาค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein (2009)

ตัวแปรที่ศึกษา คือ

(1) ตัวแปรอิสระ คือ คุณลักษณะงานวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณลักษณะทั่วไป ด้านวิธีวิทยาการวิจัย และด้านเนื้อหาสาระการวิจัย

(2) ตัวแปรตาม คือ ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อสร้างเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีศักยภาพในการ ดำเนินชีวิตและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบคลุม 6 ด้าน ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยมีการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคโดยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และมีการใช้ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดีของตนเองและป้องกันโรค

2. กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) หมายถึง พฤติกรรมหรือการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ที่ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย โดยการประเมินถึงวิธีการ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล

3. ด้านโภชนาการ (Nutrition) หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ลักษณะนิสัยในการรับประทานและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

4. การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ และช่วยให้ตนเองเกิดความภาคภูมิใจ เห็นว่าตนเองนั้นมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี ซึ่งจะช่วยลดความเครียดสามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต เป็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความหมายในชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และการเตรียมตัวกับการเผชิญกับความตาย รวมถึงการยึดในหลักคำสอนของศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต

6. การจัดการความเครียด (Stress management) หมายถึง การปฏิบัติของผู้สูงอายุที่กระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด สามารถปรับตัวได้ โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ



**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง ตัวแปรหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยแบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987; Pender, 1996) ประกอบด้วย ด้านปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ด้านความรู้ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์

**ปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล** หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา เช่น เพศ อายุ การมีโรคเรื้อรังประจำตัว ระยะเวลาและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงจูงใจในตนเอง และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

**ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต** หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุเคยกระทำมาในอดีต ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และความรู้สึกต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้นในปัจจุบัน เช่น การออกกำลังกาย หรือการรับประทานอาหาร เป็นต้น

**ปัจจัยทางด้านความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้ความเข้าใจต่อสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การเห็นความสำคัญของสุขภาพ ตลอดจนความเชื่อต่อการควบคุมสุขภาพ ทั้งความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจคนอื่น และความเชื่ออำนาจในโชคชะตา

**ปัจจัยด้านการรับรู้ และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุต่อการกระทำกิจกรรม และต่อภาวะการณ์แวดล้อมรอบตัว ที่ส่งผลต่อการจูงใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม

**ปัจจัยทางด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์** หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมที่มีอิทธิพลต่อความคิดและการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการเห็นเป็นแบบอย่าง รวมทั้งสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

**การวิเคราะห์ห่อภิมาณ** หมายถึง วิธีวิทยาที่ใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณในประเทศไทย และการวิเคราะห์ทางสถิติในเรื่องเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลบนฐานข้อมูลเชิงความสัมพันธ์ (Effect sizes based on correlational data) ตามวิธีของ Borenstein และคณะ (Borenstein et al., 2009)

**ค่าดัชนีมาตรฐาน** หมายถึง ค่าขนาดของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เป็นการแสดงถึงปริมาณความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หรือค่าสถิติอื่นที่นำมาแปลงเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ จากงานวิจัยแต่ละเรื่องนำมาคำนวณตามวิธีการของ Borenstein และคณะ (Borenstein et al., 2009)

**คุณลักษณะงานวิจัย** หมายถึง ข้อมูลของงานวิจัยแต่ละเรื่องที่นำมาสังเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ตามแนวคิดของนางลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช (2541) และนางลักษณ์ วิรัชชัย (2542) ได้แก่

**ด้านคุณลักษณะทั่วไป** หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ชื่องานวิจัย ประเภทของงานวิจัย หน่วยงานที่ผลิต คณะที่ผลิต สาขาที่ผลิต ปีที่พิมพ์ เผยแพร่ จำนวนหน้าทั้งหมด จำนวนหน้าไม่รวมภาคผนวก และจำนวนผู้วิจัย

**ด้านวิธีวิทยาการวิจัย** หมายถึง ข้อมูลของระเบียบวิธีวิจัยงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ รูปแบบของงานวิจัย จำนวนตัวแปรอิสระ จำนวนตัวแปรตาม การตั้งสมมุติฐานในงานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ และประเภทสถิติทดสอบที่ใช้ในงานวิจัย

**ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย** หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย ได้แก่ กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศของกลุ่มตัวอย่าง ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และประเภทของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูล 5 ด้าน คือ ด้านปัจจัยพื้นฐาน ด้านบุคคล ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ด้านความรู้ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพ

ด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์

**คุณภาพงานวิจัย** หมายถึง ระดับความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องเหมาะสม ชัดเจนและถูกต้องตามแบบการวิจัยและวิธีวิทยาการวิจัย รวมทั้งข้อสรุปของเนื้อหาสาระข้อค้นพบที่ได้จากรายงานการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการหรือการปฏิบัติ ของรายงานการวิจัยที่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ โดยคุณภาพการวิจัยนี้ประเมินจากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินงานวิจัยของ ปิยะฉัตร ฉ่ำชื่น (2547) อริยา ทองกร (2551) และฟองคำ ติลอกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้กำหนดนโยบาย และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ นำไปกำหนดนโยบาย แผนงาน ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี (Healthy aging) ต่อไป

2. ได้ข้อมูลของตัวแปรหรือปัจจัยสำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ในการจัดโปรแกรมหรือการคัดกระทำ (Nursing interventions) กับตัวแปรเหล่านั้น เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดียิ่งขึ้น

3. ให้ข้อสรุปเกี่ยวกับองค์ความรู้จากการสังเคราะห์งานวิจัยในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อแนวทางการศึกษาวิจัย โดยเฉพาะเรื่องช่องว่างขององค์ความรู้ มิติหรือประเด็นที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม และทิศทางสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ตามแนวคิดและวิธีการของ Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein (2009) ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
  - 1.1 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
  - 1.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
  - 1.3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)
  - 1.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ
  - 1.5 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ
3. บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 4.1 ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 4.2 คุณลักษณะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 4.3 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 4.4 ขั้นตอนในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
  - 4.5 วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของตามแนวคิดของ Borenstein et al. (2009)
  - 4.6 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 1.1 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการสนใจศึกษาวิจัยกันอย่างแพร่หลายมาเกือบ 3 ทศวรรษ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) จากการศึกษาและทบทวนเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) ไว้หลากหลาย ดังนี้

เลวิน (Levin, 1981) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นวิถีชีวิตของบุคคลในการกระทำกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ที่กระทำด้วยตนเองเพื่อประโยชน์ในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

กอกชแมน (Gochman, 1982) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การที่บุคคลลงมือกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของตนเอง ผ่านการกระทำกิจกรรมทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน เช่น เรื่องเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงกิจกรรมสิ่งที่สังเกตไม่ได้ ที่ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่นๆ เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้และการรับรู้ เป็นต้น

ซิมมอนส์ (Simmons, 1990) ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติตัวของบุคคลที่ใช้ในการยกระดับหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวัน

พาแลงค์ (Palank, 1991) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมที่เริ่มต้นโดยทุกคนในทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มภาวะความเป็นอยู่ที่ดี ความสำเร็จของตนเอง และความสำเร็จของบุคคล เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำ การมีกิจกรรมเวลาว่าง การพักผ่อน มีโภชนาการที่เหมาะสม กิจกรรมลดความเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

กรีน และกรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นผลรวมของการสนับสนุนสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและเกิดสภาพการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีของบุคคล

เมอร์เรย์ และเซนท์เนอร์ (Murray & Zentner, 1993) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า ประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับและพัฒนาสุขภาพของ



บุคคลให้ดีขึ้น อันนำไปสู่การบรรลุถึงความผาสุก รวมทั้งเกิดศักยภาพที่สูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม

เพนเดอร์ (Pander, 1996) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันของบุคคล เพื่อคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนในทางบวก ที่ก่อให้เกิดความผาสุกของชีวิต และควรมีคุณค่าในตนเอง อันเป็นการส่งเสริมให้บรรลุถึงภาวะสุขภาพที่ดี และมีภาวะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2542) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมใดๆ ก็ตามของบุคคลที่เชื่อว่าเป็นสิ่งที่กระทำแล้วทำให้ตนเองมีสุขภาพดี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุระดับของสุขภาพที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรงเพิ่มมากขึ้น

สรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่บุคคลปฏิบัติในวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อสร้างเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันนำไปสู่สุขภาพ ภาวะความผาสุก และเกิดศักยภาพสูงสุดของบุคคลนั้นๆ

## 1.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีองค์ประกอบหลายด้านที่เป็นแบบสหมิติ (Multidimensional) ทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Biospsychosocial) โดยมีนักวิชาการได้ให้ความหมายและให้องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้

เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2528) ได้กล่าวถึงหลักสำคัญ 4 ประการ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยบุคคลควรต้องมีพฤติกรรมดังต่อไปนี้

1) กินเป็น หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ถูกหลักอนามัย ได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกาย ไม่มากไม่น้อยเกินไป หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มัน หรือเค็ม งดการดื่มชา กาแฟ และสุรา

2) นอนเป็น หมายถึง การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอ โดยจำนวนชั่วโมงการนอนขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคน

3) อยู่เป็น หมายถึง วิธีการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารให้ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง รู้วิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสม

4) สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคม โดยการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม และทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม จะทำให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วอลเกอร์ เซคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1995) กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมที่มีหลายมิติที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม และได้พัฒนาแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health-Promoting Lifestyle Profile II) ที่พัฒนาปรับปรุงมาจากต้นฉบับแรก (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) หมายถึง การสนใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรับผิดชอบเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง การสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือการปรึกษากับเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

2) ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical activity) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว และใช้พลังงาน เช่น การออกกำลังกายเต็มรูปแบบ การออกกำลังกายระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกายในยามว่าง การมีกิจกรรมสันทนาการต่างๆ หรือการทำกรบ้าน เป็นต้น

3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร การควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ การรับประทานที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เช่น การรับประทานธัญพืช การรับประทานผักและผลไม้ การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ เป็นต้น

4) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) หมายถึง การแสดงออกถึงความ สามารถของบุคคลในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และช่วยให้ตนเองเกิดความภาคภูมิใจเห็นว่า

ตนเองนั้นมีคุณค่าเกิดความรู้สึกที่ดี ซึ่งจะช่วยลดความเครียดสามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

5) การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงถึงความตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต เป็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความหมายในชีวิต ความรักความหวัง การให้อภัย และการเตรียมตัวกับการเผชิญกับความตาย รวมถึงการยึดในหลักคำสอนของศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิต ซึ่งเป็นความเกี่ยวเนื่องที่สำคัญของจิตวิญญาณ และเกี่ยวข้องกับชีวิต

6) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) หมายถึง การกระทำเพื่อลดความตึงเครียด ก่อให้เกิดความผ่อนคลาย รวมทั้งการพักผ่อนให้เพียงพอ มีการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม เช่น การหาเวลาพักผ่อนคลายเครียดในแต่ละวัน เป็นต้น

จากการศึกษาความหมายและแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

### 1.3 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

#### 1.3.1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ปี ค.ศ. 1987

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้เสนอทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งอธิบายวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้อันประกอบด้วยความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Outcome expectancies) จากทฤษฎีการให้คุณค่าการคาดหวัง (Expectancy-value theory) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy expectancies) จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) เพนเดอร์ เน้นกระบวนการด้านความรู้ ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ (Cognitive – Perceptual Factors) ปัจจัยส่งเสริม (Modifying Factors) และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Cues to Action)

1.3.1.1 ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ (Cognitive – Perceptual Factors) เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยแต่ละตัวจะส่งอิทธิพลโดยตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1) ความสำคัญของสุขภาพ (The importance of health) บุคคลที่รับรู้คุณค่าของสุขภาพจะมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ เข้าหาแหล่งบริการทางด้านสุขภาพ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ไม่ตระหนักความสำคัญของสุขภาพ

2) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control) เป็นความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลจากการกระทำของตนเอง ผลจากการได้รับอิทธิพลมาจากผู้อื่น หรือเป็นผลมาจากความบังเอิญหรือโชคชะตา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมสุขภาพของตนเอง เป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั่นเอง แสดงว่าเป็นผู้มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ในขณะที่ผู้เชื่ออำนาจภายนอกตนเองจะเชื่อหรือรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากผู้อื่น ความบังเอิญหรือโชคชะตา ผู้มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเอง

3) การรับรู้ความสมรรถนะของตน (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อที่บุคคลมีทักษะและความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ ได้บรรลุผลสำเร็จ และพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ

4) คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health) ผู้ให้ความหมายของสุขภาพแตกต่างกันจะมีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน ถ้าบุคคลให้ความหมายของสุขภาพหมายถึง การปรับตัวหรือความคงที่ (Adaptation or stability) จะมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมป้องกันการโรค ส่วนบุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพในทางบรรลุเป้าหมายในชีวิต จะมีพฤติกรรมที่เริ่มกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

5) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม โดยผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับไม่ดี

6) การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceive benefits of health promoting behavior) เป็นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่รับรู้ประโยชน์มากกว่า จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์

น้อยกว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้มีการดำเนินกิจกรรมไปอย่างต่อเนื่อง และง่ายขึ้น

7) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceive barriers of health promoting behavior) เป็นการรับรู้ต่ออุปสรรคขัดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ไม่มีเวลา หรือความยากลำบากของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ระยะที่ห่างไกลจากสถานที่ที่จะกระทำกิจกรรม ทำให้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง

1.3.1.2 ปัจจัยส่งเสริม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านปัจจัยความรู้ – การรับรู้ และมีผลโดยตรงต่อปัจจัยความรู้ – การรับรู้ ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

1) คุณลักษณะด้านประชากร (Demographic characteristics) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้

2) ลักษณะทางชีวภาพ (Biological characteristics) ได้แก่ สัดส่วนของร่างกายและน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) ได้แก่ ความเชื่อถือบุคคลอื่น แบบแผนการใช้บริการสุขภาพครอบครัว หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในทางตรงและทางอ้อม

4) ปัจจัยสถานการณ์ หรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่าไปถึงทางเลือกต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพเข้าถึงการใช้บริการได้ง่าย การมีทางเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมได้หลายทางจะช่วยเพิ่มโอกาสของการตัดสินใจให้มากขึ้น รวมทั้งความสะดวกสบายในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นด้วย

5) ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Behavior factors) ได้แก่ ประสิทธิภาพในอดีตที่เคยปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีส่วนช่วยให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น

1.3.1.3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Cues to action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอกที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สิ่งชักนำภายใน ได้แก่ การที่บุคคลตระหนักถึงความรู้สึกสุขสมบูรณ์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากความพยายามในการเริ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ผลของการออกกำลังกายทำให้รู้สึกดีขึ้น (feeling good) จะเป็นสิ่งชักนำภายในให้มีพฤติกรรมออกกำลังกายต่อไป ส่วนสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ การสนทนากับบุคคลอื่น



ถึงแบบแผนของการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลดังนี้ คือ ปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ จะมีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยพื้นฐาน จะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ดังกล่าวมาแล้ว และสิ่งชักนำการกระทำจะช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้น

### 1.3.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ปี ค.ศ. 1996

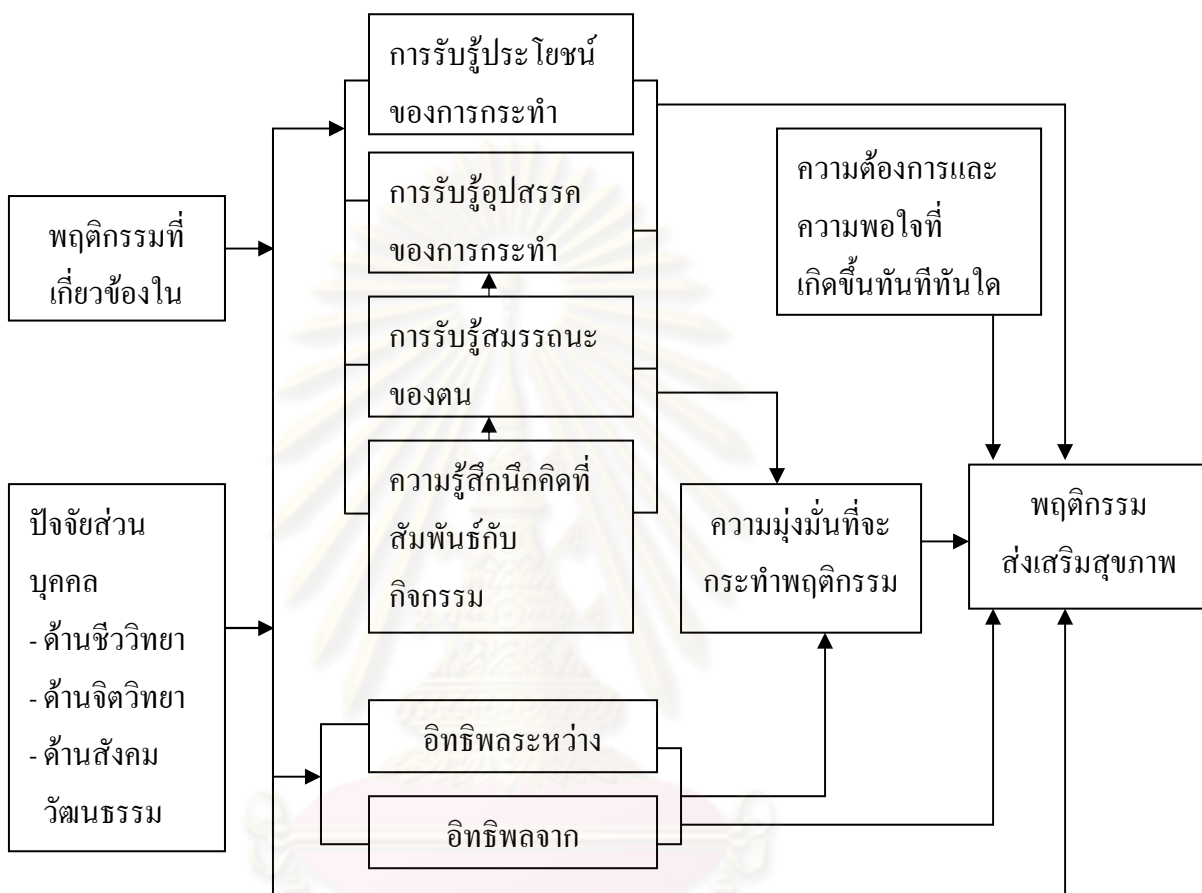
ต่อมา เพนเดอร์ (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ได้พัฒนาปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยพัฒนามาจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยต่างๆ ที่เกิดจากการทดสอบแบบจำลองโดยการศึกษาดัวแปรหรือมโนทัศน์ย่อยๆ ในแบบจำลอง ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้ปรับปรุง ในปี ค.ศ. 1996 นี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างมโนทัศน์ต่างๆ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังแผนภาพที่ 1 รวมทั้งแนวทางในการสร้างสมมติฐานสำหรับการนำไปทดสอบหรือการทำวิจัยตลอดจนผสมผสานผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะและ  
ประสบการณ์  
ของแต่ละบุคคล

ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจและ  
ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะต่อ  
พฤติกรรม

ปัจจัยด้านผลลัพธ์  
ของพฤติกรรม



ภาพที่ 1: รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (ที่มา: Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006, p. 50)

มโนทัศน์หลักของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล อารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม โดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ดังนี้

1.3.2.1 ด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristics and experiences) ในแต่ละบุคคลจะมีคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์

ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีผลกระทบต่ออาการกระทำที่ตามมาภายหลัง ประกอบด้วย พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต และปัจจัยส่วนบุคคล

#### 1.3.2.1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior)

พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในอดีตมีผลทำนายนายการมีพฤติกรรมที่ดีคือ ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกันหรือพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันในอดีตที่ผ่านมา พฤติกรรมในอดีตส่งผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อม ที่นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมาต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันอาจเกิดการสร้างนิสัยซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยอัตโนมัติ โดยอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัยขึ้น และจะยิ่งหนักมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผ่านการรับรู้สมรรถนะในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม

#### 1.3.2.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นตัวทำนาย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปัจจัยหนึ่ง โดยในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดประจำเดือน ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย
- 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง
- 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วรรณนา วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ

โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าว มีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และอารมณ์ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลทั้งโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และทางอ้อมผ่านปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และอารมณ์ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม

#### 1.3.2.2 ด้านความรู้ ความเข้าใจ และอารมณ์ความรู้สึกที่

เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) เป็นตัวแปรที่สำคัญในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยได้รับการพิจารณาว่ามีความสำคัญในด้านการจูง

ใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป็นมโนทัศน์สำคัญสำหรับพยาบาลที่จะนำไปจัดกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย 4 ปัจจัยสำคัญ คือ

1.3.2.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) การวางแผนของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับ หรือจากผลของการกระทำที่อาจจะเกิดขึ้น ประโยชน์ที่เคยได้รับจากการปฏิบัติจะแสดงออกทางจิตใจ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง โดยประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์จากภายใน เช่น การเพิ่มความตื่นตัว ความสนุกสนาน หรือการลดความรู้สึกเมื่อยล้า และประโยชน์จากภายนอก เช่น การได้รับรางวัลเงินทอง สิ่งของ หรือโอกาสของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะแรกนั้นประโยชน์จากภายนอกจะเป็นที่รับรู้มากกว่า แต่ประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า

1.3.2.2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived barriers to action) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเนก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น

1.3.2.2.3 การรับรู้สมรรถนะของตน (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสมรรถนะของตนเองเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรม โดยเมื่อ

บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้ และรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองมีสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูง จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพล โดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ และความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

1.3.2.2.4 ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม (Activity-related affect) เป็นความรู้สึกของบุคคลในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีกิจกรรม ระหว่างที่ ปฏิบัติกิจกรรม และเกิดขึ้นภายหลังจากปฏิบัติกิจกรรมนั้นแล้ว เป็นพื้นฐานของการกระตุ้น พฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองของความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือ มาก การตอบสนองของ ความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของ กิจกรรมหรือพฤติกรรม (activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (context-related) ความรู้สึก ที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงใน การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

1.3.2.2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดและการปฏิบัติของ บุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายรวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐาน ของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทาง สังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และ การเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมี อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดย ผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

1.3.2.2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์ หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือ ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ



หมายความรวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมใน สภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ

### 1.3.2.3 ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior outcomes) ความตั้งใจ

ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะ ผลักดันให้บุคคลเข้าสู่การปฏิบัติพฤติกรรมและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม นอกจากนี้จะมีความ ต้องการอื่นเข้ามาแทรก ทำให้บุคคลนั้นไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ตั้งใจไว้ ประกอบด้วย

1.3.2.3.1 การมุ่งมั่นที่จะกระทำตามแผน (Commitment to a plan of action) เกิดจากกระบวนการทางความคิดของบุคคล ที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจ และกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความมุ่งมั่น ต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.3.2.3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (Immediate competing demands and preferences) เป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่จะกระทำตามความต้องการกับความพอใจที่เกิดขึ้นทันทีทันใด จากสภาพแวดล้อมที่บุคคลไม่สามารถ คาดการณ์ได้ล่วงหน้า หรือสามารถควบคุมได้น้อย พฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใดก่อนที่จะเกิด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ พฤติกรรมอื่นเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเองและความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยทันทีโดยการมุ่งกระทำตามความจำเป็นอื่นถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่อยู่ เหนือตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลสามารถควบคุมได้น้อยเนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมี อิทธิพลในระดับปานกลางต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ตามความจำเป็นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น ไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อย เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อยจะแสดง ว่าบุคคลพยายามมาหาเหตุผลมาอ้าง เพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.3.2.3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behaviors) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้าย หรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ อย่างไรก็ตามพึงระลึกเสมอว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก (Attaining positive health outcomes) ของผู้รับบริการโดยตรง สามารถนำไปใช้ได้ในทุกแง่ทุกมุมของการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้เกิดประสบการณ์ทางด้านสุขภาพในทางบวกไปตลอดช่วงชีวิต ผลที่ได้ตามมาก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ ซึ่งแนวทางในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ (Health responsibility) 2) กิจกรรมทางกาย (Physical activity) 3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations or interpersonal support) 5) การจัดการกับความเครียด (Stress management) และ 6) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual actualization or spiritual growth)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากในปัจจุบันพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากความเสื่อมถอยของตัวผู้สูงอายุเองและจากการที่ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังประจำตัวมากขึ้น ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี

#### 1.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนถือว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) แล้ว (Institute for Population and Social Research, 2009; Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009) และจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปในทิศทางเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ประกอบกับสภาพแวดล้อมและสังคมที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านการปรับตัว ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพ และถ้ามีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแล้ว ก็ย่อมจะเกิดการเจ็บป่วยได้ หรือโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่แล้ว ก็จะเป็นไปในทิศทางลบหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ดังนั้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะนำไปสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยการปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006; Walker, Sechrist, & Pender, 1995) มีดังนี้คือ

**1.4.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility)** เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยขึ้นอยู่กับความใส่ใจที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพของบุคคลซึ่งแตกต่างกันไป พฤติกรรมด้านนี้ ได้แก่ การสนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และแหล่งปัจจัยหรือทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ตนเองมีสุขภาพดี มีการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกายและไปพบแพทย์เมื่อมีอาการตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม ตลอดจนขอคำปรึกษาคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ โอเร็ม และ เทเลอร์ (Orem & Taylor, 1986) กล่าวว่าความสนใจหรือใส่ใจเป็นพลังงานเฉพาะหรือศักยภาพหนึ่งในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยความใส่ใจหรือรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถกระทำได้หลายด้าน เช่น การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และอ่านหนังสือหรือเอกสารแผ่นพับในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การพูดคุยกับเพื่อน / เพื่อนบ้าน ชักถามปัญหาและขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรคได้ โดยในปัจจุบันนี้ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ผู้สูงอายุสามารถได้รับข้อมูลข่าวสารตามสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น ความรับผิดชอบต่อสุขภาพยังเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การตรวจสุขภาพประจำปี หรือการพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น การตรวจร่างกายจะทำให้ผู้สูงอายุรู้จักสภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น และยังเป็นการค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายได้ตั้งแต่ในระยะแรก ทำให้สามารถป้องกันและรักษาได้ทันที่ (Ebersole et al., 2005)

**1.4.2 กิจกรรมทางกาย (Physical activity)** เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยอาศัยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญ หรือใช้พลังงาน และเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย กิจกรรมทางกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้เพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นการดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อปอด และระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพ (Ebersole et al., 2005; Ruffing-Rahal, 1991; Sohng, Sohng, & Yeom, 2002) โดยปกติแล้วเมื่ออายุมากขึ้น ความสนใจในการออกกำลังกายจะลดลง เนื่องจากข้อจำกัดของร่างกาย กล้ามเนื้อและหัวใจ หรือเนื่องจากปัญหาจากโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น (Gill et al., 1997) อย่างไรก็ตามการออกกำลังกาย

กายถือเป็นกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จำเป็นต้องถือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และต้องเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของตนเอง ซึ่งควรเป็นการออกกำลังกายที่ธรรมดาหรือง่าย ๆ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์มากมายให้ยุ่งยาก และควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (aerobic exercise) เช่น การปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ เดินเร็ว เป็นต้น ความสำคัญอยู่ที่เวลาของการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีหรือมากกว่า และควรออกกำลังกายวันเว้นวัน หรืออาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง โดยการออกกำลังกายควรเป็นไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายอย่างแท้จริง และการผ่อนให้เย็นลง (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528; บรรลุ ศิริพานิช, 2537) การออกกำลังกายที่ถูกต้องและทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาวอย่างมีความสุข และชะลอความเสื่อมลงได้มาก (บรรลุ ศิริพานิช, 2537)

**1.4.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition)** เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและโรคที่เป็นอยู่ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทั้งภายในและภายนอก ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดปัญหาการรับประทานอาหารที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุจากการรับรู้รสและกลิ่นที่น้อยลง ปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน และระบบการย่อยและดูดซึมอาหารด้อยประสิทธิภาพลง ตลอดจนการขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และที่สำคัญยิ่งคือนิสัยการรับประทานอาหาร ที่ยึดติดกับความเชื่อหรือความคุ้นเคย ทำให้ผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารเฉพาะอย่างตามที่ตนเองพอใจมากกว่าความต้องการของร่างกาย ซึ่งส่งผลทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นได้ง่าย ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ผู้สูงอายุเองหรือผู้ดูแลควรให้ความสนใจ โดยผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารย่อยง่าย มีประโยชน์และคุณค่าอาหารครบทั้ง 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด ลดอาหารไขมัน ลดอาหารหวาน แต่ควรเพิ่มอาหารที่มีเส้นใย ผักผลไม้ เพื่อให้ภาวะโภชนาการวิตามินและแร่ธาตุอยู่ในภาวะสมดุล ตลอดจนทำให้ระบบการย่อยอาหาร การเผาผลาญอาหาร และการขับถ่ายในร่างกายมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ไกรสิทธิ์ ตันติศิริรินทร์, 2537; Pender, 1996) นอกจากนี้ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว และหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม และสุรา เป็นต้น

**1.4.4 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations)** เป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการให้และการรับ ยอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหา และมีการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ในวัย



สูงอายุจะมีเวลาว่างมาก เนื่องจากการหยุดประกอบอาชีพ เกษียณจากงาน บุตรหลานเติบโต เป็นหนุ่มสาวและแต่งงาน แยกครอบครัวหรือย้ายถิ่นไปอยู่ที่อื่น รวมทั้งการตายของเพื่อนสนิท สามีหรือภรรยา ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการทางสังคมในด้านต่างๆ ค่อนข้างสูง เช่น ความเป็น เพื่อน การมีกลุ่มบุคคลร่วมวัย การต้องการผู้สนใจ ยอมรับนับถือ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ทั้งวัยเดียวกันและต่างวัยในสังคม นอกเหนือไปจากสมาชิกใน ครอบครัวและญาติพี่น้อง (จิราพร มงคลประเสริฐ, 2445; วิลาวลัย ต่อปัญญา และคณะ, 2547; Boland, 1998; Cynthia, 1997; Fried et al., 2004) แม้ว่าศูนย์กลางของสัมพันธภาพทางสังคม จะเน้นในครอบครัวก็ตาม (Thanakwang, 2008) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม งานพิเศษหรือ งานอดิเรกที่ทำร่วมกับบุคคลอื่นก็เป็นหนทางสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลด้วย การแยกตัวออก จากสังคม เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีภาวะเครียด ซึมเศร้า คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า (Fiori, Antonucci, & Cortina, 2006) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน รวมถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพจะ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น คำปรึกษา คำตักเตือน กำลังใจ หรือการสนับสนุน ทางด้านการเงิน ซึ่งสามารถนำไปแก้ปัญหาที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่พฤติกรรม สุขภาพที่ดี

**1.4.5 การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth)** เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึง การมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและมีความจริงใจต่อ บุคคลอื่น มีความสงบและความพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ มีจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งในระยะสั้น และระยะยาว รวมถึงความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย (Pender, 1996) เป็นสิ่งที่ช่วยเกื้อหนุนให้บุคคลมีกำลังใจในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือดำเนินชีวิตประจำวัน ให้เป็นปกติสุข ช่วยให้ผู้เกิดความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม (Parker et al., 2002) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีการเจริญทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีหลากหลายวิธี ประกอบด้วย การเล่น การทำงาน การเรียนรู้ การศาสนา การร่วมกลุ่ม การเจริญเมตตา หรือการ สัมผัสธรรมชาติที่ทำให้บุคคลลดละความมีตัวตนเข้าถึงความดี ทำให้เข้าถึงสภาวะความสุขทาง จิตวิญญาณ (ประเวศ วรรสี, 2541; Chuengsatiansup, 2003) อันทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพ และจิตใจที่ดีขึ้น ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านนี้ ได้แก่ การรับรู้ความเป็นจริง สัจธรรม การยอมรับตนเอง การแสดงความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ตามสภาพธรรมชาติ การเอา ใจใส่และห่วงใยผู้อื่นและสังคม และสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างจริงใจและเข้าใจชีวิต



**1.4.6 การจัดการกับความเครียด (Stress management)** เป็นการกระทำที่แสดงถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมคลายเครียด หรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย เนื่องจากความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทำให้บุคคลไม่สุขสบายในการดำเนินชีวิต บุคคลจึงต้องพยายามผ่อนคลายความตึงเครียด และแก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างมีสติ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสุขสบายและสามารถคงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Pender, 1996) หากผู้สูงอายุไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้สูงอายุควรรู้จักเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ คือ การมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ หรือการหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความเครียด รวมถึงต้องรู้จักวิธีการจัดการกับความเครียด โดยการจัดการกับความเครียดเป็นการกระทำที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายลดความเครียดโดยการ 1) หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม แต่การเปลี่ยนนั้นจะต้องไม่มากเกินไป และมีการจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อลดความเร่งรีบหรือความกดดัน 2) การเพิ่มความคงทนต่อความเครียด ได้แก่ การออกกำลังกาย การรู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญปัญหาต่างๆ การรู้จักสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน 3) การหาวิธีเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น วิธีการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ นอกจากนี้การนอนหลับยังเป็นวิธีสำคัญวิธีหนึ่งซึ่งช่วยในการผ่อนคลายความตึงเครียดได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด, 2543)

### 1.5 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้มีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นตามลำดับ โดยเริ่มต้นจากวอคเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้สร้างเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตและสุขนิสัย (The Lifestyle and Health Habits Assessment - LHHA) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้สามารถประเมินวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยมีลักษณะข้อคำถามที่มีความหมายในทางบวก มีคำถามทั้งหมด 100 ข้อ ซึ่งวัดพฤติกรรม 10 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง โภชนาการ การออกกำลังกาย รูปแบบการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน จุดมุ่งหมายของชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการใช้บริการทางสุขภาพ ต่อมา วอคเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1987) ได้นำเครื่องมือ LHHA มาปรับปรุง

ใหม่ โดยการรวมเอาพฤติกรรมที่ซ้ำซ้อนและคล้ายคลึงเข้าไว้ด้วยกัน เรียกเครื่องมือนี้ว่า แบบประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile - HPLP) ซึ่งระยะเวลาต่อมา วอคเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1995) ได้นำแบบประเมิน HPLP มาปรับเปลี่ยนเป็นแบบประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 (Health Promoting Lifestyle Profile II - HPLP II) เพื่อให้เหมาะสมมากที่สุด โดยเป็นแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม มีข้อคำถาม 52 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด โดยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคโดยรวม .94 และรายด้านอยู่ในช่วง .86, .85, .80, .87, .86 และ .79 ตามลำดับ (Walker, Sechrist, & Pender, 1995) โดยเครื่องมือประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 ได้มีนักวิจัยทั้งในประเทศตะวันตก และในประเทศตะวันออก นำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ ว่าจะเป็น เด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ (Blacconiere & Oleckno, 1999; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) รวมทั้งมีการแปลและหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่สอดคล้องกับบริบทอีกหลายภาษาในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทย ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ได้นำแบบประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 ของ วอคเกอร์ และคณะ (Walker, Sechrist, & Pender, 1995) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด มาแปลเป็นภาษาไทย โดยใช้วิธีการแปลและแปลกลับ (Forward-backward translation) มีข้อคำถาม 52 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .90 และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดซ้ำ เก็บข้อมูลห่างกัน 1 สัปดาห์ (test - retest) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 นำมาประเมินกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ และวาสนา สารการ (2544) ได้ใช้แบบประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 ที่แปลเป็นภาษาไทย ของศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ในข้อคำถาม 52 ข้อ มาประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการวัดซ้ำ เก็บข้อมูลห่างกัน 1 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .93 และรายด้านอยู่ในช่วง .79 - .89 นอกจากนี้ยังได้มีผู้นำเอาแบบวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 ของ วอคเกอร์ และคณะ มาประยุกต์ดัดแปลง ในการสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น จิรวรรณ อินคัม (2541) ที่สร้างเครื่องมือประเมิน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีข้อความทั้งหมด 54 ข้อ โดยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .87 และนำเพชรหล่อตระกูล (2543) ที่สร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีข้อความทั้งหมด 46 ข้อ โดยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าโดยรวมเท่ากับ .91

กำไลรัตน์ เย็นชูจิต (Kamlairat Yensuchit, 2000) พัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทย ในกรุงเทพมหานคร โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และแบบประเมินวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 2 ของ วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker, Sechrist, & Pender, 1995) ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุไทย พบว่าเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทยทั้งหมดมี 52 ข้อ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) สุขภาพทางจิตวิญญาณ 3) การออกกำลังกาย 4) การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย 5) การจัดการกับความเครียด 6) การสุขภาพที่อยู่อาศัย และ 7) การปฏิบัติด้านโภชนาการ โดยเครื่องมือทั้งหมดมีค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในเท่ากับ .94 และของแต่ละองค์ประกอบเท่ากับ .71 - .94 ซึ่งแสดงถึงเครื่องมือนี้มีความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับดี นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนว่าเครื่องมือชุดนี้มีความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ สามารถนำไปใช้ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุไทยได้

## 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

จากกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ในโมเดลของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำเสนอตัวแปรหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

### 2.1 ปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล

#### 2.1.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา

**เพศ** เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านชีวภาพของบุคคล และเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม นอกจากนี้เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาท และบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย และยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เนื่องจากความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งมีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน นอกจากนี้เพศจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสรีระในบุคคล ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความต้องการดูแลตนเองแล้ว บทบาทของ

เพศย่อมมีส่วนสำคัญต่อการดูแลตนเองด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ แต่ผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน โดยบางการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุหญิงปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุชาย (สดีเส ศรีสอาด, 2540; Johnson, 1991) แต่ส่วนใหญ่ของการศึกษาในประเทศไทยกลับพบว่าผู้สูงอายุชายปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุหญิง (ขวัญใจ ต้นติววัฒนเสถียร, 2534; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; ศุภว รินทร์ หันกิตติกุล, 2539; Nongnuan Poolkasom, 2002; Sukanya Phoolphoklang, 2006)

**อายุ** อายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล อายุเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมภาวะจิตใจ การรับรู้ และอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ แต่ความสามารถดังกล่าวอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1995) เนื่องจากการมีอายุมากขึ้นจะมากับความเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ความแข็งแรงของร่างกายถดถอยลง การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง อายุจึงมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ (Lucas, Orshan, & Cook, 2000)

**ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเรื้อรัง** ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยทั่วไปบุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องมีการใช้บริการทางการแพทย์ในการรักษาโรค และมักมีโอกาสได้รับคำแนะนำ ชี้แนะ จากบุคลากรทางการแพทย์ให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับโรคที่เป็น อย่างไรก็ตามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็ขึ้นกับความรุนแรงของโรคที่เป็นด้วย รวมทั้งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นจากการศึกษาที่ผ่านมาจึงพบว่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sriyuktasuth, 2002) และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (อรอนงค์ สัมพัญญ, 2539)

## 2.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา

**การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง** การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพตนเอง เป็นรากฐานสำคัญที่มีอิทธิพลผลักดันให้เกิดแนวทางการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Lucas, Orshan, & Cook, 2000) เพนเดอร์ (Pender, 1987; Pender, 1996) กล่าวว่า การรับรู้สุขภาพของบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดี ก็มีความโน้มเอียงที่จะทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่า และจริงจังมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี

**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของมุมมองต่อตนเอง ของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นการประเมินและรู้สึกต่อตนเองทั้งคุณค่าทางบวก และคุณค่าทางลบ (Harter, 1999) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในทิศทางบวกนั้นไม่เพียงแต่จะเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพจิตที่ดี แต่เป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factor) ที่ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีพฤติกรรมในทิศทางบวกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมในทิศทางบวกหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ซึ่งจากการศึกษาระยะยาวของ McAuley et al. (2005) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

**แรงจูงใจในตนเอง** แรงจูงใจในตนเองเป็นปัจจัยด้านบุคคลในมิติทางด้านจิตวิทยา (Psychological factor) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยแรงจูงใจอาจเกิดจากทั้งปัจจัยภายในตนเองหรือปัจจัยภายนอก ที่มากระตุ้นผลักดันให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกนึกคิดในทิศทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้ที่มีความตระหนักในการดูแลตนเอง จะมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่ยืนยันว่าแรงจูงใจในตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Resnick, 1998; Shin et al., 2008; Wang, 1999)

### 2.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม

**สถานภาพสมรส** สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง ในการสนับสนุนให้มีภาวะสุขภาพดี และความผาสุกในชีวิต โดยเฉพาะคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรัก ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายกันอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลช่วยสนับสนุนและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง มีการศึกษาหลายงานที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หรือหย่าแยก (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; Lucas, Orshan, & Cook, 2000; Schone & Weinick, 1998) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีคู่สมรสจะได้รับการดูแล



ช่วยเหลือจากคู่สมรส ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติตัวและส่งเสริมการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ สนับสนุนให้รับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวที่ดีตามมา

**ระดับการศึกษา** ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะการศึกษามีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้อง เป็นผลให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางบวก โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี ในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Pender, 1987) จึงพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; สุภาวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538; Lucas, Orshan, & Cook, 2000)

**รายได้** รายได้เป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึง สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสแสวงหาและเข้าถึงระบบบริการและสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้น้อย จะมีข้อจำกัดในการแสวงหาหรือเข้าถึงสิ่งบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้สถานภาพทางเศรษฐกิจ ยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพ ในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีรายได้สูง จะเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนเอง ได้รับอาหารเพียงพอ รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง (Pender, 1987) รายได้จึงเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุได้ (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542)

**2.2 ปัจจัยด้านประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** เป็นประสบการณ์ในอดีตที่เคยปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีส่วนช่วยให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น ปัจจัยพฤติกรรมด้านพฤติกรรมในอดีต มีทั้งอิทธิพลโดยตรง กับอิทธิพลทางอ้อม ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) จากการศึกษาของ สดใส ศรีสอาด (2540) พบว่าการมีประสบการณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

## 2.3 ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อด้านสุขภาพ

**ความสำคัญของสุขภาพ** การเห็นความสำคัญของสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่าบุคคลเห็นความสำคัญ หรือเห็นคุณค่าของสุขภาพตนเอง จะมีแรงจูงใจในตนเองที่จะแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ เข้าหาแหล่งบริการทางด้านสุขภาพ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ จากการศึกษาของ ปีนนเรศ กาศอุดม และคณะ (2550) พบว่าผู้สูงอายุที่เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**การรับรู้การควบคุมสุขภาพ** การรับรู้ต่อสิ่งที่สามารถควบคุมสุขภาพนั้นเป็นความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเชื่อว่าสุขภาพเป็นผลจากการกระทำของตนเอง ผลจากการได้รับอิทธิพลมาจากผู้อื่น หรือเป็นผลมาจากความบังเอิญหรือโชคชะตา โดยมีการศึกษาหลายงานที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตนเอง (Pender, 1987) สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ ลีวรรณ อุณนาภิรักษ์ และปิยาณี คล้ายนิล (2550) ที่ยืนยันว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สูงกว่าความเชื่ออำนาจจากผู้อื่นและความเชื่ออำนาจความบังเอิญ และจากการศึกษาของ พรรณราย พิทักษ์เจริญ (2543) ที่พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการสูงอายุได้

## 2.4 ปัจจัยทางด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ตนกระทำจะก่อให้เกิดผลดีกับตน บุคคลนั้นจึงจะกระทำพฤติกรรมนั้นออกมา ดังนั้นในการที่จะเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้นจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำเพื่อเป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) ในขณะเดียวกันการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความมั่นคง และส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และการที่บุคคลจะวางแผนกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้นจะขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับหรือความคาดหวังผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นจากการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่น และประโยชน์ที่เคยได้รับจากการกระทำครั้งก่อนๆ จะเป็นพื้นฐานของแรงจูงใจที่สำคัญที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพ จากการศึกษาของ จิตรรา จันชนะกิจ (2541) และศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ต่างก็พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้

**การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคาดการณ์ถึงอุปสรรคจะมีผลโดยตรงต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ไปลดหรือหยุดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคถือเป็นการรับรู้สิ่งที่มาขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยที่มีผลกระทบต่อความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สุดต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ (Janz & Becker, 1984) การรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่เป็นประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้กระทำนั้นๆ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งกีดขวางไม่ให้คุณคนปฏิบัติพฤติกรรมหรือจูงใจให้คุณคนหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคมีมาก การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นก็เกิดขึ้นได้ยาก เมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็มีมากขึ้น (Pender, 1996)

**การรับรู้สมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ** การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีนัยสำคัญทั้งทางทฤษฎีและการปฏิบัติ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ (Grembowski et al., 1993) การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการตัดสินใจถึงความสามารถของบุคคลที่จะลงมือกระทำพฤติกรรม ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคที่จะกระทำ โดยบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง จะมีการรับรู้อุปสรรคในการกระทำกิจกรรมลดลง และจะให้ความร่วมมือที่จะลงมือปฏิบัติพฤติกรรม และทำให้บุคคลเกิดความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) ซึ่งการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) ในการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในผู้สูงอายุนั้น มีผู้ทำการศึกษาวี้อย่างมากมาย โดยหลายการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538; สดใส ศรีสอาด, 2540; Grembowski et al., 1993; McAuley et al., 2003a; Sohng, Sohng, & Yeom, 2002)

**ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม** เป็นภาวะความรู้สึกต่อการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลช่วยกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมีความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันจะทำให้เกิดการปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย โดยผลของความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ จะทำให้บุคคลมีความสนใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นในระยะยาว (จิราพร มงคลประเสริฐ, 2545; วิลาวลัย ต่อปัญญา และคณะ, 2547; Gauvin & Rejeski, 1993; McAuley, et al., 2003a; McAuley, et al., 2007; Rejeski & Mihalko, 2001)

## 2.5 ปัจจัยทางด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และด้านสถานการณ์

**อิทธิพลระหว่างบุคคล** รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยที่ส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน หรือแวดล้อมด้วยญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้านในชุมชน บุคคลเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อความคิด ทศนคติ ความเชื่อ และการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ เพนเดอร์ และคณะ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) กล่าวว่า บุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกัตติกา ธนะขำว้าง (Thanakwang, 2008) ที่พบว่า ทั้งครอบครัว และเครือข่ายเพื่อน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเพื่อนผู้สูงอายุวัยเดียวกัน จะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอในชุมชน

**การสนับสนุนทางสังคม** มีผู้กล่าวว่าเป็นที่รับรู้ทั่วกันว่าการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นสิ่งที่อยู่ในสังคมไทย อันเป็นสังคมแห่งพุทธศาสนา ผู้คนมีจิตใจเมตตา เพื่อแผ่อุปถัมภ์ซึ่งกันและกัน แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมนี้ สามารถนำมาอธิบายความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่างๆ ที่อยู่อาศัยในชุมชนเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน รวมทั้งหน่วยงานต่างๆ การช่วยเหลือเกื้อหนุนจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม (Thanakwang, 2008) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการได้รับการเกื้อหนุนจากบุคคลที่เป็นที่ยอมรับ การมีปฏิบัติสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะก่อให้เกิดความใกล้ชิดผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำ ความห่วงใย การกำลังใจ และการให้วัตถุประสงค์ของ มีการศึกษาหลายงานทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยยืนยันตรงกันว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (นำเพชร หล่อตระกูล, 2543; ศุภาวรินทร์ หันกิตติกุล,



2539; Adams et al., 2000; Thanakwang, 2008; Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996)

**อิทธิพลด้านสถานการณ์** การรับรู้และความคิดของบุคคล นอกจากได้รับอิทธิพลจากบุคคลแล้ว สถานการณ์ที่แวดล้อมตัวบุคคลก็มีอิทธิพลที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางต่อความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เช่นกัน (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) โดยบุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขาารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง ดังนั้นสถานการณ์ ภาวะแวดล้อม ทรัพยากรสิ่งอำนวยความสะดวก เป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการสังเคราะห์งานวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนไทยของฟองคำ ทิลกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) พบว่าอิทธิพลทางสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 3. บทบาทของพยาบาลกับการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของตนเอง ในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ให้บรรลุความสมบูรณ์ทางกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยการส่งเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทด้านหนึ่งของวิชาชีพพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, วัลภา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด, 2553; Mccullagh, 2006; Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) ที่มุ่งเน้นส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่พยาบาลผู้สูงอายุจะต้องมุ่งเน้นในการส่งเสริมการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ พยาบาลจึงควรตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ทั้งผู้สูงอายุทั่วไป ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาของร่างกาย พยาธิสภาพหรือภาวะของโรคที่เป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพะ คุณภาพชีวิตที่ดี และภาวะความเป็นอยู่ที่ดี

ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโดยเฉพาะพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทั้งในคลินิก และในชุมชน จึงมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สภาการพยาบาล, 2551; สุวีพร ธนศิลป์, 2551; Cotter & Strumpf, 2002) ดังต่อไปนี้



### 3.1 บทบาทในการดูแลรักษา (Direct Care)

เป็นบทบาทในการดูแลโดยตรงของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ที่สอดคล้องกับสภาวะ บริบทและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยบูรณาการความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ประสพการณ์และการตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วย บริบทสิ่งแวดล้อม ความเชื่อและวิถีชีวิต ผู้ดูแลหลัก รวมทั้งสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อประเมิน วินิจฉัยให้การบำบัด และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเลือกใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและเทคโนโลยีที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ให้การจัดการกระทำหรือบำบัดทางการพยาบาล (Interventions) ในกลุ่มอาการหรือปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อน โดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม โดยการจัดการกระทำพยาบาลที่มุ่งเกี่ยวกับการดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การหลีกเลี่ยงสารเสพติดต่างๆ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการจัดการกับความเครียด เป็นต้น (Cotter & Strumpf, 2002; O'Neill, 2002; Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง การจัดการตนเองที่ถูกต้อง รู้จักปกป้องตนเอง ให้มีสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต โดยการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพดีทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ และกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทั้งที่บ้าน หรือสถานบริการสาธารณสุข เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุด

### 3.2 บทบาทการให้คำปรึกษาทางคลินิก (Consultation)

เป็นบทบาทการให้คำปรึกษาทางคลินิก ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับสภาวะและความต้องการของผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และสมรรถภาพทางกายแก่ผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแล ซึ่งพยาบาลต้องอาศัยกระบวนการในการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม และพิจารณาการนำกระบวนการมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การพูดคุยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก การร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา เป็นต้น (O'Neill, 2002) โดยพยาบาลต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ หรือญาติผู้ดูแล เนื่องจากเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลผู้ที่มีสมรรถนะสูงจำเป็นต้องมี เป็นการแสดงบทบาทในการเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความรู้ ความสามารถ และความชำนาญทางด้านคลินิกในสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมถึงประชาชนผู้รับบริการ เพื่อร่วมมือแก้ไขปัญหาให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ดังนั้นบทบาท

การเป็นที่ปรึกษาของพยาบาล แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งญาติผู้ดูแล และบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นแหล่งประโยชน์ของผู้สูงอายุและบุคลากรในทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

### 3.3 บทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring)

เป็นบทบาทที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ และครอบครัวในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การเผชิญปัญหาสุขภาพกายและใจที่เกิดขึ้น โดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักในการพัฒนาความสามารถในการส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย จิตใจ และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแบบแผนการจัดกิจกรรมและการสอนอย่างมีระบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับตัวและสามารถดูแลตนเองหรือการจัดการตนเอง (Self management) ได้อย่างเหมาะสม การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health education) จะต้องปรับให้เหมาะสมกับความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรม โดยเริ่มจากการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและเป้าหมายชีวิต ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วม การจูงใจของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมโดยคำนึงถึงศักยภาพผู้สูงอายุ การใช้กลุ่มสนับสนุนซึ่งมีอยู่แล้วในชุมชน และการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงยังต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล รวมทั้งเป็นผู้สอน ฝึกและเป็นพี่เลี้ยง แก่นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติการทางคลินิกในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละรายอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อสร้างให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางทางคลินิก และเป็นผู้คอยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลที่ขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

### 3.4 บทบาทในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแล (Care Management)

เป็นบทบาทที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่มีการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติต่างๆ เพื่อพัฒนาและ

จัดระบบการดูแลอย่างเป็นระบบ ทั้งระบบใหญ่ และระบบการจัดการรายกรณี (Case management) การสร้างทีมการดูแลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในสถานบริการ โรงพยาบาล และในชุมชน สร้างระบบการเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง สร้างระบบติดตามดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม รวมทั้งการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ เพื่อให้ประโยชน์ในการติดตามและควบคุมคุณภาพการดูแล

### 3.5 บทบาทในการประสานงาน (Collaboration)

เป็นบทบาทผู้ประสานงานที่เป็นสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โดยเป็นการประสานความร่วมมือกับ พยาบาล แพทย์ บุคคลสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในทีมสุขภาพ รวมทั้งครอบครัวและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อเป็นการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งที่ในโรงพยาบาล และในชุมชนโดยมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตลอดจนเป็นการประเมินผลการดูแลและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ โดยการดูแลและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และตัวผู้สูงอายุเองมีบทบาทสำคัญยิ่ง ในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Thanakwang, 2008) การส่งเสริมให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ครอบครัวจะต้องให้การสนับสนุนผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสมเป็นเรื่องที่สำคัญ นอกจากนี้ชุมชนก็เป็นองค์กรหนึ่งที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การประสานงานดำเนินการโดยใช้กลุ่มที่จัดตั้งเป็นทางการ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ เช่น การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ในวัด หรือ โบสถ์ มัสยิด ซึ่งเป็นกลุ่มหนึ่งที่ยาบาลควรประสานงานในการส่งเสริมสุขภาพ โดยบูรณาการทุกภาคส่วนที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง

### 3.6 บทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

เป็นบทบาทที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุทุกกลุ่มทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการประเมินผล เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การบริการที่มีคุณภาพ และคุ้มค่าอย่างต่อเนื่อง นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ให้ได้คุณภาพและคุ้มค่า มีการพัฒนานวัตกรรมและระบบการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง และการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล และส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและ

ต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาล และร่วมกับเครือข่ายในระดับชุมชน รวมทั้งการรณรงค์ส่งเสริม การส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และโปรแกรมของชุมชน ในการให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

### 3. 7 บทบาทในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence- Based Practice)

เป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ในการติดตามรวบรวมผลการวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พยาบาลต้องมีความสามารถในการทำวิจัยและการใช้ผลการวิจัย รวมทั้งการนำผลงานทางวิชาการ นวัตกรรมทางการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่นำไปสู่การบรรลุผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ และใช้แนวปฏิบัติในการปฏิบัติงาน ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุด (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ การใช้เทคนิคใหม่ๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามสภาวะและบริบทของบุคคล โดยการนำหลักการการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน ผู้มีประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

### 3.8 บทบาทในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation)

เป็นขั้นตอนที่ตรวจสอบว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ผลหรือไม่ อย่างไร โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริการต่อผู้รับบริการกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่ได้วางไว้ในแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ ซึ่งถ้าผลลัพธ์ไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย สามารถปรับปรุงแก้ไขและดำเนินการใหม่ได้ การประเมินผลจะทำให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวัง จัดการ ประสานงาน และส่งต่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยมีการกำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลทางการพยาบาลสำหรับหน่วยงาน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น อัตราการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง สมรรถภาพทางกาย ภาวะสุขภาพ ความผาสุก หรือคุณภาพชีวิต เป็นต้น วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบ



ผลลัพธ์ของการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผล นำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ติดตามและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเผยแพร่วิธีการปฏิบัติ (สภาการพยาบาล, 2551; สุวีพร รัตนศิลป์, 2551) เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

### 3.9 บทบาทในการให้เหตุผลทางจริยธรรม และ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical Reasoning and Ethical Decision Making)

พยาบาลจะต้องมีความสามารถและตระหนักในการให้เหตุผลทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมอยู่เสมอ โดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ รวมทั้งสิทธิผู้ป่วย และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรม มาใช้ในการให้บริการพยาบาล ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงสิทธิ ศักดิ์ศรี และคุณค่าของความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ โดยบริหารจัดการด้านปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ และเคารพในการตัดสินใจของผู้สูงอายุ และให้บริการการพยาบาลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีการทำผิดมาตรฐาน หรือ จรรยาบรรณวิชาชีพ และมีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล ทั้งนี้ก็ต้องอยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้องเหมาะสมกับครอบครัว สังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วยในแต่ละรายเป็นสำคัญ (สภาการพยาบาล, 2551; สุวีพร รัตนศิลป์, 2551)

### 4. การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-Analysis)

การสังเคราะห์การวิจัยโดยใช้วิธีการ Meta-Analysis เป็นที่นิยมในประเทศตะวันตกมา มากกว่า 3 ทศวรรษ (Nugent, 2009; Schmidt, 2008; Shelby & Vaske, 2008; Sutton & Higgins, 2008) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาโดยใช้วิธีการศึกษานี้มากกว่า 2 ทศวรรษ โดยเริ่มจากการศึกษาวิจัยทางการศึกษา และมีแนวโน้มเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ในการวิจัยสาขาอื่นๆ ได้แก่ สังคมศาสตร์ จิตวิทยา พยาบาลศาสตร์ แพทยศาสตร์ หรือ สาธารณสุขศาสตร์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามคำว่า Meta-Analysis ก็ยังไม่ได้มีคำนิยามที่เป็นภาษาไทยที่เป็นที่ยอมรับตรงกัน ซึ่งมีนักวิจัยของไทยได้แปลคำศัพท์นี้ไว้แตกต่างกัน เช่น การวิเคราะห์แบบเมตต้า (อุทุมพร จามรมาน, 2527) การวิเคราะห์แบบเมตต้า (สุวัฒนา สุวรรณเขต, 2527) การวิเคราะห์รวมผล (สุรศักดิ์ หลาบมาลา, 2532) การอภิเคราะห์ (สุพัฒน์ สุขมลสันต์, 2532) และการวิเคราะห์อภิมาน



(นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ในการศึกษาครั้งนี้ จะใช้คำว่า “การวิเคราะห์อภิमान” ซึ่งเป็นชื่อที่ได้รับการยอมรับ และใช้กันอย่างกว้างขวางในการวิจัยทางการศึกษาและการวิจัยทางการพยาบาล

#### 4.1 ความหมายของการวิเคราะห์อภิमान

จากการทบทวนวรรณกรรม มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์อภิमान ไว้ดังนี้

นงลักษณ์ วิรัชชัย (2542) กล่าวว่า การวิเคราะห์อภิमानเป็นการวิจัยประเภทการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่นำงานวิจัยหลายๆ เรื่อง ที่ศึกษาปัญหาเดียวกันมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปหรือข้อค้นพบใหม่ ที่มีความกว้างขวางลุ่มลึกกว่าผลงานวิจัยแต่ละเรื่อง สิ่งสำคัญในการวิเคราะห์อภิमानคือ ดัชนีมาตรฐาน ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพล หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพราะหลักการสำคัญของการวิเคราะห์อภิमानเป็นการศึกษาหาข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐานของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

Glass, McGaw, and Smith (1981) ให้ความหมายของการวิเคราะห์อภิमानว่า หมายถึง การวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (The analysis of analysis) ซึ่งเป็นสังเคราะห์งานวิจัยจำนวนหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาการวิจัยเดียวกันมาใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติ และข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์อภิमानประกอบด้วย ผลการวิจัยที่วัดในรูปของขนาดอิทธิพล และลักษณะของงานวิจัย โดยการวิเคราะห์ให้ความสำคัญกับขนาดอิทธิพล และให้ความสำคัญกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับขนาดอิทธิพล มากกว่าระดับนัยสำคัญของการรวมค่าขนาดอิทธิพล

Hedges and Olkin (1985) กล่าวถึง การวิเคราะห์อภิमानว่าเป็นวิธีการวิเคราะห์ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติที่ได้จากงานวิจัยหลายๆ เรื่อง ที่นำมาสังเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นข้อยุติ โดยกิจกรรมในการวิเคราะห์อภิमानมี 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรก เป็นการรวบรวมสารสนเทศที่ได้จากรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ รวมทั้งการวิเคราะห์คุณภาพของสารสนเทศเหล่านั้น ลักษณะที่สองเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งให้ความสำคัญกับระเบียบวิธีทางสถิติที่สามารถสรุปความหมายสารสนเทศที่ได้จากรายงานวิจัยหลายๆ เรื่อง ซึ่งศึกษาปัญหาวิจัยแบบเดียวกันได้

Rosenthal (1991) ให้ความหมายว่า การวิเคราะห์อภิमान เป็นกระบวนการวิเคราะห์ค่าสถิติที่เป็นดัชนีมาตรฐาน ซึ่งนักวิจัยวิเคราะห์จากค่าสถิติความสัมพันธ์ของตัวแปรที่สนใจศึกษาในการวิจัยแต่ละเรื่อง โดยการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์อภิमानแยกได้ 3 ขั้นตอน

คือ ขั้นตอนแรกเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ในการคำนวณค่าดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง ขั้นตอนที่สองเป็นการศึกษาหาตัวแปรปรับ โดยการทดสอบว่าค่าดัชนีมาตรฐานที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องว่ามีความไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity) หรือไม่ ถ้ามีความแตกต่างกันกันต้องวิเคราะห์ว่าแตกต่างกันเนื่องจากตัวแปรปรับใด และขั้นตอนที่สามเป็นการศึกษาความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์รวมโดยการหาค่าเฉลี่ยของค่าขนาดอิทธิพลที่ได้จากงานวิจัยทุกเรื่อง และสรุปข้อค้นพบเพื่อตอบคำถามการวิจัย

Sutton และคณะ (Sutton et al., 2002) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์อภิมานว่า เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย หลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกัน และใช้เทคนิควิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพล ของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแต่ละการศึกษา แล้วนำมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยรวมของการศึกษาทั้งหมดโดยใช้วิธีการถ่วงน้ำหนัก โดยมีการวิเคราะห์ความเป็นเอกพันธ์ของค่าขนาดอิทธิพล ของงานวิจัยต่างๆ เพื่อเลือกใช้รูปแบบการวิเคราะห์ที่เหมาะสม และมีการประเมินความไว (Sensitivity) ของผลการวิเคราะห์ที่มีอิทธิพลต่อความตรงของข้อสรุป เช่น ความลำเอียงจากการตีพิมพ์ (Publication bias) และคุณภาพ (Quality) ของการศึกษาแต่ละเรื่อง

Gliner, Morgan, and Harmon (2003) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์อภิมานว่า เป็นการสังเคราะห์งานวิจัย ที่ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้สถิติในการคำนวณค่าอิทธิพล เพื่อประมาณค่าความสัมพันธ์หรือค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำหรือวิธีการจัดกระทำบางอย่าง (Treatment) ต่อตัวแปรตามที่เป็นผลของการจัดกระทำนั้นๆ

Shelby and Vaske (2008) ให้ความหมายของการวิเคราะห์อภิมานว่า เป็นเทคนิคของการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้เทคนิควิธีการวัดที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เพื่อแสดงถึงความมากน้อยของขนาดอิทธิพล หรือขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของการศึกษาวิจัยที่เลือกมาเป็นหน่วยของการวิเคราะห์

Borenstein และคณะ (Borenstein et al., 2009) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์อภิมานว่า เป็นเครื่องมือสำคัญที่มีบทบาทสำคัญในการออกแบบการวิจัยแบบใหม่ ที่ใช้กระบวนการค้นคว้า รวบรวม และประเมินงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาจำนวนหนึ่งที่ศึกษาปัญหาหรือตัวแปรเดียวกัน อย่างเป็นระบบ หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์โดยเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมกับชุดของข้อมูลนั้น โดยใช้วิธีการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล และความแปรปรวนของแต่ละงานวิจัย แล้วนำค่าเหล่านั้นมาคำนวณค่าเฉลี่ยโดยใช้วิธีการถ่วงน้ำหนัก (Weighted mean) หาค่าอิทธิพลรวม (Summary effect) ของคู่ตัวแปรที่สนใจ โดยมีการประเมินความเป็นเอก

พันธ์ของค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยแต่ละเรื่อง (Homogeneity) ในการเลือกใช้รูปแบบการวิเคราะห์ที่เหมาะสมทั้ง รูปแบบอิทธิพลคงที่ (Fixed effect model) หรือ รูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model) เพื่อให้ได้ค่าขนาดอิทธิพลที่มีความเที่ยงตรง (Precision) เชื่อถือได้

จากความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณดังกล่าว สรุปได้ว่าการวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาปัญหาเดียวกันอย่างเป็นระบบ และนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยมีงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ ซึ่งข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วย ผลค่าสถิติความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษา ที่แปลงเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในรูปของขนาดอิทธิพล หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยกระบวนการทางสถิติ เพื่อหาข้อสรุปของค่าดัชนีมาตรฐาน หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์แต่ละเรื่อง ที่สามารถให้คำตอบในการสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษา ที่มีความกว้างขวาง ลุ่มลึก เที่ยงตรงและน่าเชื่อถือมากกว่าข้อค้นพบจากผลงานวิจัยเพียงเรื่องเดียว

#### 4.2 คุณลักษณะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

คุณลักษณะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปได้ดังนี้

1) การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ที่ใช้หลักการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ และมีการใช้ตัวเลขและวิธีทางสถิติในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยหลายๆ เรื่อง เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ลุ่มลึก น่าเชื่อถือ ที่การสังเคราะห์งานวิจัยแบบอื่นไม่สามารถทำได้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; Beck, 1999; Gregson, Meal, & Avis, 2002; Glass, McGaw, & Smith, 1987; Shelby & Vaske, 2008)

2) การวิเคราะห์ห่อภิมาณต้องใช้วิธีการที่มีระบบในการเสาะหางานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกันเพื่อให้ผลการวิเคราะห์ครอบคลุมงานวิจัยทั้งหมด โดยที่งานวิจัยเหล่านั้นไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทั้งหมดทุกด้าน เพราะในทางปฏิบัติไม่สามารถหางานวิจัยที่เหมือนกันทุกด้านได้ อาจมีลักษณะแตกต่างกันในส่วนต่างๆ ของการวิจัย ส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วน (ศิริยุภา พูลสุวรรณ, 2539; Hunter & Schmidt, 2004; Sutton et al., 2002)

3) การวิเคราะห์ห่อภิมาณต้องใช้วิธีการทางสถิติเป็นเครื่องมือในการสรุปค่าสถิติจากการวิจัย ไม่ใช่ข้อมูลดิบจากงานวิจัย โดยการวิเคราะห์ทางสถิติความสัมพันธ์ของตัวแปรของงานวิจัย ที่ถูกปรับให้เป็นดัชนีมาตรฐานโดยวัดในรูปของขนาดอิทธิพลหรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของงานวิจัยแต่ละเรื่อง จากนั้นจึงคำนวณหาค่าเฉลี่ยรวมของขนาดอิทธิพลหรือค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของงานวิจัยทั้งหมด (ศิริยุภา พูลสุวรรณ, 2539; Glass, McGaw, & Smith, 1987; Borenstein et al., 2009)

4) การวิเคราะห์ห่อภิมานมุ่งแสวงหาข้อสรุปที่มีนัยทั่วไป (General conclusions) ในประเด็นที่ต้องการ ข้อสรุปนั้นหมายถึง ผลของตัวแปรจัดกระทำ (Treatment) ที่มีผลต่อตัวแปรตามในปริมาณที่ชัดเจนว่ามากหรือน้อยเพียงใดในรูปของการประมาณค่าขนาดอิทธิพล หรือผลของตัวแปรต้น (Determinant) ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามในปริมาณเท่าใดในรูปของการประมาณค่าขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Glass, McGaw, & Smith, 1987; Shelby & Vaske, 2008; Borenstein et al., 2009)

5) การวิเคราะห์ห่อภิมานมีเป้าหมายที่จะศึกษาอิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม โดยผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม มากกว่าค่านัยสำคัญทางสถิติ โดยงานวิจัยที่ไม่มีค่าสถิติเพียงพอที่ให้อาจสามารถคำนวณหาขนาดอิทธิพลหรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จะไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ห่อภิมานได้ (ศิริยุภา พูลสุวรรณ, 2539; Glass, McGaw, & Smith, 1987)

6) การวิเคราะห์ห่อภิมานช่วยให้ได้มาซึ่งข้อสรุปความรู้จากงานวิจัย โดยไม่ได้ตัดสินคุณค่าของงานวิจัยก่อนนำมาวิเคราะห์ เพราะเชื่อว่าแม้งานวิจัยจะไม่มีคุณสมบัติในบางอย่าง แต่อาจมีคุณค่าต่อข้อค้นพบในการวิเคราะห์ห่อภิมาน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; ศิริยุภา พูลสุวรรณ, 2539; Berkeljon & Baldwin, 2009; Glass, McGaw, & Smith, 1987)

7) การวิเคราะห์ห่อภิมาน มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่สำคัญ คือ แบบบันทึกข้อมูล และแบบลงรหัสข้อมูล ซึ่งต้องมีการตรวจสอบคุณภาพ ความเที่ยงตรงในกระบวนการให้รหัสข้อมูล และในกรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลโดยทีมงาน ต้องมีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้รวบรวมข้อมูลแต่ละคน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; Brown, Upchurch, & Acton, 2003)

#### 4.3 ประเภทของวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาน

วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมานมีนักสถิติหลายท่านได้คิดวิธีการพัฒนาการขึ้นมาเรื่อยๆ จนกระทั่งในปัจจุบันนี้มีโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์โดยตรง โดยวิธีการในการวิเคราะห์ห่อภิมานและการคำนวณค่าดัชนีมาตรฐานมีรูปแบบที่แตกต่างหลากหลายวิธี สรุปได้ดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552; นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวาณิช, 2541)

1) วิธีของ Glass (Glass, McGaw, & Smith, 1981) เป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์จุดเด่นของวิธีนี้สรุปได้ 3 ประการ คือ 1) มีสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่มีรูปแบบการทดลองที่แตกต่างกัน 2) มีสูตรในการปรับเปลี่ยนค่าสหสัมพันธ์แบบอื่นๆเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ 3) มีสูตรการประมาณค่าดัชนีมาตรฐาน 2 แบบ คือ สูตรประมาณค่าจากสถิติโดยตรงและสูตรการประมาณค่าจากผลการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ นอกจากนี้ Glass ยังมุ่งสนใจที่จะอธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานที่ประมาณค่าได้ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอย โดยมีตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยเป็นตัวแปรต้น และมีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตาม เพื่อหาข้อสรุปว่าความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยตัวแปรใด (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552)

2) วิธีของ Hedges (Hedges and Olkin, 1985) ใช้แนวคิดการประมาณค่าขนาดอิทธิพลตามแนวทางของ Cohen (1977) แต่วิธีนี้ให้ความสำคัญกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานทั้งค่าขนาดอิทธิพลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ให้ได้ค่าที่ปราศจากความคลาดเคลื่อน แต่ไม่มีการปรับแก้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง Hedges และ Olkin ได้เสนอสูตรการคำนวณค่าเฉลี่ยโดยการถ่วงน้ำหนัก และเสนอว่าการแจกแจงของขนาดอิทธิพลเป็นการแจกแจงแบบ ไค-สแควร์ รวมทั้งใช้ค่าสถิติ Q ในการทดสอบความเท่ากันของค่าขนาดอิทธิพลในแต่ละกลุ่มประชากรก่อนการสังเคราะห์งานวิจัย

3) วิธีของ Slavin (1986) เน้นความสำคัญในการคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์ที่มีความเชื่อถือได้สูง เป็นการสังเคราะห์จากหลักฐานที่ดีที่สุด แต่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติ เพราะอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและสูญเสียข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการสรุปผลการสังเคราะห์ และยังมีข้อโต้แย้งเกิดขึ้นในกรณีที่มีการคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพอาจก่อให้เกิดความลำเอียงในการคัดเลือกงานวิจัย ทำให้การสรุปอ้างอิงผลการวิจัยจึงทำได้จำกัด

4) วิธีของ Mullen (1989) วิธีการนี้ใช้ในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen และใช้การประมาณค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้คะแนนพิชเชอร์ ซึ่งในการวิเคราะห์ การประมาณค่าเฉลี่ยของดัชนีมาตรฐานใช้การหาค่าเฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนัก จุดเด่นของวิธีการนี้ คือ การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ชื่อ BASIC Meta-Analysis เพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์หือภิมานโดยตรง



5) วิธีของ Rosenthal (Rosenthal, 1991) ใช้สูตรการประมาณค่าขนาดอิทธิพลตามแนวคิดของ Cohen แต่มีลักษณะสำคัญ คือ การนำค่าระดับนัยสำคัญ (p-value) มาใช้ในการวิเคราะห์และกำหนดสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพล โดยการคำนวณขนาดอิทธิพลมี 2 ลักษณะ คือ 1) การคำนวณจากขนาดกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติในการทดสอบสมมุติฐาน และ 2) คำนวณจากขนาดกลุ่มตัวอย่างและระดับนัยสำคัญ

6) วิธีของ Hunter (Hunter & Schmidt, 1990) เป็นวิธีการที่เน้นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์มากกว่าการวิจัยเชิงทดลอง และให้ความสำคัญกับการปรับแก้ความคลาดเคลื่อนเพื่อลดความแปรปรวนจากความคลาดเคลื่อนของค่าดัชนีมาตรฐาน โดยเมื่อปรับแก้แล้วจึงตรวจสอบสมมุติฐานว่ามีความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานหรือไม่ และหากมีความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐาน จันตอนต่อไปจึงเป็นขั้นตอนในการหาตัวแปรกำกับเพื่อแยกกลุ่มงานวิจัยก่อนการสังเคราะห์ต่อไป จุดเด่นของวิธีนี้ สรุปได้ 3 ประการ คือ 1) สามารถตรวจสอบความคลาดเคลื่อนได้ 2) ใช้กับการวิจัยเพื่อสรุปนัยทั่วไปของความทรงได้เป็นอย่างดี 3) สามารถสังเคราะห์งานวิจัยจำนวนน้อยได้

7) วิธีของ Borenstein (2009) เป็นวิธีการล่าสุดที่พัฒนามาจากวิธีของ Hedges & Olkin (1985), Hunter & Schmidt (1990, 2004), และ Rosenthal (1991) จุดเด่นคือมีการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อทำการวิเคราะห์หรือปริมาณได้อย่างกว้างขวาง (Comprehensive Meta-Analysis – CMA) ซึ่งโปรแกรมสามารถวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐาน (Effect size) ความแม่นยำ (Precision) ระดับนัยสำคัญ (p-value) ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของค่าดัชนีมาตรฐาน (Homogeneity) และตรวจสอบว่าตัวแปรกำกับตัวใดสามารถอธิบายความแปรปรวนในดัชนีมาตรฐานได้ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์หรือปริมาณได้ทั้ง รูปแบบอิทธิพลคงที่ (Fixed-effect model) หรือรูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model)

#### 4.4 ขั้นตอนของการวิเคราะห์หรือปริมาณ

การวิเคราะห์หรือปริมาณมีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

##### ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ในขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์หรือปริมาณ ควรมีความชัดเจนในเรื่องการกำหนดปัญหาวิจัย คำถามการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อใช้ในการกำหนดตัวแปรที่จะนำมาวิเคราะห์ โดยที่ปัญหาวิจัยในการวิเคราะห์หรือปริมาณต้องเป็นปัญหาวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย และไม่กว้างจนเกินไป (Magarey, 2001) ที่สำคัญคือปัญหาวิจัยที่ต้องการศึกษานั้นต้องมีงานวิจัยซึ่งถือว่าเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ที่เพียงพอ รวมถึงต้องมีตัว

แปรอิสระที่สำคัญและตัวแปรตามเพียงพอ (นางลักษณวี วิรัชชัย, 2542) Shelby and Vaske (2008) กล่าวว่าในขั้นตอนนี้นักวิจัยควรพิจารณาประเด็นสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ระดับของความเชื่อมั่นของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม 2) ความสามารถอ้างอิงไปสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ และ 3) ผลการวิเคราะห์จะช่วยส่งเสริมทำให้เข้าใจทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมากขึ้นหรือไม่

การกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยที่ศึกษาในปัญหาเดียวกัน ที่มีจำนวนมาก ผลการวิจัยที่กระจัดกระจาย หรือไม่สอดคล้องกัน ให้ได้คำตอบปัญหาวิจัยที่เป็นข้อสรุปที่มีความกว้างขวางลุ่มลึกกว่าผลงานวิจัยแต่ละเรื่อง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่จะนำไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ และเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายได้ (นางลักษณวี วิรัชชัย, 2542) หรือได้หลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Acton, 2001; Mundy & Stein, 2008) โดยวัตถุประสงค์ของการวิจัยต้องสอดคล้องกับปัญหาและคำถามการวิจัย (Green, 2005)

### ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เป็นการค้นหา ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาทฤษฎีและรายงานการวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เพื่อสรุประดับขององค์ความรู้ที่มีอยู่ (State of the art) และวิธีวิทยาการวิจัย ซึ่งจะนำมาใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ โดยต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยที่เป็นการศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน ทั้งนี้ อาจใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมเช่นเดียวกันกับงานวิจัยทั่วไป (นางลักษณวี วิรัชชัย, 2542)

**ขั้นตอนที่ 3 การรวบรวมข้อมูล** ในขั้นตอนนี้มีการดำเนินงานทั้งหมด 4 งาน ดังนี้

1) การสืบค้นงานวิจัย เป็นการสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย โดยกำหนดลักษณะงานวิจัยที่ต้องการนั้นต้องมีความสัมพันธ์กับคำถามการวิจัยในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ การสืบค้นงานวิจัยควรทำการค้นหาให้ครอบคลุมในทุกช่องทางของการค้นหา เพื่อให้ได้งานวิจัยที่ศึกษา วิจัยในปัญหาเดียวกันได้ครอบคลุมมากที่สุด ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ การสืบค้นด้วยมือ สืบค้นจากดัชนีมาตรฐาน หรือสืบค้นย้อนหลังจากบรรณานุกรมของรายงานการวิจัย รวมทั้งสืบค้นจากงานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์ เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ (Magarey, 2001; Petitti, 2000)

2) การกำหนดเงื่อนไขสำหรับการคัดเลือกงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์ ทั้งเกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดเลือกออก (Exclusion criteria) เพื่อการ ค้นหาวิจัยที่มีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับคำถามการวิจัย การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกที่ชัดเจน ไม่เพียงแต่จะเป็นแนวทางที่ดีในการค้นหาวิจัย แต่ยังช่วยให้การแปลผลข้อค้นพบในการ วิเคราะห์หือภิมานได้ง่ายขึ้น (Berkeljon & Baldwin, 2009; Gregson, Meal, & Avis, 2002; Petitti, 2000) Lipsey และ Wilson (2001) กล่าวว่า การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกงานวิจัย ควร คำนึงถึง 8 ประเด็นดังนี้ 1) ลักษณะงานวิจัยนั้นสอดคล้องกับคำถามวิจัยหรือไม่ 2) ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีความสำคัญ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ 3) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งค่าสถิติที่น่าเสนอ 4) แบบการวิจัย และวิธีการวิจัยของทุกงานวิจัยควรคล้ายคลึงกัน เช่น การวิจัยแบบทดลอง หรือแบบเชิงความสัมพันธ์ 5) ภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์ 6) คุณลักษณะทาง วัฒนธรรมและภาษาของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยควรสอดคล้องกัน 7) ช่วงเวลาที่ศึกษาของ งานวิจัย และ 8) ข้อจำกัดของงานวิจัยเกี่ยวกับการตีพิมพ์

3) การสร้างเครื่องมือวิจัย เครื่องมือวิจัยสำหรับการวิเคราะห์หือภิมานมี 2 ชนิด คือ แบบประเมินงานวิจัย และแบบบันทึกข้อมูล แบบประเมินงานวิจัยนิยมสร้างเป็นมาตร ประเมินค่า (Rating scale) โดยมีข้อความบ่งบอกถึงคุณภาพงานวิจัย สำหรับแบบบันทึกข้อมูล สามารถทำเป็นตาราง หรือเป็นแบบสอบถามทั้งแบบปลายปิด และปลายเปิด โดยต้องมีข้อมูล สำหรับวิเคราะห์ให้ครอบคลุม 3 ส่วน คือ ส่วนแรก คือ ผลการวิจัย ซึ่งวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัว แปรในรูปดัชนี เช่น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ส่วนที่สองคือ คุณลักษณะรายงานการวิจัยด้าน แบบแผนการวิจัยและรายละเอียดอื่นๆ เช่น ทฤษฎีที่ใช้ จำนวนและประเภทตัวแปร ชนิดและ คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ และส่วนที่สาม คือ รายละเอียดเกี่ยวกับ รูปเล่มและการจัดพิมพ์รายงาน จากนั้นเมื่อได้เครื่องมือที่ครอบคลุมข้อมูลและตัวแปรที่ต้องการ แล้ว จึงนำไปทดลองเก็บข้อมูลจากงานวิจัย 5-10 เรื่อง และมีการปรับปรุงเครื่องมือจนกว่าจะ สมบูรณ์และใช้งานได้จริง (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; Brown, Upchurch, & Acton, 2003)

4) การบันทึกข้อมูล คือ การบันทึก การลงรหัส และการเตรียมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์ต่อไป โดยนักวิจัยอาจทำคู่มือ (Codebook) ในการลงรหัสของข้อมูลก่อน และในกรณีที่มีการรวบรวมข้อมูลหลายคน ต้องมีการสอนและฝึกปฏิบัติให้เข้าใจตรงกัน และ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้รวบรวมข้อมูลด้วย (Brown, Upchurch, & Acton, 2003; Lipsey & Wilson, 2001; Shelby & Vaske, 2008)

#### ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีความสำคัญมากในการวิเคราะห์อภิมาน ในการวิเคราะห์อภิมาน นักวิจัยจะให้ความสำคัญกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐาน หลักการสำคัญของการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานจากผลการวิจัยทั้งหมดว่าเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ถ้าเหมือนกันจะสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเป็นคำตอบปัญหาวิจัย ถ้าแตกต่างกันต้องวิเคราะห์ต่อไปว่าแตกต่างกันตามลักษณะใด แล้วแยกงานวิจัยเป็นกลุ่มๆ ตามลักษณะนั้น เพื่อสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม (นงลักษณ์ วิรัชชัย และ สุวิมล ว่องวาณิช, 2541; นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) สำหรับการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ครอบคลุมงาน 3 งาน ดังต่อไปนี้

1) การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ เป็นการสร้างไฟล์ข้อมูลเหมือนในงานวิจัยทั่วไป และต้องตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ต่อไป

2) การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร เป็นการจัดทำตารางแจกแจงความถี่เพื่อดูลักษณะการแจกแจงความถี่ของตัวแปรที่เป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง ส่วนตัวแปรต่อเนื่องต้องหาค่าสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง เพื่อตรวจสอบว่าการแจกแจงของตัวแปรเป็นโค้งปกติหรือไม่ และยังต้องตรวจสอบข้อมูลด้วยว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่จะใช้สถิติวิเคราะห์แต่ละประเภทหรือไม่

3) การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเป็นการเสนอค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรสำคัญ เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนการวิเคราะห์อภิมานในการตอบคำถามการวิจัยนั้นหลักสำคัญคือการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลระหว่างสองตัวแปร (Summary effect) ซึ่งได้มาจากค่าขนาดอิทธิพลถ่วงน้ำหนัก ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแปรปรวนผกผันของค่าอิทธิพลของแต่ละงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ (Borenstein et al., 2009; Lipsey & Wilson, 2001) โดยผู้วิจัยสามารถคำนวณด้วยมือ หรือใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามเทคนิควิธีการต่างๆ ที่นักวิจัยเลือกใช้ ซึ่งเป้าหมายพื้นฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอภิมานคือการรวมค่าขนาดอิทธิพล และดูการกระจายของค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ และการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าขนาดอิทธิพลกับตัวแปรคุณลักษณะของการวิจัยต่างๆ (Shelby & Vaske, 2008)

สถิติสำคัญในขั้นนี้มี 5 ประเภท (Borenstein et al., 2009; Hunter & Schmidt, 2004; Lipsey & Wilson, 2001; Rosenthal, 1991) ได้แก่

- 1) สถิติเพื่อการหาค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล (d หรือ r)
- 2) สถิติเพื่อการทดสอบความเท่ากันของขนาดอิทธิพล (Homogeneity statistic)
- 3) สถิติเพื่ออธิบายความแปรปรวนของขนาดอิทธิพล (Systematic variance statistic)
- 4) สถิติเพื่อแสดงระดับนัยสำคัญ (Overall significance level)
- 5) จำนวนงานวิจัยที่มีขนาดอิทธิพลเป็นศูนย์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการสังเคราะห์งานวิจัยนี้ใช้งานวิจัยจำนวนมากพอหรือยัง (fail-safe number)

### ขั้นตอนที่ 5 การสรุปและนำเสนอรายงาน

เป็นขั้นสรุปผลข้อค้นพบและนำเสนอรายงานการสังเคราะห์งานวิจัย โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาสรุป ตีความ อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ โดยเชื่อมโยงผลการสังเคราะห์งานวิจัยกับปัญหาวิจัย แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และผลการสังเคราะห์งานวิจัยในอดีตในการอภิปรายผลข้อค้นพบ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะจากข้อสรุปที่ค้นพบในงานวิจัย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้ในทางวิชาการและการปฏิบัติ ตลอดจนข้อเสนอนี้สำหรับการวิจัยหรือการสังเคราะห์งานวิจัยต่อไปในอนาคต (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552; Petitti, 2000; Sutton et al., 2002)

#### 4.5 วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Borenstein และคณะ

วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Borenstein และคณะ เป็นวิธีการที่ได้รับการพัฒนาล่าสุดจากนักวิชาการผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2009) ในวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่ผ่านมา ส่วนใหญ่นักวิจัยจะใช้วิธีวิเคราะห์ของ Glass มากที่สุด รองลงมาคือวิธีของ Hunter, Rosenthal, และ Hedges (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2552) สำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้นักวิจัยเลือกใช้วิธีการของ Borenstein และคณะ (2009) ซึ่งมีจุดเด่น ดังนี้



- 1) เป็นวิธีที่ได้รับการพัฒนาล่าสุดจากวิธีของ Hedges, Hunter & Schmidt, และ Rosenthal โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวิเคราะห์หอคิมาณ ได้แก่ Borenstein, Hedges, Higgins, และ Rothstein
- 2) มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ชื่อ Comprehensive Meta-Analysis – CMA) รองรับเพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์หอคิมาณโดยตรง
- 3) สามารถวิเคราะห์สำหรับงานวิจัยที่มีการวัดตัวแปรตามด้วยมาตรวัดแตกต่างกัน ทั้งข้อมูลที่เป็นค่า means ค่า binary data และ correlational data และสามารถวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใช้ค่าสถิติในการทดสอบสมมุติฐานที่แตกต่างกันได้ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์จากค่าระดับนัยสำคัญได้
- 4) สามารถใช้ในการวิเคราะห์งานวิจัยที่มีแบบวิจัยแตกต่างกัน โดยสามารถวิเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองรวมกับงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ได้
- 5) สามารถตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ภายในหรือความเป็นเนื้อเดียวกันของค่าพารามิเตอร์ขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ได้ โดยใช้สถิติ Q และสามารถให้ค่าสัดส่วนของความแตกต่างของค่าขนาดอิทธิพลแต่ละงานวิจัย ( $I^2$ ) รวมทั้งค่าความแปรปรวนระหว่างค่าอิทธิพลแต่ละงานวิจัย ( $T^2$ )
- 6) สามารถวิเคราะห์ภายใต้รูปแบบอิทธิพลกำหนด (Fixed effect model) และรูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model)
- 7) สามารถทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ของขนาดอิทธิพล หรือสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
- 8) ให้ผลการสังเคราะห์ที่ถูกต้องมากขึ้น คู่มาค่ากับความยุ่งยากซับซ้อนในการวิเคราะห์ จึงเป็นวิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบัน
- 9) สามารถแปลงผลของการวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของแต่ละงานวิจัย เป็นกราฟ Forest plot ซึ่งช่วยให้ผู้อ่านสามารถตีความผลลัพธ์ของค่าขนาดอิทธิพลได้ดียิ่งขึ้น
- 10) ปัจจุบันนี้ เป็นวิธีที่นิยมใช้สำหรับการวิเคราะห์หอคิมาณในนักวิจัยต่างประเทศ และงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการระดับนานาชาติ

วิธีการวิเคราะห์หรือปริมาณตามวิธีของ Borenstein และคณะ (2009) สามารถสรุปวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยในแต่ละเรื่อง (Create independent effect sizes for each study) เป็นการวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานของงานวิจัยกลุ่มตัวอย่าง ที่ค่าดัชนีแสดงถึงผลของตัวแปรต้นที่มีผลต่อตัวแปรตามที่ใช้ในการวิจัยเชิงทดลอง หรือผลของการจัดกระทำ (Treatment) ต่อตัวแปรตาม ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ หรือความมากน้อยในความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จะแตกต่างกัน ตามแบบการวิจัยและมาตรวัดข้อมูลของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ดังนี้

1.1 ขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่วัดข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ย (Effect sizes based on means) จากงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่วัด 2 กลุ่ม โดยคำนวณจากผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แล้วหารด้วยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม เช่น ค่า D (raw or unstandardized mean difference), d or g (standardized mean difference) ในการวิจัยที่ใช้กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent groups) กลุ่มที่จับคู่ (Matched groups) หรือกลุ่มทดสอบก่อน-หลัง (Pre-post designs) และค่า Response ratio (R) เฉพาะในการวิจัยที่ใช้กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent groups)

1.2 ขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่วัดข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม (Effect sizes based binary data) ในการเกิด หรือไม่เกิดเหตุการณ์ที่สนใจ ได้แก่ ค่า Odd ratio (OR), Risk ratio (RR) และ Risk difference (RD) ในการวิจัยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent groups)

1.3 ขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational data) ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) จากการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ที่ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว (One group)

2. คำนวณค่าขนาดอิทธิพลให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานโดยใช้วิธีการแบบถ่วงน้ำหนักด้วยขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละงานวิจัย เนื่องจากงานวิจัยแต่ละเรื่องมีกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากัน

3. วิเคราะห์ความเที่ยงตรง (Precision) ของค่าอิทธิพล (Effect size) โดยคำนวณช่วงความเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ย (Confidence Interval) ที่ 95% และค่าระดับนัยสำคัญ (p-value) ในการทดสอบสมมุติฐานว่าง

4. วิเคราะห์ความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneity) ของค่าขนาดอิทธิพล โดยการทดสอบว่าแต่ละค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยนั้นเป็นไปทางเดียวกันหรือไม่ โดยใช้การทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์หรือไม่เป็นเนื้อเดียวกัน (Heterogeneity test) ของค่าเฉลี่ยของแต่ละงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติคว (Q) (Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003) จากสูตรดังนี้

$$Q = \sum_{i=1}^k W_i (Y_i - M)^2$$

โดย  $W_i$  คือ ค่าถ่วงน้ำหนักของงานวิจัย (The study weight ( $1/V_i$ )),  $Y_i$  คือ ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัย (Effect size),  $M$  คือ ค่าอิทธิพลรวม (Summary effect),  $k$  คือ จำนวนของงานวิจัย

ทดสอบความมีนัยสำคัญของสถิติคว (Q) โดยใช้ Chi-square เพื่อนำไปสู่การเลือกใช้รูปแบบการวิเคราะห์หรือปริมาณที่เหมาะสม 2 รูปแบบ คือ รูปแบบอิทธิพลคงที่ (Fixed-effect model) หรือรูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model) (Hunter & Schmidt, 2004; Petitti, 2000; Shelby & Vaske, 2008) โดยถ้าการทดสอบ Q ในสมมุติฐานว่าง ที่ว่าค่าอิทธิพลเฉลี่ยของแต่ละงานวิจัยไม่แตกต่างกัน ผลการทดสอบได้ผลแบบไม่มีนัยสำคัญ (nonsignificant) นั่นคือยอมรับสมมุติฐานว่าง ซึ่งหมายถึงการกระจายของค่าอิทธิพลเฉลี่ยของแต่ละงานวิจัยไม่แตกต่างกัน หรืออีกนัยยะหนึ่งคือการกระจายของค่าอิทธิพลเฉลี่ยของแต่ละงานวิจัยน้อยกว่าหรือเท่ากับความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มที่คาดไว้ (Expected random error) ควรเลือกใช้การวิเคราะห์รูปแบบอิทธิพลคงที่ (Fixed-effect model) แต่ถ้าผลการทดสอบ Q ได้ผลแบบมีนัยสำคัญ (significant) นั่นคือค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของแต่ละงานวิจัยมีการกระจายมากสามารถเลือกใช้การวิเคราะห์ได้ 3 รูปแบบ คือ 1) ใช้การวิเคราะห์รูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model) 2) ใช้การวิเคราะห์รูปแบบอิทธิพลคงที่ ถ้ามีเหตุผลรองรับ เช่น ความแตกต่างเกิดจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ส่งผลให้มีค่าอิทธิพลมากหรือน้อย หรือ 3) ใช้การวิเคราะห์รูปแบบอิทธิพลทั้งสองแบบ (Mixed-effect model) (Shelby & Vaske, 2008) อย่างไรก็ตามถ้าผลการทดสอบสถิติ Q ได้ผลแบบมีนัยสำคัญ (significant) เราก็ไม่ทราบว่าค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยของแต่ละงานวิจัยมีความแตกต่างกันมากน้อยแค่ไหน Borenstein และคณะ (Borenstein et al., 2009) กล่าวว่า สามารถคำนวณต่อได้ ซึ่งจะช่วยให้ทราบค่าสัดส่วนของความแตกต่างของค่าอิทธิพลแต่ละงานวิจัย ( $I^2$ ) โดยคำนวณมาจากสูตรดังนี้

$$I^2 = \left( \frac{Q - df}{Q} \right) \times 100\%$$

Borenstein และคณะ (Borenstein et al., 2009) กล่าวว่าการศึกษาวิเคราะห์ที่เริ่มต้นจากรูปแบบอิทธิพลคงที่ แล้วมาเปลี่ยนเป็นการวิเคราะห์รูปแบบอิทธิพลสุ่มในภายหลังเมื่อผลการทดสอบ Q ได้ผลแบบมีนัยสำคัญ อาจไม่ถูกต้องมากนัก โดยกำหนดเกณฑ์ที่ควรเลือกใช้การวิเคราะห์รูปแบบไหนตั้งแต่เริ่มต้นโดยมีเกณฑ์ดังนี้คือ

การเลือกใช้การวิเคราะห์รูปแบบอิทธิพลคงที่ (Fixed-effect model) จะสมเหตุสมผลในกรณีที่ ประการแรก เชื่อว่างานวิจัยทั้งหมดที่เลือกมาศึกษาและได้ผลคล้ายๆ กัน และประการที่สอง จุดประสงค์ในการวิเคราะห์ครั้งนี้มุ่งเน้นแค่กลุ่มประชากรเฉพาะ ไม่ได้อ้างอิงไปสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ (Generalization)

การเลือกใช้การวิเคราะห์รูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model) ด้วยเหตุผลที่งานวิจัยทั้งหลายดำเนินการด้วยนักวิจัยและมีวิธีการที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง หรือการจัดกระทำ (Intervention) อาจแตกต่างกันอันจะส่งผลให้ผลข้อค้นพบแตกต่างกัน ดังนั้นเราจะไม่สามารถสันนิษฐานได้ว่าค่าอิทธิพลของงานวิจัยเหล่านี้จะคล้ายๆ กัน นอกจากนี้การวิเคราะห์รูปแบบค่าอิทธิพลแบบสุ่มยังช่วยให้เราสามารถอ้างอิงผลการวิเคราะห์ไปสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ได้

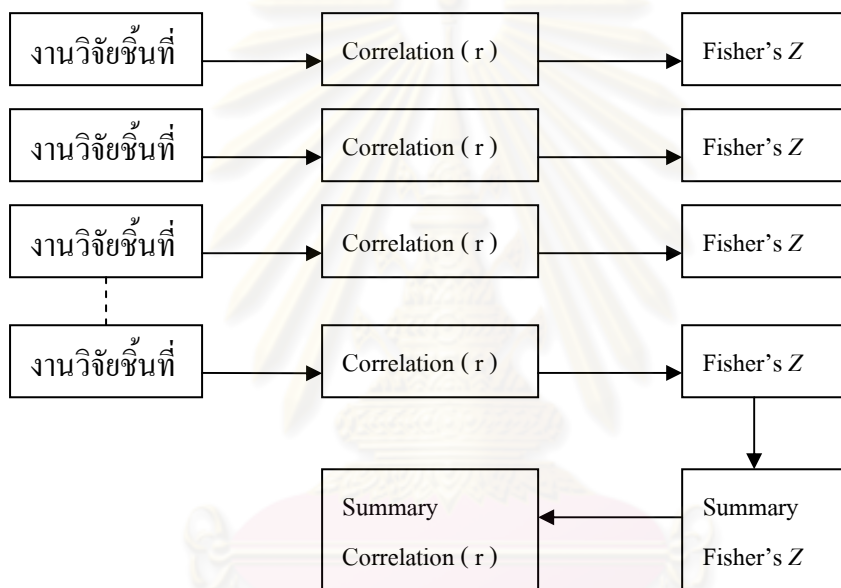
5. การคำนวณค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพลรวม (Summary effect) ที่ได้ จากค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยทั้งหมดที่นำมาสังเคราะห์ รวมทั้งคำนวณช่วงความเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ย (Confidence Interval) ที่ 95% และค่าระดับนัยสำคัญ (p-value) ในการทดสอบสมมุติฐานว่าง (Null hypothesis)

สำหรับการวิเคราะห์อภิมานครั้งนี้เป็นการศึกษาจากงานวิจัยในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงความสัมพันธ์ (Correlational data) โดยเลือกใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ซึ่งถ้างานวิจัยนั้นไม่ได้บอกค่า r แต่บอกค่า t, Z, F  $\chi^2$  หรือ p-value ก็สามารถใช้สูตรคำนวณกลับของค่าเหล่านี้เป็นค่า r ได้ (Hunter & Schmidt, 1990; Rosenthal, 2001) จากนั้นจึงแปลง (Transform) ค่า r ให้เป็นค่าฟิชเชอร์ซี (Fisher's Z scale) โดยใช้สูตรดังนี้

$$Z_r = 0.5 \times \ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)$$

เนื่องจากมีนักวิชาการหลายท่านยืนยันว่าการแปลง ค่า  $r$  เป็นค่า Fisher's  $Z$  มีประโยชน์ช่วยลดความลำเอียงได้ (Field, 2001; Rosenthal, 2001; Silver & Dunlap, 1987) เมื่อรวมค่าเฉลี่ยของค่าอิทธิพลของงานวิจัยทั้งหมดแล้ว จึงคำนวณแปลงกลับมาเป็นค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน ( $r$ ) อีกครั้งหนึ่ง (Borenstein et al., 2009; Hunter & Schmidt, 1990; Rosenthal, 2001) โดยใช้สูตร

$$r = \frac{e^{2z} - 1}{e^{2z} + 1}$$



ภาพที่ 2 วิธีการแปลงค่า  $r$  เป็นค่า Fisher's  $Z$  (Adapted from Borenstein et al, 2009, p.42)

ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ในรูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model) ด้วยเหตุผลดังนี้คือ

- 1) งานวิจัยที่เลือกมาดำเนินการด้วยนักวิจัยและมีวิธีการที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างหลากหลายโดยมีทั้งผู้สูงอายุทั่วไปหรือที่สุขภาพดี และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
- 3) สถานที่ของการวิจัย (setting) มีทั้งในสถานบริการและในชุมชน และ



4) การศึกษานี้ต้องการอ้างอิงผลการวิเคราะห์ไปสู่ประชากรผู้สูงอายุไทย  
ทั้งหมดในภาพรวม

วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณโดยใช้การวิเคราะห์รูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model) โดยใช้สูตรต่างๆ มีดังนี้ (Borenstein et al., 2009)

1) การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของค่าอิทธิพลในแต่ละงานวิจัย (Estimating the mean effect size) ซึ่งมีการถ่วงน้ำหนักจากค่าผกผันของความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของค่าอิทธิพลแต่ละงาน ซึ่งเป็นค่าพิชเชอร์ซี ที่แปลงมาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แล้ว ดังสูตร

$$W_i^* = \frac{1}{V'y_i}$$

โดย  $W_i^*$  คือ ค่าเฉลี่ยของค่าอิทธิพลถ่วงน้ำหนักของงานวิจัย  $i$  ใน Random effect model

$V'_{y_i}$  คือ ค่าความแปรปรวนภายใน (Y) ของค่าอิทธิพลของงานวิจัย บวก ค่าความแปรปรวนระหว่างค่าอิทธิพลของงานวิจัย (Tau-square or  $\tau^2$ )

$$\tau^2 = \frac{Q - (k - 1)}{C}$$

โดย  $Q$  คือ ผลรวมกำลังสองของความเบี่ยงเบนแบบถ่วงน้ำหนัก (Weighted sum of square)  $k$  คือจำนวนงานวิจัย  $C$  คือ ค่าคงที่ (Constant)

$$\text{ดังนั้น } W_i^* = \frac{1}{V'y_i + \tau^2}$$

2) คำนวณค่าอิทธิพลรวม (Summary effect) แบบถ่วงน้ำหนัก จากผลรวมของค่าถ่วงน้ำหนักคูณด้วยค่าอิทธิพล หาค่าด้วยผลรวมค่าถ่วงน้ำหนัก ดังสูตร

$$M^* = \frac{\sum_{i=1}^k W_i^* Y_i}{\sum_{i=1}^k W_i^*}$$

ค่าความแปรปรวนของค่าอิทธิพลรวม ( $V_{M^*}$ ) คำนวณได้จากสูตร

$$V_{M^*} = \frac{1}{\sum_{i=1}^k W_i^*}$$

ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าอิทธิพลรวม ( $SE_M$ ) คำนวณจากค่ารากแห่งกำลังสองของค่าความแปรปรวนของค่าอิทธิพลรวม ( $V_M$ ) ได้จากสูตร

$$SE_{M^*} = \sqrt{V_{M^*}}$$

ค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% ของค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของค่าอิทธิพลรวม คำนวณได้จากสูตร

$$LL_{M^*} = M^* - 1.96 \times SE_{M^*}$$

และ 
$$UL_{M^*} = M^* + 1.96 \times SE_{M^*}$$

3) ทดสอบนัยสำคัญโดยใช้ค่า  $Z$  ทดสอบสมมุติฐานว่างที่ว่าค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล ( $\mu$ ) เท่ากับศูนย์ จากสูตร

$$Z^* = \frac{M}{SE_{M^*}}$$

โดยทดสอบค่าระดับนัยสำคัญ (p-value) 2 ทาง จากสูตร

$$p = 2[1 - (\Phi(|Z|))]$$

โดย  $\Phi(Z)$  คือ ค่าการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานสะสม(Standard normal cumulative distribution)

4) แปลง (Transform) ค่าขนาดอิทธิพลที่อยู่ในรูปฟิชเชอร์ซี (Fisher's  $Z$ ) มาเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ )

โดยแปลความหมายของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ตามค่าขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ดังนี้ (Burns & Grove, 2009; Cohen, 1992)

$$0 < r < 0.3 \quad \text{มีความสัมพันธ์กันต่ำ}$$

$$0.3 < r < 0.5 \quad \text{มีความสัมพันธ์กันปานกลาง}$$

$$r > 0.5 \quad \text{มีความสัมพันธ์กันสูง}$$

#### 4.6 ประโยชน์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีข้อดีที่เป็นประโยชน์ ทั้งในด้านวิชาการและการปฏิบัติหลายประการ สรุปได้ดังต่อไปนี้

1) การวิเคราะห์ห่อภิมาณให้ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีความเป็นปรนัยสูง เพราะใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลมีระบบ ทำให้ได้ข้อสรุปที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความถูกต้อง ลุ่มลึก และน่าเชื่อถือ มากกว่าผลงานวิจัยเพียงชิ้นเดียว (Beck, 1999; Borenstein et al., 2009; Hunter & Schmidt, 2004; Lipsey & Wilson, 2001; Shelby & Vaske, 2008)

2) ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณช่วยลดความลำเอียงของข้อค้นพบในความสัมพันธระหว่างตัวแปร ที่ได้จากการวิเคราะห์ สามารถชี้ชัดและระบุถึงทิศทาง และขนาดความสัมพันธระหว่างตัวแปร ช่วยแก้ไขความคลุมเครือในการศึกษาที่ผ่านมาได้ (Beck, 1999; Hunter & Schmidt, 2004; Lipsey & Wilson, 2001; Shelby & Vaske, 2008)

3) เป็นประโยชน์ต่อการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ เพราะการวิเคราะห์ห่อภิมาณมีวิธีการที่มีระบบซึ่งจะช่วยชี้ให้เห็นช่องว่างหรือส่วนที่ขาดหายไปในแง่มุมต่างๆ (Gap of knowledge) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งจะช่วยชี้ให้เห็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยต่อไปได้ชัดเจนขึ้น (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; Sutton et al., 2002)

4) การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีบทบาทสำคัญทั้งในการพัฒนาทฤษฎี เพราะข้อค้นพบที่กว้างขวางลุ่มลึกจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จะช่วยให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการพัฒนาทฤษฎีและตรวจสอบทฤษฎี ซึ่งจะเป็นการขยายขอบเขตแห่งความรู้ทางวิชาการให้กว้างขวางต่อไป (Hunter & Schmidt, 2004; Rosenthal & DiMatteo, 2001)

5) การวิเคราะห์ห่อภิมาณช่วยให้สามารถนำข้อค้นพบสรุปจากการจัดกระทำ (Intervention) อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติการ นำไปใช้ในการปฏิบัติจริง (Acton, 2001; Mundy & Stein, 2008) รวมทั้งเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายต่อไป (Burns & Grove, 2009; Sutton et al., 2002)

6) การวิเคราะห์ห่อภิมาณให้ข้อค้นพบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีเงื่อนไขหรือการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับ (Moderator variable) ที่เป็นคุณลักษณะของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ เช่น ปีที่ตีพิมพ์ สัญชาติของกลุ่มตัวอย่าง หรือเพศของนักวิจัย ฯลฯ กับผลของค่าขนาดอิทธิพลที่ได้จากการวิเคราะห์ ซึ่งทำให้เห็นความสัมพันธ์ที่สามารถทำให้เข้าใจถึงผลของข้อค้นพบได้มากยิ่งขึ้น (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542; Rosenthal & DiMatteo, 2001)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาน ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อริยา ทองกร (2550) ได้วิเคราะห์ห่อภิมานตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมานตามวิธีของ Glass เลื่อนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 132 เรื่อง ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2536-2548 โดยสังเคราะห์ทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพ และงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ผลการศึกษาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนมากเป็นกลุ่มบุคคลวัยทำงาน และรองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วย ส่วนแนวคิดที่มีผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้มากที่สุดคือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) สำหรับการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ตัวแปรที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลทั้ง 4 ตัวแปร คือ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านอื่นๆ

ฉัตรพร อุณาภิรักษ์ และปิยาณี คล้ายนิล (2550) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาน มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาข้อสรุปให้ได้ความรู้ใหม่เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การศึกษานี้ใช้ตัวอย่างงานวิจัย 18 เรื่อง ระหว่างปี พ.ศ. 2532 – 2544 คำนวณค่าขนาดอิทธิพลของแต่ละงานวิจัยด้วยวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1976) ผลการวิเคราะห์พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท และเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ใช้ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ พบตัวแปร 17 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง 4 ใน 7 ตัวแปรมีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ 2 และ 11 ตัวแปรมีค่าอิทธิพลขนาดกลางและขนาดเล็ก ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคม ( $d=1.46$ ) อึดมั่นในทัศนคติ ( $d=1.16$ ) การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ( $d=1.09$ ) สัมพันธภาพในครอบครัว ( $d=.59$ ) ความเชื่ออำนาจในตนเอง ( $d=.37$ ) สถานะทางสุขภาพ ( $d=.36$ ) และความเชื่ออำนาจจากผู้อื่น ( $d=.28$ ) นอกจากนี้ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา รายได้ ระดับการศึกษา สถานที่อยู่อาศัย มีค่าเฉลี่ยอิทธิพล .07-.18

Tilokskulchai และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) ได้สังเคราะห์การวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณในงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 47 เรื่อง ในปี 1993 – 2001 ที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ปีค.ศ 1987 และ 1996 วิธีการเก็บข้อมูลใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย คำนวณค่าขนาดอิทธิพลของแต่ละงานวิจัยด้วยวิธีของ Glass, McGaw และ Smith (1976) ผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปีค.ศ 1987 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเอง สำหรับงานวิจัยที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปีค.ศ 1996 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ ประสิทธิภาพในอดีต การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างสูงคือ ปัจจัยความรู้ การรับรู้ และความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Yarcheski และคณะ (2004) วิเคราะห์ห่อภิมาณของปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางบวก เพื่อศึกษาขนาดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางบวก ในงานวิจัยจำนวน 37 เรื่อง ที่ใช้แบบวัดวิถีชีวิตส่วนบุคคล (Personal Lifestyle Questionnaire) ระหว่างปี 1983 – 2003 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม BASIC Meta-Analysis ทดสอบความเป็นเนื้อเดียวกันของค่าขนาดอิทธิพล (Homogeneity) โดยใช้สถิติ Q ผลการวิเคราะห์พบว่า 8 ปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความว้าเหว ( $r=-.45$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $r=.42$ ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $r=.36$ ) ความสามารถในการตนเอง ( $r=.31$ ) การมองไปในอนาคต ( $r=.29$ ) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $r=.30$ ) ความหวัง ( $r=.29$ ) และภาวะซึมเศร้า ( $r=-.24$ ) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางบวกในระดับปานกลาง และ 6 ปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความเครียด ( $r=-.17$ ) การศึกษา ( $r=.19$ ) สถานภาพสมรส ( $r=.13$ ) อายุ ( $r=.13$ ) รายได้ ( $r=.10$ ) และเพศ ( $r=.12$ ) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางบวกในระดับต่ำ

Wang, Wu และ Liu (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ในประเทศจีนได้หวน โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ในงานวิจัยจำนวน 182 เรื่อง เป็นวิทยานิพนธ์ 145 เรื่อง และงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ 37 เรื่อง ซึ่งเป็น

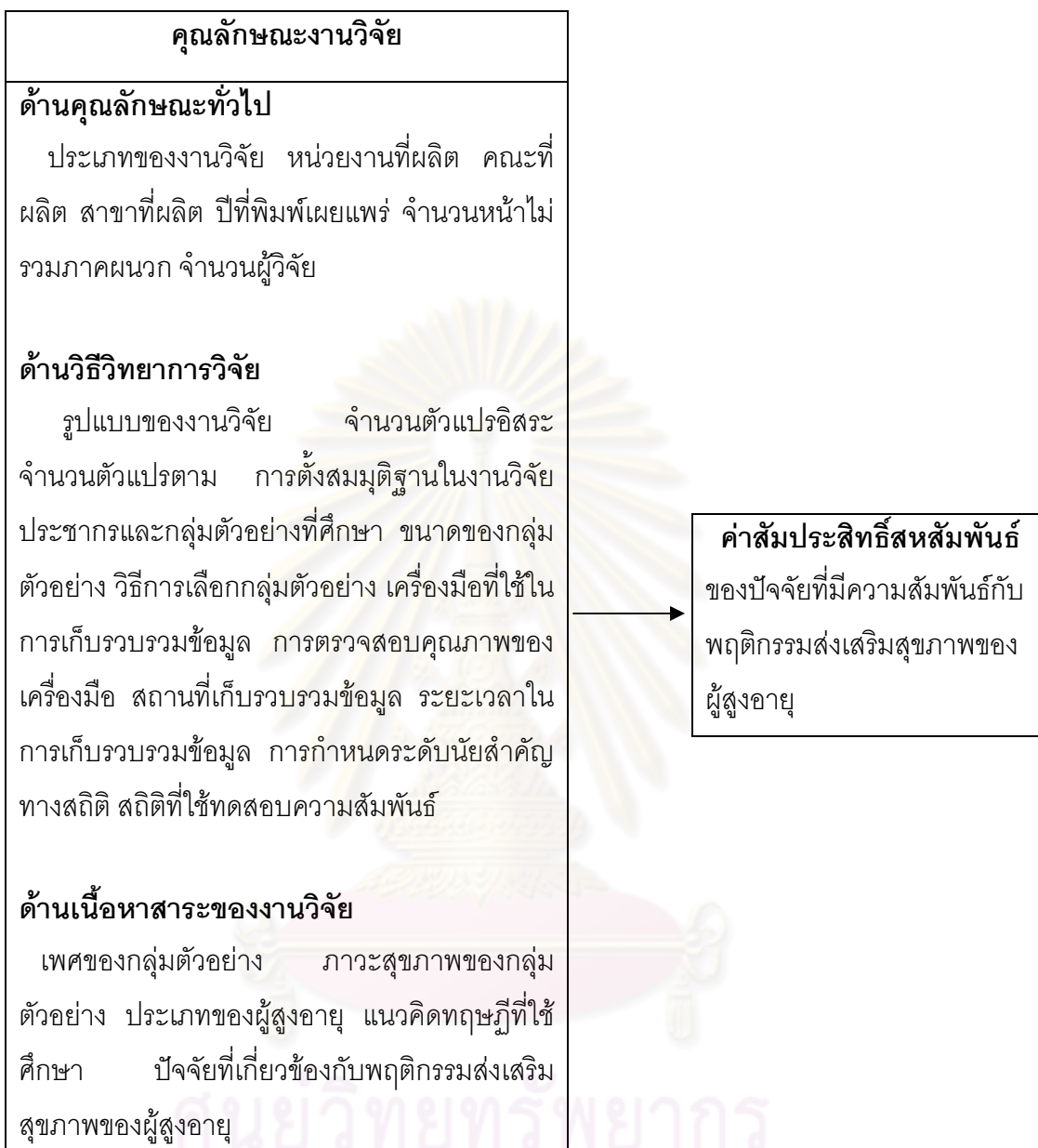


งานวิจัยที่ได้รับคัดเลือกหลังจากการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneity test) โดยได้คัดออกงานวิจัยที่ไม่เป็นเนื้อเดียวกัน (Heterogeneous) หรือมีความสุดโต่ง (Outlier) ออก 23 เรื่อง ผลการวิเคราะห์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 16 ตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยทางบวกกับภาวะสุขภาพ ( $d=.25, p<.001$ ) บทบาทกิจกรรมและพฤติกรรม ( $d=.23, p<.001$ ) การปรับตัวทางด้านสุขภาพ ( $d=.10, p=.055$ ) การปรับตัวทางด้านจิตใจ ( $d=.34, p<.001$ ) การปรับตัวในชีวิตประจำวัน ( $d=.33, p<.001$ ) พฤติกรรมการปรับตัว ( $d=.46, p<.001$ ) ความเชื่อทางด้านสุขภาพ ( $d=.31, p<.001$ ) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $d=.54, p<.001$ ) คุณภาพชีวิต ( $d=1.14, p<.001$ ) ภาวะความเป็นอยู่ที่ดี ( $d=.31, p<.001$ ) และการบรรลุความสำเร็จของตน ( $d=1.32, p<.001$ ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยทางลบกับอาการเจ็บป่วยทางกาย ( $d=-.63, p<.001$ ) อาการเจ็บป่วยทางใจ ( $d=-.25, p<.001$ ) ภาวะซึมเศร้า ( $d=-.63, p<.001$ ) ภาวะเป็นภาระ ( $d=-.56, p<.001$ ) และความเครียด ( $d=-.16, p<.001$ )

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิเคราะห์อภิमान นักวิจัยจะให้ความสำคัญกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐาน จากนั้นจึงทำการศึกษาเปรียบเทียบความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ หากพบว่าค่าดัชนีมาตรฐานแตกต่างกันก็จะทำการศึกษาความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานว่ามีสาเหตุมาจากตัวแปรกำกับ (Moderator variable) ตัวใด โดยที่ตัวแปรกำกับดังกล่าวได้แก่ตัวแปรคุณลักษณะของงานวิจัย ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรอิสระที่ทำให้เกิดความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานที่เป็นตัวแปรตามในการวิจัยนั่นเอง จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์อภิमान และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ดังภาพที่ 3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 3 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research synthesis) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ตามวิธีการของ Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein (2009)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ วิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่มีหลักฐานปรากฏตั้งแต่ปีพ.ศ. 2534 จนถึง ปีพ.ศ. 2552 จำนวนทั้งสิ้น 97 เล่ม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยแต่ละเรื่องต้องเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นวิทยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษา และรายงานการวิจัยอื่นๆ ที่สามารถค้นหาได้จากห้องสมุดสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษา หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดสภาวิจัยแห่งชาติ หรือรายงานการวิจัยที่มีการตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ทั้งจากระบบการยืมโดยตรงจากห้องสมุด ผ่านทางฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์หรืออิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์
3. เป็นการศึกษาที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ หรือใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับทฤษฎีอื่น
4. เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาเชิงสหสัมพันธ์หรือเชิงทำนาย โดยศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. เป็นงานวิจัยที่มีค่าสถิติเพียงพอสำหรับการนำไปใช้คำนวณเพื่อแปลงค่าสถิติเหล่านั้นให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐาน คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) หรือค่าสถิติที่สามารถแปลงเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้ ได้แก่ t, F,  $\chi^2$ , p-value
6. เป็นรายงานการศึกษามีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ

ได้งานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด จำนวน 48 เล่ม โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 91.6 (44 เรื่อง) เป็นงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาล ส่วนที่เหลือร้อยละ 8.4 (4 เรื่อง) เป็นงานวิจัยทางด้านประชากรและพฤติกรรมศาสตร์ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้ ทั้งนี้ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นงานวิจัยของสาขาทางสังคมศาสตร์เป็นบางส่วน แต่ผู้วิจัยหลักทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพ และผู้วิจัยได้นำงานวิจัยทั้ง 48 เรื่อง มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการสังเคราะห์งานวิจัยปัจจุบันที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (รายละเอียดในภาคผนวก ก)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบคัดเลือกงานวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัย

โดยรายละเอียดเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แสดงรายละเอียดในภาคผนวก ข

#### ส่วนที่ 1 แบบคัดเลือกงานวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยจากประชากรงานวิจัยทั้งหมดเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา โดยดัดแปลงจากแบบประเมินงานวิจัยของ ปิยะฉัตร ฉ่ำชื่น (2547) ประกอบด้วยเกณฑ์ในการคัดเลือกจำนวน 5 ข้อ และข้อสรุปผลการคัดเลือกจำนวน 1 ข้อ รวมเป็น 6 ข้อ ได้แก่

- 1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ
- 2) เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ หรือเชิงทำนาย
- 3) เป็นงานวิจัยที่ใช้แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ หรือใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ
- 4) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปี ขึ้นไป
- 5) เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติเพียงพอ ในการแปลงค่าสถิติเหล่านั้นเป็นค่าดัชนีมาตรฐาน คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หรือค่าสถิติที่สามารถแปลงเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้
- 6) ข้อสรุปผลคัดเลือกประชากรงานวิจัยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

## ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อนำมาประเมินคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาศึกษา โดยดัดแปลงจากแบบประเมินงานวิจัยของ ปิยะฉัตร ฉ่ำชื่น (2547) อริยา ทองกร (2551) และพองคำ ติลกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินจำนวน 18 ข้อ ครอบคลุมในด้านวิวิธวิทยาการวิจัยทั้งหมด นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม และครอบคลุมของหัวข้อที่จะนำไปใช้ประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยถือเอาเกณฑ์ยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒिर้อยละ 80 (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2550) หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำไปปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนที่จะนำไปใช้ต่อไป โดยแบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 5 โดยกำหนดความหมายของระดับคะแนน ดังนี้

ระดับ 5	หมายถึง	ดีมาก
ระดับ 4	หมายถึง	ดี
ระดับ 3	หมายถึง	ปานกลาง
ระดับ 2	หมายถึง	ไม่ดี
ระดับ 1	หมายถึง	ต้องปรับปรุง

การแปลผลคะแนนคุณภาพงานวิจัย เมื่อให้คะแนนคุณภาพงานวิจัยครบทุกข้อแล้ว นำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมาหาผลรวม ซึ่งจะได้เป็นคะแนนคุณภาพของงานวิจัยแต่ละเล่ม และหลังจากนั้นนำคะแนนคุณภาพงานวิจัยมาแบ่งกลุ่มเป็น 3 ระดับ โดยนำคะแนนคุณภาพทั้งหมดมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยของผลรวมคะแนนคุณภาพงานวิจัย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ทั้งหมด และหลังจากนั้นนำมาแบ่งกลุ่มตามเกณฑ์คะแนนโดยนำคะแนนคุณภาพงานวิจัยแต่ละเล่มมาเปรียบเทียบตามระดับคุณภาพ ดังนี้

ระดับต่ำ	หมายถึง	ระดับคะแนนที่ได้น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ย ลบด้วยหนึ่งช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $< \bar{X} - 1 \text{ S.D.}$ )
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ระดับคะแนนที่ได้อยู่ระหว่างค่าเฉลี่ย $\pm$ หนึ่งช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $\bar{X} \pm 1 \text{ S.D.}$ )
ระดับสูง	หมายถึง	ระดับคะแนนที่ได้มากกว่าค่าเฉลี่ย บวกด้วยหนึ่งช่วงของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $> \bar{X} + 1 \text{ S.D.}$ )



### ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยดัดแปลงจากแบบประเมินงานวิจัยของ อริยา ทองกร (2551) และฟองคำ ติลกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบของแบบบันทึกข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ด้านข้อมูลลักษณะทั่วไปของงานวิจัย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ชื่องานวิจัย ประเภทของงานวิจัย หน่วยงานที่ผลิต คณะที่ผลิต สาขาที่ผลิต ปีที่พิมพ์เผยแพร่ จำนวนหน้าทั้งหมด จำนวนหน้าไม่รวมภาคผนวก และจำนวนผู้วิจัย

ส่วนที่ 2 ด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ รูปแบบของงานวิจัย จำนวนตัวแปรอิสระ จำนวนตัวแปรตาม การตั้งสมมุติฐานในงานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ และประเภทสถิติทดสอบที่ใช้ในงานวิจัย

ส่วนที่ 3 ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ การระบุกรอบแนวคิด (แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย) คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศของกลุ่มตัวอย่าง ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และประเภทของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรต้นที่ศึกษา ตัวแปรตามที่ศึกษา และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบคัดเลือกงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกคุณลักษณะงานวิจัยที่สร้างขึ้น เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ค และภาคผนวก ง) ตรวจสอบความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาที่ประเมิน และความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 1 ท่าน
- 2) ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน
- 3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน
- 4) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาน จำนวน 1 ท่าน
- 5) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ จำนวน 1 ท่าน

ผู้วิจัยกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็น 4 ระดับ คือ

- 1 หมายถึง คำถามไม่ครอบคลุมกับหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงอย่างมากจึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน
- 4 หมายถึง คำถามมีความครอบคลุมหัวข้อและเนื้อหาที่ประเมิน

นำผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยคำนวณค่าตามสูตรดัชนีความตรงตามเนื้อหา (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2550)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถาม}}$$

โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสอดคล้อง จากจำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2550; Polit & Beck, 2006) ผลการพิจารณาความสอดคล้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI ของแบบคัดเลือกรงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกคุณลักษณะของงานวิจัย เท่ากับ 0.83, 0.94 และ 1.00 ตามลำดับ

1.2 นำแบบประเมินที่ผ่านการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงแก้ไข และให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาอีกครั้งก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

## 2. การตรวจสอบความสอดคล้องในการบันทึก (Interrater reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกคุณลักษณะการวิจัย ที่สร้างขึ้นมา ตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีการประเมินความสอดคล้องในการบันทึก (Interrater reliability) โดยผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์จำนวน 2 ท่าน ต่างบันทึกข้อมูลของงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง พบว่าในส่วนของคุณลักษณะงานวิจัย บันทึกได้ตรงกันทุกข้อ ส่วนในด้านการประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยนำผลการบันทึกที่ได้มาคำนวณหาค่าความสอดคล้องในการบันทึก โดยใช้สูตรและเกณฑ์การประเมินของ Cooper & Hedges (1994) ดังนี้

$$\text{ค่าความสอดคล้องในการประเมิน} = \frac{\text{จำนวนข้อในการประเมินคุณภาพงานวิจัยที่สอดคล้องกัน}}{\text{จำนวนข้อของการประเมินคุณภาพงานวิจัยทั้งหมด}}$$

(Agreement rate – AR)

เกณฑ์ในการแปลผลความสอดคล้องในการประเมินมีดังนี้

- AR < 0.40 หมายถึง ความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัย ไม่สอดคล้องกัน  
 AR 0.40–0.59 หมายถึงความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัยสอดคล้องกันปานกลาง  
 AR 0.60–0.74 หมายถึง ความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัย สอดคล้องกันดี  
 AR > 0.74 หมายถึง ความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัย สอดคล้องกันดีมาก

ผู้วิจัยกำหนดว่าในการประเมินคุณภาพงานวิจัยแต่ละข้อนั้น หาก 2 ใน 3 ท่าน มีความคิดเห็นในการประเมินสอดคล้องกัน จะถือว่าในข้อนั้นๆ ผู้ประเมินทั้งหมดมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยผลการประเมินความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัยระหว่างผู้ประเมิน 3 ท่าน เป็นดังนี้

การประเมินงานวิจัย เล่มที่ 1 มีประเด็นที่ประเมินได้สอดคล้องกันจำนวน 17 ข้อ จาก 18 ข้อ คิดคำนวณค่าความสอดคล้องในการประเมินได้ 0.94 หรือคิดเป็นร้อยละ 94 หมายความว่าค่าความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัย นั้นสอดคล้องกันดีมาก

การประเมินงานวิจัย เล่มที่ 2 มีประเด็นที่ประเมินได้สอดคล้องกันจำนวน 16 ข้อ จาก 18 ข้อ คิดคำนวณค่าความสอดคล้องในการประเมินได้ 0.89 หรือคิดเป็นร้อยละ 89 หมายความว่าค่าความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัย นั้นสอดคล้องกันดีมาก

การประเมินงานวิจัย เล่มที่ 3 มีประเด็นที่ประเมินได้สอดคล้องกันจำนวน 18 ข้อ จาก 18 ข้อ คิดคำนวณค่าความสอดคล้องในการประเมินได้ 1.00 หรือคิดเป็นร้อยละ 100 หมายความว่าค่าความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัย นั้นสอดคล้องกันดีมาก

การประเมินงานวิจัย เล่มที่ 4 มีประเด็นที่ประเมินได้สอดคล้องกันจำนวน 18 ข้อ จาก 18 ข้อ คิดคำนวณค่าความสอดคล้องในการประเมินได้ 1.00 หรือคิดเป็นร้อยละ 100 หมายความว่าค่าความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัย นั้นสอดคล้องกันดีมาก

การประเมินงานวิจัย เล่มที่ 5 มีประเด็นที่ประเมินได้สอดคล้องกันจำนวน 17 ข้อ จาก 18 ข้อ คิดคำนวณค่าความสอดคล้องในการประเมินได้ 0.94 หรือคิดเป็นร้อยละ 94 หมายความว่าค่าความสอดคล้องในการประเมินคุณภาพงานวิจัย นั้นสอดคล้องกันดีมาก

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สํารวจรายชื่อปริญญาบัตร และงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่จัดทำเสร็จเรียบร้อยระหว่างปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ.2552 โดยการสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ผ่านฐานข้อมูลห้องสมุดมหาวิทยาลัย และหน่วยงานอื่น ๆ เช่น

<http://www.car.chula.ac.th> <http://www.psu.ac.th> <http://www.lib.cmu.ac.th>

<http://www.riclib.nrct.go.th> <http://www.kku.ac.th> <http://www.moph.go.th>

<http://www.li.mahidol.ac.th> <http://www.swu.ac.th> <http://www.lib.buu.ac.th>

ภายใต้คำสำคัญคือ “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ” “พฤติกรรมสุขภาพ” “การส่งเสริมสุขภาพ” “ผู้สูงอายุ”

2. สืบค้นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งหมด รวมทั้งสืบค้นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากวารสารทางการแพทย์ และพยาบาล ที่มีการตีพิมพ์และเผยแพร่จากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ห้องสมุดวิทยาเขตราชวิถี ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ห้องสมุดคณะแพทย์โรงพยาบาลรามธิบดี และสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดศูนย์สารสนเทศการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ผลการสำรวจในครั้งแรก พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 97 เรื่อง ดังแสดงในภาพที่ 4

3. อ่านงานวิจัยรอบที่หนึ่ง และนำมาบันทึกลงในแบบคัดเลือกงานวิจัยเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาสาระงานวิจัยและความเพียงพอที่จะนำมาสังเคราะห์ได้ พบว่ามีงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมีจำนวน 48 เล่ม

4. ติดต่อห้องสมุดของมหาวิทยาลัยต่างๆ เพื่อขอยืมหรืออัดสำเนาวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามรายชื่อที่สำรวจไว้

6. อ่านงานวิจัยรอบที่สองที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดโดยละเอียด และบันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกคุณลักษณะการวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

7. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกคุณลักษณะการวิจัย หากพบว่าไม่ครบถ้วนหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยต้องทำการอ่านงานวิจัยนั้นอีกครั้งและบันทึกเพิ่มเติม

8. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาคำนวนหาค่าขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์อภิมานตามวิธีของ Borenstein และคณะ (2009)



ภาพที่ 4: แผนภูมิแสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



### จริยธรรมในการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณด้วยวิธีการวิเคราะห์อภิमान โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นรายงานการวิจัย ซึ่งถือว่าเป็นการวิจัยเอกสารที่รวบรวมจากหลักฐานข้อมูลทุติยภูมิหรือข้อมูลที่มีอยู่แล้ว จึงเป็นโครงการวิจัยที่ไม่เก็บข้อมูลที่บ่งชี้ตัวบุคคลได้ และเป็นลักษณะการวิจัยที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์หรือมีมาตรการแทรกแซงกับบุคคลที่ยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งเข้ากรณีข้อยกเว้นจากการพิจารณาเชิงจริยธรรม (นิมิตร มรกต, 2550: หน้า 77) อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะไม่ต้องผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย แต่ผู้วิจัยก็คำนึงถึงประเด็นทางด้านจริยธรรม โดยการปฏิบัติตามกฎระเบียบในการขออนุญาตสถาบันต่างๆ ที่เป็นเจ้าของผลงานวิจัยในการนำงานวิจัยมาใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งยึดมั่นในการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักการวิเคราะห์อภิमानอย่างเคร่งครัด ในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างถูกต้อง ชัดเจน สามารถตรวจสอบได้ ปราศจากอคติและความลำเอียง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปจากคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS
2. วิเคราะห์อภิमानเพื่อหาค่าขนาดอิทธิพลรวม (Summary effect) ที่ถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้เป็นค่าดัชนีมาตรฐาน และแปลงไป-กลับมาให้อยู่ในรูปของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ด้วยค่าฟิชเชอร์ซี (Fisher's Z) ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์ (Heterogeneity test) ของค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัย โดยใช้สถิติ Q ทดสอบค่าสัดส่วนของความแตกต่างของค่าอิทธิพลแต่ละงานวิจัย ( $I^2$ ) และระดับนัยสำคัญ (p-value) ที่ระดับ .05 ตามวิธีของ Borenstein และคณะ (2009) โดยใช้รูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model) วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Comprehensive Meta-Analysis (CMA version 2)
3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการทดสอบด้วยสถิติเอฟ (F-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Oneway ANOVA) และทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบเป็นรายคู่เมื่อพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ตามวิธีการของ Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein (2009) การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นในรูปแบบตารางประกอบความเรียง โดยจะเสนอผลการวิเคราะห์เรียงลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้คำย่อและสัญลักษณ์ทางสถิติต่างๆ ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

Mean	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
$\bar{r}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด
Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด
n	หมายถึง	จำนวนเล่มงานวิจัย
k	หมายถึง	จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
Skew	หมายถึง	ค่าความเบ้
Kur	หมายถึง	ค่าความโด่ง
Q	หมายถึง	ค่าผลรวมกำลังสองของความเบี่ยงเบนแบบถ่วงน้ำหนัก
$I^2$	หมายถึง	สัดส่วนของความแตกต่างของค่าอิทธิพลแต่ละงานวิจัย
p	หมายถึง	ค่าสถิติทดสอบนัยสำคัญ
F	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์แบบ F-test

## ตอนที่ 1 คุณลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของงานวิจัยที่รวบรวมมาจากวิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย และบทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ ทั้งหมดจำนวน 48 เล่ม โดยแบ่งคุณลักษณะงานวิจัยออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะทั่วไป ด้านวิธีวิทยาการวิจัยและด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยและคะแนนประเมินคุณภาพงานวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 1.1 คุณลักษณะงานวิจัยด้านลักษณะทั่วไป

ตารางที่ 1: จำนวน และร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคุณลักษณะงานวิจัยด้านลักษณะทั่วไป

คุณลักษณะงานวิจัยด้านลักษณะทั่วไป	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
<b>ประเภทงานวิจัย</b>		
ปริญญาานิพนธ์ระดับปริญญาโท	37	77.1
งานวิจัย ที่ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ	6	12.5
รายงานการวิจัย	5	10.4
<b>สถาบันที่ผลิตงานวิจัย</b>		
มหาวิทยาลัยมหิดล	16	33.3
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	15	31.3
วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก	5	10.5
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	4	8.3
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	2	4.2
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	2	4.2
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	1	2.1
มหาวิทยาลัยนเรศวร	1	2.1
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	1	2.1
มหาวิทยาลัยคริสเตียน	1	2.1

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะงานวิจัยด้านลักษณะทั่วไป	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
<b>คณะที่ผลิตงานวิจัย</b>		
พยาบาลศาสตร์ / วิทยาลัยพยาบาล	38	79.2
สาธารณสุขศาสตร์	4	8.3
ครุศาสตร์ / ศึกษาศาสตร์	2	4.2
พลศึกษา	2	4.2
แพทยศาสตร์	1	2.1
สังคมศาสตร์	1	2.1
<b>สาขาที่ผลิตงานวิจัย</b>		
การพยาบาลผู้สูงอายุ	16	33.3
การพยาบาลผู้ใหญ่	13	27.1
การพยาบาลสาธารณสุข	8	16.7
สาธารณสุขศาสตร์	3	6.3
การส่งเสริมสุขภาพ / สุขศึกษา	3	6.3
การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว	2	4.2
การบริหารการพยาบาล	1	2.1
สาขาวิชาสุขภาพจิต	1	2.1
ประชากรศึกษา	1	2.1
<b>ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย</b>		
2534 - 2539	5	10.4
2540 - 2545	20	41.7
2546 - 2552	23	47.9
<b>จำนวนหน้าของงานวิจัยไม่รวมภาคผนวก</b>		
< 70 หน้า	13	27.1
70 - 119 หน้า	29	60.4
120 หน้าขึ้นไป	6	12.5
Mean 85.19, S.D = 38.62, Min = 6, Max = 201		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะงานวิจัยด้านลักษณะทั่วไป	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
จำนวนผู้วิจัย		
1 คน	37	77.1
2 คน ขึ้นไป	11	22.9

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์แจกแจงความถี่และร้อยละของคุณลักษณะงานวิจัยด้านลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.1 เป็นวิทยานิพนธ์ประเภทปริญญาโท ระดับปริญญาโท สถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ มหาวิทยาลัยมหิดล คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร้อยละ 33.1 คณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาลัยพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 79.2 สาขาวิชาที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดคือสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ร้อยละ 27.1 และสาขาการพยาบาลสาธารณสุข ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ ปีที่พิมพ์เผยแพร่มากที่สุดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในช่วงปีพ.ศ. 2540 - 2545 คิดเป็นร้อยละ 41.1 และช่วงปีพ.ศ. 2546 - 2552 ร้อยละ 47.9 จำนวนหน้าของงานวิจัยไม่รวมภาคผนวกโดยเฉลี่ย 85 แผ่น โดยส่วนใหญ่มีจำนวนหน้าไม่รวมภาคผนวกอยู่ในช่วง 70 - 119 หน้า คิดเป็นร้อยละ 60.4 เมื่อจำแนกงานวิจัยตามจำนวนผู้วิจัย พบว่า มากกว่า 3 ใน 4 มีการจัดทำโดยผู้วิจัยเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1

## 1.2 คุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย

ตารางที่ 2: จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามแบบการวิจัย

แบบการวิจัย	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
สหสัมพันธ์	25	52.1
สหสัมพันธ์และพยากรณ์	21	43.8
พยากรณ์	2	2.1
รวม	48	100.0



**จากตารางที่ 2** เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามลักษณะแบบการวิจัย พบว่างานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งเป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 52.1 รองลงมาเป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์และพยากรณ์ คิดเป็นร้อยละ 43.8 และมีเพียงร้อยละ 4.2 เป็นงานวิจัยเชิงพยากรณ์

**ตารางที่ 3:** จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามการระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
ระบุนกรอบแนวคิด	44	91.7
ไม่ระบุ	4	8.3
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

**จากตารางที่ 3** เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามการระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัย พบว่างานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 91.7 และมีเพียงร้อยละ 8.3 ที่ไม่ได้ระบุนกรอบแนวคิดในการวิจัย

**ตารางที่ 4:** จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระ	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
1 – 5 ตัวแปร	27	56.3
มากกว่า 5 ตัวแปร	21	43.7
Mean = 5.42, SD = 3.00, Min = 2, Max = 15		
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

**จากตารางที่ 4** เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามตัวแปรอิสระ พบว่างานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้น 1 – 5 ตัวแปร คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมามีตัวแปรอิสระมากกว่า 5 ตัวแปร คิดเป็นร้อยละ 43.7 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.42 ตัวแปร

ตารางที่ 5: จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามการตั้ง  
สมมุติฐานการวิจัย

การตั้งสมมุติฐานการวิจัย	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
สมมุติฐานสองทาง	16	33.3
ไม่ระบุสมมุติฐาน	15	31.3
สมมุติฐานทางเดียว	12	25.0
สมมุติฐานทั้งทางเดียวและสองทาง	5	10.4
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 5 เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามการตั้ง  
สมมุติฐาน พบว่างานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ  
มากกว่า 2 ใน 3 มีการตั้งสมมุติฐานการวิจัย โดยมีการกำหนดสมมุติฐานแบบสองทาง ร้อยละ  
33.3 สมมุติฐานแบบทางเดียว ร้อยละ 25 และสมมุติฐานทั้งทางเดียวและสองทาง ร้อยละ 10.4  
นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่ไม่มีการระบุสมมุติฐาน มีร้อยละ 31.3

ตารางที่ 6: จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามขนาด  
กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
150 – 350 คน	23	41.7
น้อยกว่า 150 คน	18	37.5
มากกว่า 350 คน	10	20.8
Mean = 313.42, SD = 639.33, Sum = 15,044,	Min = 45,	Max = 4,536
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 6 เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามขนาดกลุ่ม  
ตัวอย่างส่วนใหญ่กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 150 – 350 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 รองลงมาเป็น  
ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 150 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 350  
คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ตามลำดับ ขนาดกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยรวมทั้งหมด 15,044 คน โดย  
ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดเท่ากับ 45 คน มากที่สุด 4,536 คน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 313.42 คน

ตารางที่ 7: จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
<b>สุ่มแบบใช้ความน่าจะเป็น</b>		
สุ่มแบบหลายขั้นตอน	12	25.0
สุ่มอย่างง่าย	2	4.2
สุ่มแบบแบ่งชั้น	2	4.2
สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม	2	4.2
สุ่มแบบมีระบบ	1	2.1
<b>สุ่มแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น</b>		
เลือกแบบเจาะจง	12	25.0
เลือกตามสะดวก	8	16.7
เลือกแบบบังเอิญ	5	10.4
เลือกแบบโควต้า	1	2.1
ไม่ระบุ	1	2.1
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 7 เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง พบว่างานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คิดเป็นร้อยละ 29.2 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) คิดเป็นร้อยละ 25.0 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenient sampling) คิดเป็นร้อยละ 16.7 และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) คิดเป็นร้อยละ 10.4 โดยเมื่อจำแนกการเลือกตัวอย่างแบบความน่าจะเป็นพบว่า งานวิจัยมากกว่าครึ่ง คิดเป็นร้อยละ 58.4 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น และร้อยละ 39.7 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น

**ตารางที่ 8:** จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
2 – 4 ชุด	26	54.2
5 ชุด ขึ้นไป	22	45.8
Mean = 4.63, SD = 1.68, Min = 2, Max = 9		
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 8 เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พบว่างานวิจัยที่ใช้เครื่องมือในการวิจัย 2 – 4 ชุด คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมาเป็นงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือในการวิจัย 5 ชุด ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.8 โดยเครื่องมือในการวิจัยน้อยที่สุดเท่ากับ 2 ชุด มากที่สุด 9 ชุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ชุด

**ตารางที่ 9:** จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
ได้รับการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยง	45	93.7
ได้รับการตรวจสอบความตรงหรือความเที่ยง	3	6.3
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 9 เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พบว่างานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เกือบทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 93.7 ได้รับการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยง มีเพียงร้อยละ 6.3 ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงหรือความเที่ยง เพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 10: จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
แผนกผู้ป่วยนอก	23	47.9
ชุมชนชนบท	16	16.7
ชุมชนเมือง	8	33.3
ชมรมผู้สูงอายุ	1	2.1
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 10 เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 47.9 รองมาเป็นเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ร้อยละ 33.3 และในชุมชนเมือง ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 11: จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
1 – 3 เดือน	32	66.6
ไม่ได้ระบุ	8	16.7
มากกว่า 3 เดือน	5	10.4
น้อยกว่า 1 เดือน	3	6.3
Mean = 2.65, SD = 1.50, Min = 0.5, Max = 8		
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 11 เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า 2 ใน 3 ของงานวิจัย หรือคิดเป็นร้อยละ 66.6 ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 – 3 เดือน รองลงมาเป็น ไม่ระบุ ร้อยละ 16.7 เก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 10.4 และน้อยกว่า 1 เดือน ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลา น้อยที่สุดเท่ากับ ครึ่งเดือน มากที่สุด 8 เดือน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 เดือน



**ตารางที่ 12:** จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ

การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
นัยสำคัญที่ระดับ 0.05	25	52.1
ไม่ระบุ	13	27.1
นัยสำคัญที่ระดับ 0.01	10	20.8
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 12 เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ พบว่างานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ประมาณครึ่งหนึ่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 52.1 มีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามมาด้วยไม่ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ล่วงหน้า ร้อยละ 27.1 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ร้อยละ 20.8

**ตารางที่ 13:** จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำแนกตามสถิติที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์

สถิติที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน	45	93.8
t-test	42	87.5
สัมประสิทธิ์การถดถอยแบบพหุ	25	52.1
F-test	10	20.8
$\chi^2$ -test	8	16.7
<b>รวม</b>	<b>130</b>	

หมายเหตุ : งานวิจัย 1 เรื่องใช้สถิติทดสอบมากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 13 เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย ตามสถิติที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ พบว่างานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ร้อยละ 93.8 สถิติ t-test ร้อยละ 87.5 สัมประสิทธิ์การถดถอยแบบพหุ ร้อยละ 52.1 F-test ร้อยละ 20.8 และ  $\chi^2$ -test ร้อยละ 16.7

### 1.3 คุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ตารางที่ 14: จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกตามเพศของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย

เพศของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
ทั้งสองเพศ	46	95.8
ผู้สูงอายุชายหรือหญิง	2	4.2
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 14 เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ตามเพศของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าเกือบทั้งหมดของงานวิจัยศึกษารวมทั้งสองเพศ คิดเป็นร้อยละ 95.8 โดยมีการศึกษาแยกผู้สูงอายุชายหรือผู้สูงอายุหญิงเพียงอย่างเดียวเพียงร้อยละ 4.2

ตารางที่ 15: จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกตามภาวะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย

ภาวะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
ผู้สูงอายุทั่วไป	26	54.2
ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	22*	45.8
- โรคหัวใจและหลอดเลือด	13	45.8
- โรคกระดูกและข้อ	4	13.7
- โรคเบาหวาน	3	10.3
- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3	10.3
- โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	3	10.3
- โรคมะเร็งปอด	2	6.9
- โรคต้อหินเรื้อรัง	1	3.4
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

หมายเหตุ : \*มีงานวิจัยบางเล่ม ศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค

**จากตารางที่ 15** เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ตามภาวะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ามากกว่าครึ่งเล็กน้อยหรือคิดเป็นร้อยละ 54.2 ศึกษาในผู้สูงอายุทั่วไปหรือไม่ได้ระบุโรคเรื้อรัง และร้อยละ 45.8 ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

เมื่อจำแนกตามโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุศึกษาโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 45.8 โรคทางกระดูกและข้อ ร้อยละ 13.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 10.3 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 10.3

**ตารางที่ 16:** จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกตามทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

Pender's Health Promotion Model	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
ปี 1996	36	75.0
ปี 1987	12	25.0
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

**จากตารางที่ 16** เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ตามทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ของงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า 3 ใน 4 หรือคิดเป็นร้อยละ 75 ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ฉบับปรับปรุงในปี ค.ศ. 1996 และร้อยละ 25 ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ฉบับแรกในปี ค.ศ. 1987

**ตารางที่ 17:** จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกตามทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	41	85.4
ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับทฤษฎีอื่น	7	14.6
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

**จากตารางที่ 17** เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย ตามทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย ของงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มากกว่า 3 ใน 4 หรือคิดเป็นร้อยละ 85.4 ใช้กรอบทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) และมีเพียงร้อยละ 14.6 ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ ได้แก่ PRECEDE-PROCEED Model, Health Belief Model, Social support, Self esteem, Self motivation, แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และมีโน้ตทัศน์ทางด้านสุขภาพ

**ตารางที่ 18:** จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
ครบ 6 ด้าน	45	93.7
5 ด้าน	1	2.1
4 ด้าน	1	2.1
3 ด้าน	1	2.1
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

**จากตารางที่ 18** เมื่อจำแนกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ ซึ่งประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ของงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ พบว่า เกือบทั้งหมด จำนวน 45 เรื่อง หรือคิดเป็นร้อยละ 93.7 ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ครบ 6 ด้าน ที่เหลืออีก 3 เรื่อง ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 5 ด้าน 4 ด้าน และ 3 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 2.1, 2.1, และ 2.1 ตามลำดับ โดยงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเพียง 3 ด้าน ศึกษาในด้านที่สำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปและมีการศึกษาเป็นจำนวนมากคือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านการจัดการความเครียด

ตารางที่ 19: ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	N	Mean ( $\bar{x}$ )	SD.
ด้านโภชนาการ	43	3.07	0.43
ด้านการจัดการกับความเครียด	43	3.05	0.51
ด้านสัมพันธภาพระหว่างระหว่างบุคคล	42	3.01	0.56
ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	40	3.01	0.54
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	42	2.93	0.52
ด้านการออกกำลังกาย	43	2.61	0.64
<b>พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม</b>	<b>46</b>	<b>2.95</b>	<b>0.37</b>

จากตารางที่ 19 เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้ง 6 ด้าน พบว่า โดยรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.95$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x}=3.07$ ) รองลงมาได้แก่ ด้านการจัดการกับความเครียด ( $\bar{x}=3.05$ ) ด้านสัมพันธภาพระหว่างระหว่างบุคคล ( $\bar{x}=3.01$ ) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ( $\bar{x}=3.01$ ) และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $\bar{x}=2.93$ ) โดยพบว่าด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $\bar{x}=2.61$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 20: จำนวนและร้อยละ ของคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำแนกปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัจจัย (n* = 48)	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
ปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล	32	33.0
ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	28	28.9
อิทธิพลระหว่างบุคคล และสถานการณ์	27	27.8
ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพ	8	8.2
ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต	2	2.1
<b>รวม</b>	<b>97</b>	<b>100.0</b>

หมายเหตุ : \*มีงานวิจัยที่ศึกษามากกว่า 1 ปัจจัย ใน 1 เล่ม



**จากตารางที่ 20** เมื่อจำแนกคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาด้านปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล คิดเป็นร้อยละ 33.0 รองลงมาได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 28.9 และปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล และสถานการณ์ คิดเป็นร้อยละ 27.8 ส่วนปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต มีการศึกษาค่อนข้างน้อย คิดเป็นร้อยละ 8.2 และร้อยละ 2.1 ตามลำดับ

**ตารางที่ 21:** จำนวน และร้อยละของงานวิจัย จำแนกตามคะแนนคุณภาพงานวิจัย

ระดับคุณภาพของงานวิจัย	จำนวน (เล่ม)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	33	72.9
ระดับสูง	9	14.6
ระดับต่ำ	6	12.5
Mean = 78.35, SD = 5.23, Min = 58, Max = 87		
<b>รวม</b>	<b>48</b>	<b>100.0</b>

**จากตารางที่ 21** พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ที่นำมาสังเคราะห์ จำนวน 48 เรื่อง ส่วนใหญ่มีคุณภาพงานวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.9 คุณภาพงานวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 14.6 และคุณภาพงานวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 12.5

**ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**

จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมดจำนวน 48 เรื่อง ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การนำเสนอการวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. การวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ตารางที่ 22:** จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จำแนกตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปรปัจจัย	จำนวนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (k = 251)
<b>1. ปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล</b>	129
<b>ปัจจัยด้านชีววิทยา</b>	48
อายุ	20
เพศ	18
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	6
การมีโรคเรื้อรัง	2
ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย	2
<b>ปัจจัยด้านจิตวิทยา</b>	22
การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง	17
แรงจูงใจในตนเอง	3
ความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง	2
<b>ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม</b>	59
รายได้	19
การศึกษา	18
สถานภาพสมรส	16
อาชีพ	5
ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	1
<b>2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต</b>	2
<b>3. ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพ</b>	22
การรับรู้การควบคุมสุขภาพ	14
การให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพ	4
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	3
ความสำคัญของสุขภาพ	1

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

ตัวแปรปัจจัย	จำนวนค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (k = 251)
<b>4. ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ</b>	61
การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	22
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	21
การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	16
ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม	2
<b>5. ปัจจัยทางด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และสถานการณ์</b>	36
การสนับสนุนทางสังคม	18
อิทธิพลด้านสถานการณ์	9
อิทธิพลระหว่างบุคคล	8
สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ	2
<b>รวม</b>	251

จากตารางที่ 22 เมื่อวิเคราะห์ถึงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 251 ค่า โดยสามารถแบ่งได้เป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล จำนวน 129 ค่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต จำนวน 2 ค่า ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 23 ค่า ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 61 ค่า และปัจจัยทางด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ จำนวน 36 ค่า และเมื่อแบ่งตามองค์ประกอบย่อยของแต่ละปัจจัย พบว่ากลุ่มปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยามีจำนวนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จำนวน 48 ค่า ปัจจัยด้านจิตวิทยา จำนวน 22 ค่า และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม จำนวน 59 ค่า ในกลุ่มปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ มีจำนวนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จำนวน 1 ค่า ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 3 ค่า การให้ความหมายของสุขภาพ จำนวน 5 ค่า และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ จำนวน 14 ค่า ในกลุ่มปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการ

กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีจำนวนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จำนวน 22 ค่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 16 ค่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 21 ค่า และความรู้สึที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 2 ค่า และในกลุ่มปัจจัยทางด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และสถานการณ์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ อิทธิพลระหว่างบุคคล มีจำนวนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จำนวน 8 ค่า การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 18 ค่า และอิทธิพลด้านสถานการณ์ จำนวน 9 ค่า และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ จำนวน 2 ค่า

ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์งานวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณในรูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model) ซึ่งค่าขนาดอิทธิพลรวม (Summary effect) ในรูปแบบค่าเฉลี่ยของดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $\bar{r}$ ) ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของค่าเฉลี่ยของดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รับนัยสำคัญทางสถิติ ค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% (95% CI) ค่าผลรวมกำลังสองของความเบี่ยงเบนแบบถ่วงน้ำหนักของค่าอิทธิพล ( $Q$ ) และสัดส่วนของความแตกต่างของค่าอิทธิพลแต่ละงานวิจัย ( $I^2$ ) นำเสนอในตารางที่ 23

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 23: ค่าดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์

ตัวแปรปัจจัย	k	Range of sample size	$\bar{r}$	Min	Max	S.E	95% CI	Q	I <sup>2</sup>	Skew	Kur
1. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต	2	237 - 510	0.409*	0.250	0.542	0.218	0.090 - 0.652	19.79***	94.95	-	-
2. ปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล	129	50 - 510	0.127***	-0.409	0.676	0.190	0.091 - 0.163	1314.53***	90.26	0.218	0.169
2.1 ปัจจัยด้านชีวิตวิทยา	48	83 - 510	0.001	-0.409	0.383	0.152	-0.045 - 0.047	251.00***	81.27	0.637	-4.83
- อายุ	20	83 - 510	-0.124***	-0.004	-0.409	0.132	-0.175 - -0.074	49.63***	63.73		
- เพศ	18	83 - 510	0.084*	-0.145	0.383	0.136	0.018 - 0.149	67.34***	74.75		
- ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเรื้อรัง	6	100 - 150	0.120**	-0.006	0.262	0.092	0.022 - 0.193	7.84	36.21		
- การมีโรคเรื้อรังประจำตัว	2	120 - 400	0.130**	0.109	0.202	0.066	0.045 - 0.214	0.82	0.00		
- ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเรื้อรัง	2	120 - 237	-0.045	-0.030	-0.076	0.033	-0.149 - 0.059	0.17	0.00		
2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา	22	83 - 834	0.292***	0.048	0.676	0.188	0.210 - 0.370	268.35***	92.17	-0.844	0.475
- การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง	17	83 - 834	0.232***	0.048	0.542	0.162	0.159 - 0.303	125.42***	87.24		
- แรงจูงใจในตนเอง	3	50 - 400	0.437*	0.200	0.637	0.218	0.058 - 0.705	53.46***	96.26		
- ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	2	200 - 260	0.554**	0.406	0.676	0.191	0.237 - 0.765	17.04***	94.13		
2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม	59	83 - 510	0.157***	-0.219	0.490	0.161	0.116 - 0.198	346.77***	83.27	-0.281	-0.392
- รายได้	19	83 - 400	0.196***	0.061	0.390	0.104	0.143 - 0.247	49.32***	63.50		
- การศึกษา	18	83 - 510	0.216***	-0.145	0.400	0.136	0.170 - 0.262	40.59**	58.11		
- สถานภาพสมรส	16	100 - 510	-0.076**	-0.219	0.329	0.141	-0.130 - -0.022	40.69***	63.14		

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, Q = Homogeneity index, I<sup>2</sup> = Between study variability



ตารางที่ 23 (ต่อ)

ตัวแปรปัจจัย	k	Range of sample size	$\bar{r}$	Min	Max	S.E	95% CI	Q	I <sup>2</sup>	Skew	Kur
- อาชีพ	5	120 – 400	0.181***	0.143	0.290	0.062	0.130 – 0.231	3.57	0.00		
- ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	1	130	0.490***	-	-	-	0.347 – 0.611	0.00	0.00		
<b>3. ด้านความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม</b>											
3.1. ความสำคัญของสุขภาพ	1	423	0.360***	-	-	-	0.274 – 0.440	0.00	0.00		
3.2 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	3	200 – 423	0.358*	0.080	0.540	0.237	0.036 – 0.613	57.89***	96.54		
3.3 ความหมายของสุขภาพ	4	240	0.165***	0.130	0.240	0.051	0.103 – 0.227	1.97	0.00	1.846	2.619
- ภาวะที่ปราศจากโรค	1	240	0.140*	-	-	-	0.014 – 0.262				
- ความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่	1	240	0.150*	-	-	-	0.024 – 0.271				
- ความสามารถในการปรับตัว	1	240	0.130*	-	-	-	0.003 – 0.252				
- การบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต	1	240	0.240***	-	-	-	0.117 – 0.356				
3.4 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ	14	200 – 510	0.281***	-0.460	0.520	0.289	0.181 – 0.375	180.82***	92.81	0.332	-0.841
- ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	6	200 – 510	0.321**	0.041	0.520	0.210	0.144 – 0.478	100.50***	95.02		
- ความเชื่ออำนาจคนอื่น	4	200 – 400	0.217**	0.098	0.417	0.142	0.063 – 0.361	24.65***	87.83		
- ความเชื่ออำนาจความบังเอิญหรือโชคชะตา	4	200 – 400	-0.284*	-0.460	0.332	0.352	-0.477 – -0.065	50.98***	94.11		

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, Q = Homogeneity index, I<sup>2</sup> = Between study variability

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ตัวแปรปัจจัย	k	Range of sample size	$\bar{r}$	Min	Max	S.E	95% CI	Q	I <sup>2</sup>	Skew	Kur
<b>4. ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ</b>	61	83 – 4,536	0.303***	-0.828	0.865	0.460	0.152 – 0.441	9627.57***	96.37	-.230	-.990
4.1. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	22	83 – 4,536	0.526***	0.160	0.865	0.149	0.445 – 0.599	414.98***	94.94	1.390	0.402
4.2 การรับรู้สมรรถนะของตน	21	100 – 4,536	0.540***	0.036	0.853	0.230	0.421 – 0.640	849.53***	97.64	-.030	-.752
4.3 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	16	100 – 4,536	-.456***	-0.828	-0.086	0.311	-0.572 - -0.342	458.32***	96.73	2.235	1.151
4.4 ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม	2	120	0.596*	0.370	0.756	0.273	0.101 – 0.855	20.95***	95.24	-	-
<b>5. ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และทางสถานการณ์</b>	37	45 – 4,536	0.465***	0.070	0.870	0.194	0.397 - 0.527	659.72***	94.54	-.022	0.252
5.1 การสนับสนุนทางสังคม	18	100 – 4,536	0.526***	0.300	0.870	0.151	0.458 – 0.588	191.59***	91.13	0.927	0.982
5.2 อิทธิพลด้านสถานการณ์	9	45 - 336	0.361***	0.089	0.860	0.242	0.174 – 0.523	142.10***	94.37	1.656	2.557
5.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล	8	45 – 4,536	0.432***	0.070	0.662	0.181	0.242 – 0.590	102.33***	93.16	-.716	1.575
5.4 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ	2	310 - 510	0.436***	0.248	0.594	0.245	0.045 – 0.711	36.23***	67.24	-	-

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001, Q = Homogeneity index, I<sup>2</sup> = Between study variability

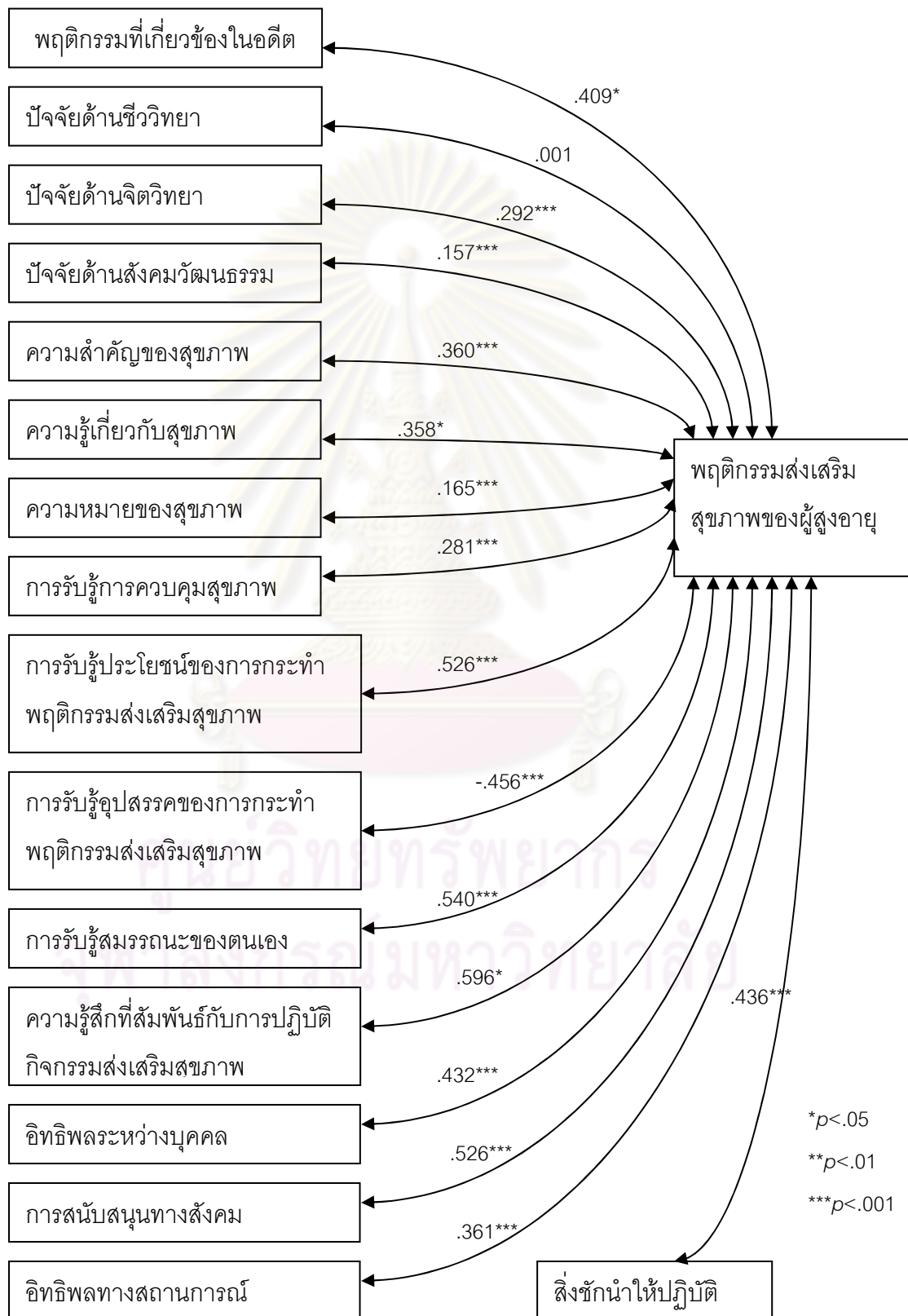
**ตารางที่ 23** ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยย่อยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 39 ตัวแปร อยู่ในช่วง -0.465 ถึง 0.596 เมื่อทดสอบความไม่เป็นเอกพันธ์หรือไม่เป็นเนื้อเดียวกัน (Heterogeneity test) ของค่าเฉลี่ยของแต่ละงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ ด้วยค่าสถิติคว (Q) ซึ่งเป็นการทดสอบว่าค่าพารามิเตอร์ขนาดอิทธิพลมีขนาดกันเท่ากันสำหรับทุกกลุ่มประชากรหรือไม่ก่อนที่จะทำการสังเคราะห์ ในแต่ละปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยย่อยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 7 ตัวแปร ที่มีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous) หรือไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยย่อยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อีกจำนวน 32 ตัวแปร มีความไม่เป็นเอกพันธ์หรือไม่เป็นเนื้อเดียวกัน (Heterogeneous) หรือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาด้วยค่าสัดส่วนของความแตกต่างของค่าอิทธิพลแต่ละงานวิจัย ( $I^2$ ) พบว่า มีค่าตั้งแต่ 0.000 – 97.6 % นั่นคือมีหลายงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ในแต่ละปัจจัย ได้ผลลัพธ์ในความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกันตั้งแต่เล็กน้อยถึงมาก (Borenstein et al., 2009) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้ตัดงานวิจัยที่ให้ผลลัพธ์ที่สุดโต่ง (Outlier) ออก ที่จะทำให้มีค่าความเป็นเอกพันธ์ดีขึ้น แต่ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์หรือปริมาณงานวิจัยทั้งหมด ตามแนวคิดของ Shelby & Vaske (2008) และ Borenstein et al. (2009) ด้วยเหตุผลคือ งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ อาจมีวิธีการดำเนินการวิจัยที่แตกต่างกันโดยเฉพาะการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง หรือจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทั้งผู้สูงอายุที่สุขภาพดีและที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งสถานที่ของการวิจัย (setting) มีทั้งศึกษาผู้สูงอายุในสถานบริการและในชุมชน ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มได้ (Random error) ดังนั้นการวิเคราะห์หรือปริมาณด้วยรูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model) ในครั้งนี้จึงน่าจะมีความเหมาะสม

จากตารางที่ 23 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเรียงลำดับจากสูงไปหาลด คือ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ ( $\bar{r}=0.465$ ,  $p<0.001$ ) ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ( $\bar{r}=0.364$ ,  $p<0.001$ ) ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=0.303$ ,  $p<0.001$ ) ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพ ( $\bar{r}=0.204$ ,  $p<0.001$ ) และปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล ( $\bar{r}=0.127$ ,  $p<0.001$ )

เมื่อวิเคราะห์ในองค์ประกอบย่อยของ 5 กลุ่มปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=0.596$ ,  $p<0.05$ ) ความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ( $\bar{r}=0.554$ ,  $p<0.01$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $\bar{r}=0.540$ ,  $p<0.001$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=0.526$ ,  $p<0.001$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\bar{r}=0.526$ ,  $p<0.001$ ) ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ( $\bar{r}=0.436$ ,  $p<0.001$ ) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=-0.465$ ,  $p<0.001$ ) แรงจูงใจในตนเอง ( $\bar{r}=0.437$ ,  $p<0.001$ ) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ( $\bar{r}=0.436$ ,  $p<0.001$ ) และอิทธิพลระหว่างบุคคล ( $\bar{r}=0.432$ ,  $p<0.001$ ) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ( $\bar{r}=0.364$ ,  $p<0.05$ ) อิทธิพลทางสถานการณ์ ( $\bar{r}=0.361$ ,  $p<0.001$ ) ความสำคัญของสุขภาพ ( $\bar{r}=0.360$ ,  $p<0.001$ ) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ( $\bar{r}=0.358$ ,  $p<0.001$ ) และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ( $\bar{r}=0.321$ ,  $p<0.01$ ) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ความเชื่ออำนาจความบังเอิญหรือโชคชะตา ( $\bar{r}=-0.284$ ,  $p<0.05$ ) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ( $\bar{r}=0.232$ ,  $p<0.001$ ) ความเชื่ออำนาจคนอื่น ( $\bar{r}=0.217$ ,  $p<0.001$ ) การศึกษา ( $\bar{r}=0.216$ ,  $p<0.001$ ) รายได้ ( $\bar{r}=0.196$ ,  $p<0.001$ ) อาชีพ ( $\bar{r}=0.181$ ,  $p<0.001$ ) ความหมายของสุขภาพ ( $\bar{r}=0.165$ ,  $p<0.001$ ) การมีโรคเรื้อรังประจำตัว ( $\bar{r}=0.130$ ,  $p<0.01$ ) อายุ ( $\bar{r}=-0.125$ ,  $p<0.001$ ) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเรื้อรัง ( $\bar{r}=0.108$ ,  $p<0.05$ ) เพศ ( $\bar{r}=0.084$ ,  $p<0.05$ ) และสถานภาพสมรส ( $\bar{r}=-0.076$ ,  $p<0.01$ )

โดยจากตารางที่ 23 จากผลการวิเคราะห์อภิमान สามารถแสดงแผนภาพความสัมพันธ์รวมทั้งหมด ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ดังภาพที่ 5

ภาพที่ 5: ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์





**จากภาพที่ 5** พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับสูง ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=0.596$ ,  $p<.001$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $\bar{r}=0.540$ ,  $p<.001$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=0.526$ ,  $p<.001$ ) การสนับสนุนทางสังคม ( $\bar{r}=0.526$ ,  $p<.001$ ) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางค่อนไปข้างสูง ได้แก่ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ( $\bar{r}=0.436$ ,  $p<.001$ ) อิทธิพลระหว่างบุคคล ( $\bar{r}=0.432$ ,  $p<.001$ ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบ ( $\bar{r}=-0.465$ ,  $p<.001$ ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ( $\bar{r}=0.409$ ,  $p<.05$ ) อิทธิพลทางสถานการณ์ ( $\bar{r}=0.361$ ,  $p<.001$ ) ความสำคัญของสุขภาพ ( $\bar{r}=0.360$ ,  $p<.001$ ) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ( $\bar{r}=0.358$ ,  $p<.05$ ) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับค่อนข้างต่ำ ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตวิทยา ( $\bar{r}=0.292$ ,  $p<.001$ ) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ ( $\bar{r}=0.281$ ,  $p<.001$ ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับต่ำ ได้แก่ ความหมายของสุขภาพ ( $\bar{r}=0.165$ ,  $p<.001$ ) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ( $\bar{r}=0.157$ ,  $p<.001$ ) ส่วนปัจจัยทางด้านชีววิทยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับต่ำมาก ( $\bar{r}=0.001$ ,  $p> 0.05$ ) รายละเอียดของการวิเคราะห์ค่าดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่นำเสนอโดยใช้กราฟ Forest Plot นำเสนอรายละเอียดในภาคผนวก ๑

ผู้วิจัยวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้ง 5 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยทางด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ใช้สถิติทดสอบเอฟ (F - test) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ (Post-Hoc) โดยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe' method) ดังแสดงในตารางที่ 24

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มคุณลักษณะงานวิจัยทั้งด้านคุณลักษณะทั่วไป ด้านวิธีวิทยาการวิจัย และด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย ที่นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบที (t - test) หรือสถิติ F-test พบว่า ไม่มีตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยกลุ่มใด ที่ทำให้ค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 24:** ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยกำหนดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยกำหนด	k	$\bar{r}$	S.D	Test of homogeneity of variances	F	คู่ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05
1. ปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล	129	.127	0.19	21.98***	9.98***	4 > 1
2. ปัจจัยด้านประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องในอดีต	2	.409	0.28			5 > 1 5 > 3
3. ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ	22	.204	0.25			
4. ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	61	.303	0.46			
5. ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคลและทางสถานการณ์	37	.465	0.19			

\*\*\* $p < 0.001$

**จากตารางที่ 24** เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มปัจจัยกำหนดกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มปัจจัย 5 ปัจจัย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงกว่าปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านอิทธิพลของบุคคลและทางสถานการณ์มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงกว่าปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยอภิปรายงานวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านคุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัย ด้านเนื้อหาสาระของการวิจัย ด้านวิธีวิทยาการวิจัยและด้านคุณภาพงานวิจัย และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นปริญยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษาและรายงานการวิจัย จำนวน 48 เล่ม ที่พิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2552 จากการสืบค้นผ่านฐานข้อมูลต่างๆ ในห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดสภาวิจัย แบ่งเป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท จำนวน 37 เล่ม รายงานการวิจัย จำนวน 5 เล่ม และบทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ จำนวน 6 เรื่อง ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากประชากรงานวิจัยทั้งหมด 97 เล่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ตอน คือ แบบคัดเลือกงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพการวิจัย และแบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบคัดเลือกงานวิจัย เป็นเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ข้อ
2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เป็นเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานวิจัย จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ
3. แบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลลักษณะทั่วไปของงานวิจัย จำนวน 10 ข้อ แบบบันทึกข้อมูลด้านวิธีวิทยาการวิจัย จำนวน 15 ข้อ และ แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาสาระของงานวิจัย จำนวน 7 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของงานวิจัยทั้งหมด ใช้วิธีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์ ครอบคลุมของเนื้อหาและความสอดคล้องเหมาะสมของเนื้อหา โดยถือเกณฑ์การยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 ขึ้นไป ส่วนการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย ใช้วิธีการตรวจสอบความสอดคล้องของการบันทึก (Interrater reliability) ระหว่างผู้วิจัยกับอาจารย์ที่ปรึกษาจำนวน 2 ท่าน โดย

ทดลองบันทึกงานวิจัยจำนวน 5 เล่ม ในส่วนของข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย บันทึกได้ตรงกันทั้งหมด ส่วนของคะแนนคุณภาพงานวิจัย ได้ค่าความสอดคล้องของการประเมินคุณภาพงานวิจัยเท่ากับ 0.97

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Comprehensive Meta-Analysis (CMA) version 2.0 และโปรแกรม SPSS for window แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์คุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติบรรยายหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบอิทธิพลสุ่ม (Random effect model)

## สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

### 1.1 คุณลักษณะงานวิจัยด้านลักษณะทั่วไป

งานวิจัยทั้ง 48 เล่ม เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทมากที่สุด ร้อยละ 77 สถาบันที่ผลิตส่วนใหญ่เป็นมหาวิทยาลัยมหิดล ร้อยละ 33 กับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร้อยละ 31 คณะที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด คือคณะพยาบาลศาสตร์ และสาขาที่ผลิตงานวิจัย ส่วนใหญ่เป็นสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ร้อยละ 33 รองลงมาคือ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ร้อยละ 27 และสาขาการพยาบาลสาธารณสุข ร้อยละ 17 งานวิจัยส่วนใหญ่พิมพ์เผยแพร่หลังช่วงปี พ.ศ. 2540 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบัน และส่วนใหญ่มีจำนวนผู้วิจัย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 77

### 1.2 คุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีการวิทยาการวิจัย

งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ร้อยละ 52 มีการระบุกรอบแนวคิดในการวิจัย ร้อยละ 92 งานวิจัยทั้งหมดมีจำนวนตัวแปรต้นเฉลี่ย 5 ตัวแปร มากกว่า 2 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 69 ที่กำหนดสมมุติฐานการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 313 คน (45 - 4,536 คน) วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ร้อยละ 29 ตามมาด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ร้อยละ 25 และการเลือกตามสะดวก ร้อยละ 17 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเฉลี่ย 5 ชุด (2 – 9 ชุด) งานวิจัยเกือบทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 94 ได้รับการ

ตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยง ส่วนใหญ่เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 47.9 รองมาเป็นเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ร้อยละ 33.3 และในชุมชนเมือง ร้อยละ 16.7 ตามลำดับ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉลี่ย 2.7 เดือน (0.5 – 8 เดือน) งานวิจัยประมาณครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 52.1 มีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และส่วนใหญ่ใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ร้อยละ 94 สถิติ t-test ร้อยละ 87 และสัมประสิทธิ์การถดถอยแบบพหุ ร้อยละ 52

### 1.3 คุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย และคุณภาพงานวิจัย

งานวิจัยเกือบทั้งหมดหรือคิดเป็นร้อยละ 96 ศึกษาผู้สูงอายุรวมทั้งเพศชายและเพศหญิง ประมาณครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 54 ศึกษาผู้สูงอายุทั่วไป และร้อยละ 46 ศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี ค.ศ. 1996 ร้อยละ 75 และงานวิจัยเกือบทั้งหมดหรือร้อยละ 94 ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ ครบทั้ง 6 ด้าน โดยตัวแปรปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ของงานวิจัยมี 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ร้อยละ 33 ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 29 และปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และสถานการณ์ ร้อยละ 28 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพ ร้อยละ 8 และปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ร้อยละ 2 ส่วนในด้านคุณภาพของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่า คะแนนคุณภาพงานวิจัยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.4 คะแนน เมื่อแบ่งเป็นช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพในระดับสูง

2. ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์อภิมานจากงานวิจัยจำนวน 48 เล่ม มีจำนวนค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 251 ค่า ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเรียงลำดับจากสูงไปหาต่ำ คือ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และสถานการณ์ ( $\bar{r}=0.465$ ,  $p<0.001$ ) ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ( $\bar{r}=0.364$ ,  $p<0.001$ ) ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=0.303$ ,  $p<0.001$ ) ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพ ( $\bar{r}=0.204$ ,  $p<0.001$ ) และปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล ( $\bar{r}=0.127$ ,  $p<0.001$ )



เมื่อวิเคราะห์ในองค์ประกอบย่อยของแต่ละปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r} = 0.596$ ,  $p < 0.05$ ) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $\bar{r} = 0.554$ ,  $p < 0.01$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ( $\bar{r} = 0.540$ ,  $p < 0.001$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r} = 0.526$ ,  $p < 0.001$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\bar{r} = 0.526$ ,  $p < 0.001$ ) ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ( $\bar{r} = 0.436$ ,  $p < 0.001$ ) การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r} = -0.465$ ,  $p < 0.001$ ) แรงจูงใจในตนเอง ( $\bar{r} = 0.437$ ,  $p < 0.001$ ) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ( $\bar{r} = 0.436$ ,  $p < 0.001$ ) และอิทธิพลระหว่างบุคคล ( $\bar{r} = 0.432$ ,  $p < 0.001$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

ในการอภิปรายผลครั้งนี้ผู้วิจัยจะอภิปรายประเด็นสำคัญที่ค้นพบในการวิเคราะห์อภิปรายครั้งนี้ โดยสรุปประเด็นข้อค้นพบสำคัญ 2 ส่วน คือ 1) คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 2) ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นข้อสรุปที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัย

#### 1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่นำมาสังเคราะห์ จำนวน 48 เล่ม มีคุณลักษณะงานวิจัยที่สำคัญ ดังนี้คือ

##### 1.1 คุณลักษณะงานวิจัยด้านลักษณะทั่วไป

งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทมากที่สุด ร้อยละ 77 ทั้งนี้เนื่องมาจากการศึกษาในระดับปริญญาโทมีข้อบังคับให้ต้องทำวิจัยเพื่อเป็นวิทยานิพนธ์ ดังนั้นงานวิจัยที่ปรากฏและค้นพบส่วนมากจึงเป็นงานวิจัยที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิปรายหลายเรื่องในประเทศไทยที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นสาขาพยาบาลศาสตร์ (ปิยะฉัตร ฉ่ำชื่น, 2547; ลิขรรณ อุนนาภิรักษ์ และปิยาณี คล้ายนิล, 2550; Tilokskulchai et al., 2004) ครุศาสตร์/ศึกษาศาสตร์ (นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล

ว่องวานิช, 2541; อธิติฤทธิ์ พงษ์ปิยะรัตน์, 2542) และสังคมศาสตร์ (อริยา ทองกร, 2551) ที่ต่างรายงานว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นปริญาานิพนธ์ในระดับปริญาโทมากที่สุด

โดยสถาบันที่ผลิตงานวิจัยเหล่านี้มากที่สุด คือ มหาวิทยาลัยมหิดล ร้อยละ 33 และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร้อยละ 31 และคณะที่ผลิตงานวิจัยส่วนใหญ่คือ คณะพยาบาลศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 69 และสาขาที่ผลิตส่วนมากเป็นสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ร้อยละ 33 และสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ร้อยละ 27 ทั้งนี้เนื่องจากมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นมหาวิทยาลัยที่มีคณะพยาบาลศาสตร์ 2 แห่ง คือ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล กับโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และมีการเปิดสอนในระดับปริญาโทในสาขาการพยาบาลหลายสาขา มากกว่า 30 ปี ดังนั้นจึงน่าจะส่งผลให้มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุด ส่วนมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้เปิดสอนในระดับปริญาโทในสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุโดยตรงเป็นแห่งแรกมากกว่า 10 ปี จึงทำให้ผลิตผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมากด้วยเช่นกัน ทั้งนี้อีกเหตุผลที่พบบางงานวิจัยส่วนใหญ่มาจากคณะพยาบาลศาสตร์ และสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้วิจัยได้กำหนดคัดเลือกงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ซึ่งเป็นทฤษฎีทางการพยาบาล อย่างไรก็ตามแม้ส่วนน้อยของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสาขาหรือคณะอื่นๆ เช่น สังคมศาสตร์ หรือศึกษาศาสตร์ แต่ผู้วิจัยทั้งหมดก็เป็นพยาบาลวิชาชีพ จึงอาจคุ้นเคยกับทฤษฎีของเพนเดอร์และเลือกใช้มากกว่าทฤษฎีอื่น

ปีที่พิมพ์เผยแพร่ พบบางงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2534 หลังจากที่เพนเดอร์ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ในปี ค.ศ. 1987 (พ.ศ. 2530) (Pender, 1987) หลังจากนั้นมา 5 ปี ก็ยังมีการศึกษาและพิมพ์เผยแพร่ไม่บ่อยมาก โดยมีการพิมพ์เผยแพร่มากที่สุดช่วงปี พ.ศ. 2540 – 2550 คิดเป็นร้อยละ 77 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากช่วงนี้มีการเปิดสอนในระดับปริญาโทสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และต่อมามีหลายมหาวิทยาลัยที่เริ่มทยอยเปิดสาขานี้ จึงทำให้มีการพิมพ์เผยแพร่มากที่สุดในช่วงนี้ ประกอบกับเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ปรับปรุงกรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1996 (พ.ศ. 2539) จึงทำให้หลังจากนั้นมีนักวิจัยไทยนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) มาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างแพร่หลาย (อรพรรณ ศรียุคตศุท, 2546)

## 1.2 คุณลักษณะงานวิจัยด้านวิธีวิทยาการวิจัย

แบบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นแบบการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ร้อยละ 52 และแบบสหสัมพันธ์และพยากรณ์ ร้อยละ 44 และเกือบทั้งหมดหรือร้อยละ 92 ระบุกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยตัวแปรตามของงานวิจัยทั้งหมดเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และงานวิจัยมีจำนวนตัวแปรต้นโดยเฉลี่ย 5 ตัวแปร และประมาณร้อยละ 69 มีการระบุสมมุติฐานงานวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยทั้งหมดศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบการวิจัยที่เหมาะสมจึงน่าจะเป็นแบบการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ หรือแบบสหสัมพันธ์ และพยากรณ์ เนื่องจากการออกแบบการวิจัยเป็นงานที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งในการศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นงานของการวางแผนที่จะผสมผสาน ทฤษฎี แนวความคิด ข้อมูล แนวทางดำเนินงานวิจัย ภายใต้ขีดจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้ได้คำตอบตรงตามประเด็นปัญหาการวิจัย ช่วยให้ผู้วิจัยเห็นภาพพจน์ของการดำเนินงานในทุกๆ ด้านได้อย่างชัดเจน และได้คำตอบที่มีความเชื่อถือได้ด้วย (ผ่องพรรณ ตรียมงคล และสุภาพ ฉัตรภรณ์, 2541) งานวิจัยทั้งหมดใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ หรือใช้ทฤษฎีของเพนเดอร์ร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ เนื่องจากการทำวิจัยต้องมีการกำหนดกรอบแนวคิด เพื่อที่จะสามารถอธิบายได้ถึงความเชื่อมโยง ความเป็นเหตุเป็นผลของปรากฏการณ์ที่ศึกษา (รัตนศิริ ทาโต, 2551) โดยทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ได้อธิบายแนวคิด ปรากฏการณ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัยทั้งปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ในอดีต ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อการกระทำพฤติกรรม (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) จึงทำให้มีแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย รวมทั้งสามารถศึกษาตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้หลากหลายตัวแปร ตามเหตุผลความสำคัญและความจำเป็นในการวิจัยแต่ละเรื่อง ซึ่งทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่นักวิจัยไทยนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยอย่างแพร่หลายในทุกกลุ่มอายุ (Tilokskulchai et al., 2004) ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ในการระบุทิศทางของสมมุติฐานการวิจัยของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนตั้งแต่ 45 คน ถึง 4,536 คน โดยเฉลี่ย 313 คน เป็นงานวิจัยตั้งแต่ขนาดเล็กที่ทำเฉพาะในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งจนถึงขนาดใหญ่ที่ทำในระดับภาค งานวิจัยมากกว่าครึ่งหรือคิดเป็นร้อยละ 58 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น

เช่น การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง หรือตามความสะดวก และร้อยละ 40 ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดและวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย มักเป็นไปตามข้อกำหนด เหตุผลการตัดสินใจ และข้อจำกัดของนักวิจัย (บุญใจ สถิตยั นรานุภ, 2550) โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ที่เป็นปริญาานิพนธ์นั้นเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ เฉพาะ เช่น ในแผนกผู้ป่วยนอก การเลือกกลุ่มตัวอย่างส่วนมากจึงเป็นการเลือกแบบเจาะจง หรือแบบตามสะดวก ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ในระดับอำเภอ จังหวัด หรือภาค ส่วนใหญ่ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็นเพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

ด้านของเครื่องมือวิจัย พบว่า งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีจำนวนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเฉลี่ย 5 ชุด โดยจำนวน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขึ้นกับตัวแปรในการศึกษาวิจัย งานวิจัยเกือบทั้งหมดหรือคิดเป็นร้อยละ 94 มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยง โดยความตรงเชิงเนื้อหาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และตรวจสอบความเที่ยงใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค ซึ่งเป็นวิธีการ ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นปริญาานิพนธ์ ที่มีการ ควบคุมคุณภาพงานวิจัยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษา วิธีการวิจัยจึงต้องมีความถูกต้องอย่างเข้มข้น เพื่อให้งานวิจัยนั้นมีคุณภาพ โดยเฉพาะเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ต้องมีความถูกต้อง เที่ยงตรง เพื่อที่จะสามารถวัดตัวแปรที่ศึกษาได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม และน่าเชื่อถือ (บุญใจ สถิตยั นรานุภ , 2550; Burns & Grove, 2009) ส่วนด้านระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล งานวิจัยทั้งหมดใช้ เวลาเฉลี่ยในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2.7 เดือน ทั้งนี้ขึ้นกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และกลุ่ม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่กับที่ ไม่ค่อยได้เคลื่อนที่หรือย้ายถิ่นไปไหน และมักให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดี จึงทำให้ไม่ต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลมากนัก

ด้านสถิติที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 73 มีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ ล่วงหน้า และสถิติที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์เกือบทั้งหมด หรือร้อยละ 94 ใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ และตัวแปร ต้นหลายปัจจัยมีมาตรวัดเป็นระดับอันตรภาค และตัวแปรตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็มีระดับ การวัดแบบอันตรภาคชั้น การใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันในการทดสอบ สมมุติฐานจึงมีความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิเคราะห์ห่อภิมาณของนักวิจัยหลายคนที่ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่างๆ ที่พบว่าส่วนใหญ่งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ให้



สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันในการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย (ปิยะฉัตร ฉ่ำชื่น, 2547; อริยา ทองกร, 2551)

### 1.3 คุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระงานวิจัย และคุณภาพงานวิจัย

งานวิจัยเกือบทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 96 ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งสองเพศ มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเฉพาะเพศชาย แต่อย่างไรก็ตามที่ศึกษาในเฉพาะเพศเนื่องจากศึกษาในโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเฉพาะเพศชายเท่านั้น เช่น โรคต่อมลูกหมากโต ทั้งนี้ที่งานวิจัยเกือบทั้งหมดศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งสองเพศ อาจเนื่องมาจากไม่ได้มุ่งเน้นการวิเคราะห์ในเรื่องความแตกต่างของบทบาทหญิงชาย (Gender analysis) ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง ดังนั้นประเด็นบทบาททางเพศ ที่ควรนำมาวิเคราะห์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่ควรมีการศึกษาต่อไป

งานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ามากกว่าครึ่งเล็กน้อยหรือคิดเป็นร้อยละ 54 ศึกษาในผู้สูงอายุทั่วไปหรือไม่ได้ระบุโรคเรื้อรัง และร้อยละ 46 ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุไม่ว่าจะมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Ford et al., 2000; Etkin et al., 2006; Minkler, Schauffler, & Clements-Nolle, 2000; Resnick, 1998; Phillips, Pruitt, & King, 1996) จึงทำให้มีผู้สนใจศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยพบว่าม้งานวิจัยที่ศึกษาครอบคลุมในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สำคัญทุกโรค

งานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า 3 ใน 4 หรือคิดเป็นร้อยละ 75 ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ฉบับปรับปรุงในปี ค.ศ. 1996 และร้อยละ 25 ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ฉบับแรกในปี ค.ศ. 1887 ทั้งนี้ในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นมาโดยศาสตราจารย์ทางการแพทย์พยาบาล (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) จึงมีนักวิจัยทางการแพทย์ทั่วโลกนำไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งในประเทศไทย (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543; อรวมน ศรียุคตศุทธ, 2546; Sriyuktasuth, 2002) โดยเพนเดอร์ได้ปรับปรุงกรอบทฤษฎีตามการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ จนได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ฉบับปรับปรุงในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งมีการรวมกลุ่มแนวคิด และตัวแปร



ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนมากขึ้น (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ประกอบกับงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเริ่มเป็นที่นิยมศึกษาเป็นอย่างมากหลังปี พ.ศ. 2540 จึงทำให้มีการนำกรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ฉบับปรับปรุงในปี ค.ศ. 1996 มาใช้กันมาก สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิमानของงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย โดย ฟองคำ ติลกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) ที่พบว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ใช้แนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ฉบับปรับปรุงในปี ค.ศ. 1996 ถึงร้อยละ 68 การมุ่งเน้นในการทดสอบทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เป็นประเด็นที่น่าสนใจในการทดสอบว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้อธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้เหมาะสมหรือไม่

ส่วนด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศึกษา พบว่างานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ศึกษาในปัจจัยด้านบุคคล ร้อยละ 33 ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 29 ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และสถานการณ์ ร้อยละ 28 ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยกำหนดสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) จึงมีผู้ศึกษาในประเด็นปัจจัยเหล่านี้เป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิमानของงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย โดย ฟองคำ ติลกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) ที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่นักวิจัยทางการแพทย์นำมาศึกษาในการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ ในประเทศไทย

ในด้านคุณภาพของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ พบว่า คะแนนคุณภาพงานวิจัยอยู่ในช่วงตั้งแต่ 58 ถึง 87 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.4 คะแนน เมื่อแบ่งเป็นช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท ที่มีกระบวนการวิจัยค่อนข้างชัดเจน และมีระบบการตรวจสอบทั้งจากอาจารย์ที่ปรึกษา และการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ผ่านกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผลให้งานวิจัยที่ออกมา มีคุณภาพในระดับหนึ่ง ประกอบกับงานวิจัยที่เป็นรายงานการวิจัยหรืองานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ ส่วนใหญ่ดำเนินการวิจัยโดยนักวิจัยที่เป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย หรือวิทยาลัยพยาบาล ที่มีคุณวุฒิทั้งในระดับปริญญาโทหรือปริญญาเอก ซึ่งน่าจะส่งผลให้งานวิจัยมีคุณภาพ

## 2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นข้อสรุปที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัย

จากการวิเคราะห์หอคัมภีร์ (Meta-analysis) ในครั้งนี้พบว่า มี 5 กลุ่มปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจและความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล สามารถอภิปรายผลข้อค้นพบสำคัญได้ดังต่อไปนี้

### 2.1 ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ ผลการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีการวิเคราะห์หอคัมภีร์ครั้งนี้ ชี้ชัดว่าปัจจัยของอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ โดยปัจจัยย่อยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลทางสถานการณ์ รวมทั้งสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ

#### 2.1.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือการสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.526, p < 0.001$ ) โดยในการวิเคราะห์หอคัมภีร์ครั้งนี้ ก็พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุถึง 18 เล่ม ( $k=18$ ) แสดงถึงตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรสำคัญ ที่นักวิจัยทางการแพทย์มักนำมาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยจากการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 48 เล่ม ผลการวิเคราะห์ทุกงานวิจัยพบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.300 - 0.870$ ) ทั้งนี้การที่การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อาจเนื่องมาจากบริบทของสังคมไทยที่เป็นสังคมแบบรวมกลุ่ม (Collectivism) ที่บุคคลมีการพึ่งพาอาศัยกัน และมีอิทธิพลต่อกัน (Ingersoll-Dayton et al., 2001; Thanakwang, 2009) ทั้งความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และการปฏิบัติตัว โดยการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในสังคมไทย อันมีฐานรากมาจากวัฒนธรรมประเพณี และความเลื่อมใสในพุทธศาสนา ผู้คนมีจิตใจเมตตา เพื่อแผ่อุปถัมภ์ซึ่งกันและกัน แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมนี้ สามารถนำมาอธิบายความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่างๆ ที่อยู่อาศัยในชุมชนเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน รวมทั้งหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน การช่วยเหลือเกื้อหนุนจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ หรือได้รับปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสม ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งเกื้อหนุนทางสังคม ที่มีความสำคัญและใกล้ชิดต่อผู้สูงอายุมาก

ที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตามความต้องการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะมีมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล

การได้รับการสนับสนุน จากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินย้อนกลับ เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกในทิศทางบวก ทั้งทัศนคติและค่านิยมในทางบวก เกิดแรงจูงใจ ความมั่นใจต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีการศึกษาหลายงานในประเทศตะวันตกที่ยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุหลายด้าน เช่น เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเอง การจัดการตนเองในภาวะวิกฤติของชีวิต เพิ่มความรู้ การรับรู้ และค่านิยมต่อสุขภาพ และจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค (Allen et al., 2001; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006; Stansfeld, 2000; Uchino, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานในประเทศไทย เช่น การศึกษาของ สุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ (Nanthamongkolchai et al., 2007) และกัตติกา ณะขำ (Thanakwang, 2008) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางใจ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมได้รับการยืนยันจากการศึกษาหลายงานว่ามีความสัมพันธ์ทั้งทางตรง และทางอ้อมผ่านสภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์ ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Thanakwang, 2008; Thanakwang & Soonthornhadha, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งใหม่ที่พบว่า ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ล้วนมีอิทธิพลทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ McAuley, et al. (2003a) ที่ยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงความรู้สึกทางบวกต่อการออกกำลังกาย และการรับรู้สมรรถนะของตน และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุผ่านสองตัวแปรดังที่กล่าวมานี้

ดังนั้นจึงไม่เป็นที่น่าสงสัยที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นปัจจัยมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ยืนยันความสอดคล้องจากการศึกษาหลายงานไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในต่างประเทศ (McAuley, et al., 2003a; McAuley, et al., 2003b; Riffle, Yoho, & Sams, 1989; Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996) หรือการศึกษาในประเทศไทย (จิราพร มงคลประเสริฐ, 2445; นวัชรพร วัฒนวิโรจน์

รุ่งโรจน์ พุ่มวิ้ว และชัยยง ขามรัตน์, 2551; วิลาวัลย์ ต่อปัญญา และคณะ, 2547; Thanakwang, 2008; Thanakwang & Soonthornhdhada, 2008) ในส่วนของการวิเคราะห์ห่อภิมานของหลาย การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ต่างก็ให้ผลการสังเคราะห์ที่ตรงกันว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การวิเคราะห์ห่อภิมานของ Wang, Wu, & Liu (2003) ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $r=0.54$ ,  $p<0.001$ ) เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ห่อภิมานของ Yarcheski et al. (2004) ในเรื่องปัจจัยทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทาง สังคมมีอิทธิพลในระดับปานกลางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $r=0.40$ ) สำหรับการ สังเคราะห์งานวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมานในประเทศไทย เช่น การวิเคราะห์ห่อภิมานของ อริยา ทองกร (2551) ในเรื่องการศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากร ทั่วไป พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าปัจจัยด้าน อื่นๆ ( $r=0.38$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) ที่วิเคราะห์ห่อภิมานของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ที่ใช้กรอบ แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ก็พบว่า พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $r=0.33$ ) ซึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับการวิเคราะห์ห่อภิมานของ อริยา ทองกร และฟองคำ ดิลกสกุลชัย และคณะ จะ เห็นว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของการศึกษาครั้งนี้ มีค่าขนาดอิทธิพลสูงกว่า ( $r=0.53$  vs.  $0.40$  และ  $0.33$ ) ความแตกต่างนี้อาจเนื่องจากการศึกษาทั้ง 2 งาน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในวัย ทั่วไป นั่นจึงเป็นตัวยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างมากในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการสังเคราะห์ งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมานของ ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และปิยาณี คล้ายนิล (2550) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด ( $d=1.46$ ) ต่อพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทย

### 2.1.2 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ผลของการ

วิเคราะห์ห่อภิมานของความสัมพันธ์ระหว่างการวิจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ จากงานวิจัยจำนวน 8 เล่ม ( $k=8$ ) ที่ศึกษารวมอิทธิพลระหว่างบุคคลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบรรทัดฐานทางสังคม (Norms) การสนับสนุนช่วยเหลือ (Support) และการเป็น



แบบอย่าง (Models) พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกในระดับปานกลาง ค่อนไปทางสูงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $r=0.432$ ,  $p<0.001$ ) ทั้งนี้เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์แบบเครือญาติ ความสัมพันธ์แบบเพื่อนฝูง/เพื่อนบ้าน และความสัมพันธ์กับบุคคลหรือองค์กรอื่นๆ ซึ่งมีทั้งความสัมพันธ์ในรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เป็นสิ่งที่พบเห็นเป็นปกติในบริบทวัฒนธรรมของสังคมไทย ที่เป็นสังคมแบบรวมกลุ่ม ที่อยู่รวมกันเป็นหมู่บ้าน หรือชุมชน ดังนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคลในสังคมจึงน่าจะเป็นสิ่งที่กระตุ้น ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการที่ชุมชนวางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้ หรือวางกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่ให้บุคคลปฏิบัติ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมแบบต่างตอบแทน (Reciprocity) ที่บุคคลมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูล ข่าวสาร และอารมณ์ (Ingersoll-Dayton et al., 2001; Thanakwang, 2009) นอกจากนี้การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ แล้วนำมาเป็นแบบอย่าง มักจะเห็นในกลุ่มผู้สูงอายุในสังคมชนบท ดังเช่นจากการศึกษาของ กัตติกา ธนะขำว้าง และคณะ (2553) ที่พบว่า เครือข่ายเพื่อนมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในสังคมชนบท โดยผู้สูงอายุมีการเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อน ไม่ว่าจะจะเป็นหมู่บ้านเดียวกัน หรือต่างหมู่บ้าน ซึ่งเมื่อเห็นผู้สูงอายุกลุ่มอื่นปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย ชนิดที่ผู้สูงอายุชอบและคุ้นเคย ก็มักจะมีการเลียนแบบและนำมาปฏิบัติ

เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) กล่าวว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นขึ้นกับพื้นฐานวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ด้วย และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบริบทของประชากรที่หลากหลาย หรือศึกษาข้ามวัฒนธรรม นอกจากนี้เพนเดอร์ยังชี้ให้เห็นถึงการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในประเทศตะวันตกที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ว่าพบผลการศึกษาร้อยละ 57 ของงานวิจัยที่ยืนยันว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องศึกษาวิเคราะห์ถึงเครือข่ายทางสังคม ไม่ว่าจะจะเป็นเครือข่ายใกล้ชิด เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง เครือข่ายรอง เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือเครือข่ายขยาย เช่น บุคลากรหรือองค์กรภาครัฐหรือเอกชนที่เกี่ยวข้อง ว่าเครือข่ายไหนมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมผู้สูงอายุอย่างไร มากน้อยแค่ไหน เพื่อนำไปจัดกระทำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป ดังเช่นจากการศึกษาของกัตติกา ธนะขำว้าง (Thanakwang, 2008) ในการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural



Equation Model) ของความสัมพันธ์ในสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ทั้งเครือข่ายครอบครัว และเครือข่ายเพื่อน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่เครือข่ายเพื่อนมีอิทธิพลมากกว่า โดยมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในขณะที่เครือข่ายครอบครัวมีเพียงอิทธิพลทางอ้อมผ่านการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น ดังนั้นการส่งเสริมการสร้างเครือข่ายเพื่อน และกิจกรรมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ เพื่อสร้างโอกาสการเข้าถึงอย่างสะดวกในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุ ยังเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อขยายองค์ความรู้ต่อไป

### 2.1.3 อิทธิพลทางสถานการณ์ (Situational influences) ปัจจัยด้าน

อิทธิพลทางสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.361, p < 0.001$ ) อาจเนื่องมาจากกว่าทศวรรษที่ผ่านมา ระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศไทย ได้มุ่งเน้นยุทธศาสตร์การบริการเชิงรุก และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยมีการให้ความรู้ ทัศนคติ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น สถานการณ์หรือภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวยมีอิทธิพลต่อการรับรู้และความคิดของผู้สูงอายุ อันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังที่เพนเดอร์ กล่าวถึง อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่ารวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสนับสนุน ความต้องการ และความสะดวกสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยบุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต รู้สึกปลอดภัยและมั่นคง ซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จะเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) จากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในประเทศตะวันตก ที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ว่าพบผลการศึกษาร้อยละ 56 ของงานวิจัย ที่ยืนยันว่าอิทธิพลทางสถานการณ์ เป็นปัจจัยกำหนดต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) และมีการวิเคราะห์อภิमानครั้งนี้ ให้ผลสอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนไทย ที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ของฟองคำ ทิลกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) ที่พบว่าอิทธิพลทางสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $r = 0.34$ )

**2.1.4 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Cues to action)** สิ่งชักนำให้ปฏิบัติเป็น ปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ปี ค.ศ. 1987 ในการวิเคราะห์ห่อภิมานครั้งนี้มีการศึกษาค่อนข้างน้อยมีเพียง 2 เล่ม ( $k = 2$ ) และพบว่า สิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีอิทธิพลในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{r} = 0.436, p < 0.001$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก อาจมีหลายปัจจัย กระตุ้นส่งเสริม ชักนำ ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสิ่งชักนำภายนอกจากเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การกระตุ้นชี้แนะจากบุคลากรทางด้านทางการแพทย์ และด้านสาธารณสุข รวมทั้งอิทธิพลของเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่พบว่า เครือข่ายทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม โดยเฉพาะกับเพื่อนฝูง มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (กัตติกา ธนะขำว้าง และคณะ, 2553; จิราพร มงคล ประเสริฐ, 2545; Gallant, Spitze, & Prohaska, 2007; Levy-Storms & Lubben, 2006)

**2.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behaviors)** ผลการวิเคราะห์ห่อภิมานครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{r} = 0.364, p < 0.05$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมือนกันหรือพฤติกรรมที่ คล้ายคลึงกันในอดีตที่ผ่านมา มีผลต่อความรู้สึก การรับรู้ และความคุ้นชินของผู้สูง อายุ ที่นำไปสู่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลของความรู้สึกและการรับรู้ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา อาจเกิดการสร้างนิสัยซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Strachan et al. (2010) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยมีพฤติกรรมออกกำลังกายในอดีต เป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจต่อการออกกำลังกายในปัจจุบัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Conn (1998) และการศึกษาของ Resnick (2001) ที่พบตรงกันว่า การมีประสบการณ์ของพฤติกรรม การออกกำลังกายในอดีต มีความสัมพันธ์ทางตรงกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุใน ปัจจุบัน และยืนยันด้วยการศึกษาติดตามระยะยาวของ McAuley et al. (2007) ที่ชี้ว่าการมี ประสบการณ์การออกกำลังกายในอดีตมีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ของผู้สูงอายุ เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) กล่าวว่าทุกสถานการณ์ของการกระทำที่เกิดขึ้นในอดีตมักจะมีอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิดร่วมด้วยที่อาจจะฝังอยู่ในความทรง จ्ञาของบุคคล ทั้งที่เป็นด้านบวกและด้านลบ โดยสถานการณ์ด้านบวกนั้นเมื่อมีสภาพแวดล้อมหรือ มีสิ่งมากระตุ้นจะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีกหรือกระทำอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น เพนเดอร์ได้

นำเสนอในทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตที่มีผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผ่านปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม นอกจากนี้ เพนเดอร์ ยังชี้ให้เห็นถึงการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในประเทศตะวันตกที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ว่าพบผลการศึกษาถึงร้อยละ 75 ของงานวิจัยที่ยืนยันว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ดังนั้นกลยุทธ์ที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลมีประสบการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และควรจัดหาวิธีการ กลยุทธ์ และการสนับสนุนทรัพยากรที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ การรับรู้ และมีความรู้สึกทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 2.3 ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญมากต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยย่อยที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

#### 2.3.1 ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

(Activity-related affect) ผลการสังเคราะห์งานวิจัยนี้พบว่า ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $r=0.596$ ,  $p<0.05$ ) ทั้งนี้ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Activity-related affect) เป็นภาวะความรู้สึกหรืออารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็น ก่อน ระหว่าง หรือหลังจากการทำกิจกรรม ซึ่งเชื่อมโยงกับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้น ที่สอดคล้องกับนิสัยหรือความชอบของแต่ละบุคคล (Salmon et al., 2003) อันจะก่อให้เกิดการกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีการตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใดๆ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม อย่างไรก็ตามความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมมีทั้งในด้านบวกและด้านลบ ความรู้สึกทางบวกมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการ

ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบ ก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว โดยผลของความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ จะทำให้บุคคลมีความสนใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นในระยะยาว ซึ่งยืนยันด้วยการศึกษาวิจัยหลายชิ้นเมื่อไม่นานมานี้ในกลุ่มประเทศตะวันตก (Gauvin & Rejeski, 1993; McAuley, et al., 2003a; McAuley, et al., 2007; Rejeski & Mihalko, 2001) ดังเช่นจากการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โดย McAuley และคณะ (McAuley, et al., 2003a) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ Randomize Control Trial (RCT) ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 – 75 ปี เป็นระยะเวลา 6 เดือน และติดตามผลอีก 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทั้งทางตรง (Direct effect) และทางอ้อม (Indirect effect) ผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และยืนยันด้วยการศึกษาไปข้างหน้าในระยะยาว (Prospective longitudinal research) ของพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 2 ปี และ 5 ปี ของ McAuley, et al. (2007) ที่ให้ผลการศึกษาชี้ชัดว่า ความรู้สึกทางบวก ความนิยมชมชอบต่อกิจกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ทั้งมีความรู้สึกทางบวกต่อการออกกำลังกายและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงในปีที่ 2 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายต่อเนื่องและสม่ำเสมอในปีที่ 5 นั่นคือความรู้สึกที่ดีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hardy & Grogan (2009) ที่ชี้ว่า ความรู้สึกสนุกสนาน (Enjoyment) เป็นปัจจัยสำคัญมากในการเข้าร่วมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอของผู้สูงอายุ

ดังนั้นประสบการณ์ความรู้สึกในทิศทางบวก ไม่ว่าจะเป็นต่อความชอบในกิจกรรมนั้นๆ ความมั่นใจว่าตนเองทำได้หรือเหมาะสมในกิจกรรมนั้น รวมทั้งอยู่ในบริบทหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่ขัดต่อลีลาชีวิต นั้นมีความสำคัญและมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ (McAuley, et al., 2003b) สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานในประเทศไทย เช่น การศึกษาของ วิลาวลัย ต่อปัญญา และคณะ (2547) ที่พบว่า ความรู้สึกที่เชื่อว่าการออกกำลังกายช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่เจ็บป่วยง่าย เกิดความสนุกสนานอารมณ์ดี ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิราพร มงคลประเสริฐ (2548) ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารวมกลุ่มกันปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ร้องรำทำเพลง รำวงมะเก่า ซึ่งเป็นวัฒนธรรมประเพณีแต่โบราณที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยเป็นอย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนานและปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ



### 2.3.2 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy) การรับรู้

สมรรถนะของตน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีนักวิจัยทางการพยาบาลนิยามศึกษากันอย่างแพร่หลาย ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้มีการศึกษาค่าค่อนข้างมากถึง 21 เล่ม ( $k=21$ ) และพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.540$ ,  $p<0.001$ ) โดยแบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นการเรียนรู้ทางสังคมที่เป็นความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใดๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเหตุผลของความสัมพันธ์ทางบวกของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อาจเนื่องมาจากเหตุผลดังต่อไปนี้

1) อิทธิพลระหว่างบุคคลและทางสถานการณ์ ที่เป็นตัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนและพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ก็พบว่า ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลและทางสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.526$ ,  $p<0.001$ ) ถึงแม้ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้จะไม่มีข้อมูลความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลและทางสถานการณ์ กับการรับรู้สมรรถนะของตนของผู้สูงอายุ แต่ก็มีผลการศึกษาวิจัยหลายงานยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นเพื่อน ครอบครัว หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้มีส่วนร่วมแบบบูรณาการ การเห็นคุณค่า/ความสำคัญ การเป็นเพื่อนคู่คิด การดูแลเอาใจใส่ การให้ความรัก และการให้คำแนะนำ/ชี้แนะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ (Duncan & McAuley, 1993; McAuley, et al., 2003b) และส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามมา โดยเฉพาะพฤติกรรมออกกำลังกาย (McAuley, et al., 2003a) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ชี้ว่า การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experiences) ไม่ว่าจะเป็นตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงที่ทำให้เกิดการรับรู้และเห็นแบบอย่างของการกระทำ หรือตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ที่ผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หรือสื่อสิ่งพิมพ์ รวมทั้งการถูกชักจูงด้วยคำพูด ที่เป็นลักษณะ ชักจูง แนะนำ อธิบาย ชื่นชม จะทำให้เกิดกำลังใจ ซึ่งมีผลให้บุคคลเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้



2) สภาวะทางด้านอารมณ์ (Affective status) ของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในความสามารถของตน และพยายามที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการวิเคราะห์ห่อภิมานครั้งนี้ก็พบว่า ปัจจัยความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Activity-related affect) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า สภาวะทางอารมณ์ด้านบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นในทางตรงกันข้ามอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จะมีผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง และมักหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ถึงแม้ในการวิเคราะห์ห่อภิมานครั้งนี้จะไม่มีข้อมูลความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างปัจจัยความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ แต่ในทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ชี้ว่า ปัจจัยความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคล โดยบุคคลยังมีความรู้สึกทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากเท่าใด ก็จะมีผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงยิ่งขึ้น ปัจจัยความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งโดยตรง และโดยอ้อม ผ่านตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สอดคล้องกับการศึกษาของ McAuley, et al. (2003a) ที่พบว่า ความรู้สึกทางบวกต่อการออกกำลังกาย เช่น ความชอบ ความสนุกสนาน หรือการเห็นความสำคัญ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีความสัมพันธ์ทางอ้อมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และยืนยันด้วยการศึกษาไปข้างหน้าในระยะยาวของพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ที่ให้ผลการศึกษาชี้ชัดว่า ยิ่งผู้สูงอายุมีความรู้สึกทางบวกต่อกิจกรรมการออกกำลังกาย จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง และส่งผลต่อการมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องในระยะยาว (McAuley, et al., 2007)

ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ห่อภิมานในครั้งนี้ ที่ให้ข้อสรุปว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยหลายงานที่พบความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน (Conn, 1998; Grembowski et al., 1996; McAuley, et al., 2003a; McAuley, et al., 2003b; McAuley, et al., 2007; Resnick, 2001; Rogers, Keller, & Larkey, 2010; Sohng, Sohng, & Yeom, 2002;

Kwong & Kwan, 2006) ตัวอย่างเช่น การสังเคราะห์งานวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทั้งจากงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ของ Rogers, Keller, & Larkey (2010) ให้ข้อสรุปยืนยันว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Conn (1998) และ Resnick (2001) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์ทางตรงในระดับสูงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญสูงสุดต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Kwong & Kwan, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Grembowski et al. (1996) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพน้อย เช่น มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดการรับประทานไขมัน มีการควบคุมน้ำหนักให้คงที่ และไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา และส่งผลทำให้มีสุขภาพดี มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ นอกจากนี้ยังยืนยันด้วยการศึกษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของ McAuley และคณะ (McAuley, et al., 2003a; McAuley, et al., 2003b; McAuley, et al., 2007) ที่ยืนยันว่า ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางตรงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และเป็นตัวแปรคั่นกลาง (Mediated variable) ในความสัมพันธ์ของความรู้สึที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในประเทศตะวันตกที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) พบผลการศึกษาถึงร้อยละ 86 ของงานวิจัยที่ยืนยันว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ดังนั้นปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงมีความสำคัญมากต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พยาบาลด้านผู้สูงอายุควรต้องให้ความสนใจ

### 2.3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

(Perceived benefits of health-promoting behaviors) การวิเคราะห์ห้อภิมานครั้งนี้พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.526, p < 0.001$ ) นั้นแสดงถึงผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีตามไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของสิ่งที่กระทำ จะเป็นแรงจูงใจที่

ก่อให้เกิดการกระทำนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง ดังที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวไว้คือ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ จะมีผลต่อระดับของการกระทำพฤติกรรม เนื่องจากการวางแผนจะกระทำสิ่งใดของบุคคลมักจะมีการคาดการณ์ถึงประโยชน์หรือผลที่จะเกิดตามมาภายหลังที่ได้กระทำ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) ที่กล่าวถึงว่า การคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์หรือเชื่อมั่นในประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังการกระทำ จะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้ สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ล้วนพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Resnick, 2001b; Resnick 2003; Sohng, Sohng, & Yeom, 2002; Kwong & Kwan, 2007; Walker et al., 2006) นั่นคือผู้สูงอายุยิ่งมีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ก็จะมีแรงจูงใจ ความพยายาม หรือลงทุนทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่คาดหวัง นั่นคือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง จากการศึกษาปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการออกกำลังกายและการกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของสตรีในเขตชนบท ของ Walker et al. (2006) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกเชิงเส้นตรงทั้งกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและการกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของสตรีสูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Juarbe, Turok, & Pe'rez-Stable (2002) ในสตรีสูงอายุชาวลาติน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการออกกำลังกาย คือ ช่วยให้มีพลัง รู้สึกกระชุ่มกระชวย มีความสุข และเป็นกระบวนการช่วยให้สูงวัยอย่างมีความสุข ไม่แก่ง่าย ดูอ่อนกว่าวัย ซึ่งประโยชน์เหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ วิลาวรรณ์ ต่อบัญญา และคณะ (2547) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในผลลัพธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เจ็บป่วยง่าย สามารถทำงานได้ปกติ และไม่เป็นภาระลูกหลาน ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การให้กำลังใจตนเองและเพื่อนฝูง และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมทางศาสนา

เช่นเดียวกับการสังเคราะห์งานวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ของ Rogers, Keller, & Larkey (2010) จากงานวิจัยจำนวน 37 เรื่อง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบ ไทชี (Tai chi) คือการรับรู้ถึงผลลัพธ์ทางด้านร่างกายที่ดีขึ้น และผลของการมีสังคม เช่น เพิ่มความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉง ลดอาการปวด สุขภาพดีต่อเนื่อง ไม่เจ็บป่วยง่าย และมีความสุข ช่วยให้ผ่อนคลาย ความจำดี นอนหลับดี มีประสิทธิภาพกว่าการกินยา และช่วยให้มีสังคมและการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีอิทธิพลเป็นอย่างมาก ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในประเทศตะวันตกที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) พบผลการศึกษาถึงร้อยละ 61 ของงานวิจัยที่ชี้ว่าการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

**2.3.4 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers of health-promoting behaviors)** การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับค่อนข้างสูง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $r = -0.465$ ,  $p < 0.001$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในการวิเคราะห์ห่อถักครั้งนี้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยเมื่อผู้สูงอายุมีความมั่นใจสูง จะมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและมีผลต่อแรงจูงใจของผู้สูงอายุให้พยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แม้จะรับรู้ถึงอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจริงหรือคาดคะเนว่าจะเกิดขึ้น ความมั่นใจต่อความสามารถของตนเองมีผลให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการกระทำพฤติกรรม รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ชี้ว่าการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะของตน และการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ มีผลต่อความมุ่งมั่นในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในประเทศตะวันตกที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบผลการศึกษาถึงร้อยละ 79 ของงานวิจัยที่ยืนยันว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ เป็นปัจจัยกำหนดสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่ยืนยันว่าการรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551; Conn, 1998;



Jones & Nies, 1996; Juarbe, Turok, & Pe'rez-Stable, 2002; Kwong & Kwan, 2007) รวมทั้งการวิเคราะห์อภิมานที่ผ่านมาก็พบตรงกันว่า การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (อริยา ทองกร, 2550; Tilokskulchai et al., 2004)

**2.4 ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อด้านสุขภาพ** เป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์อภิมานพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

**2.4.1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (Knowledge of health)** ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{r} = 0.358$ ,  $p < 0.001$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมด ประมาณครึ่งหนึ่งศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการรักษาพยาบาลภายในโรงพยาบาล ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีโอกาสที่จะได้รับการให้ความรู้ ข้อชี้แนะ การให้สุขศึกษาทั้งจากแพทย์และพยาบาล ในการดูแลสุขภาพตนเอง และการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบกับปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขได้มุ่งเน้นบริการเชิงรุกมากขึ้น โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพที่อยู่ในชุมชน ผู้สูงอายุในชุมชนจึงมีโอกาสที่จะได้รับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน การได้รับความรู้จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนไทย ของอริยา ทองกร (2551) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกแต่อยู่ในระดับต่ำต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $r = 0.24$ )

**2.4.2 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal locus of control)** ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control) ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลจากการกระทำของตนเอง ในการวิเคราะห์อภิมานครั้งนี้พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\bar{r} = 0.321$ ,  $p < 0.01$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอารมณ์ความรู้สึภายในจิตใจอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มาผลักดันหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่อในพลังอำนาจของ



ตนเอง อาจมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจตนเอง หรือความรู้สึกที่มีต่อการกระทำกิจกรรม รวมทั้งอาจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในสมรรถนะของตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยดังที่กล่าวมานี้พบว่ามีอิทธิพลในระดับสูงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการวิเคราะห์ห่อภิมานครั้งนี้ เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Duffy (1988) ที่พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงวัยกลางคน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Duffy, Rossow, & Hernandez (1996) ที่ยืนยันว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีอาชีพรับจ้าง แต่ไม่สอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนไทย ที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ของฟองคำ ติลกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) ที่พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก ( $r = 0.07$ ) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ห่อภิมานของ ฟองคำ ติลกสกุลชัย และคณะ ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ และหญิงตั้งครรภ์ ถึงร้อยละ 80.9 มีงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8.5 เท่านั้น ซึ่งอาจทำให้ค่าขนาดอิทธิพลแตกต่างกัน ดังที่มิถุนวิชาการหลายท่านชี้ว่า ความแตกต่างกันทางด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลทำให้ค่าขนาดอิทธิพลของการศึกษาแต่ละงานที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรเดียวกันมีความแตกต่างกัน (Borenstein et al., 2009; Hunter & Schmidt, 2004; Magarey, 2001)

**2.5 ปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล** จากการวิเคราะห์ห่อภิมานของงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์ พบว่าปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม โดยปัจจัยด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด

**2.5.1 ปัจจัยด้านจิตวิทยา** เป็นปัจจัยด้านบุคคลที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแรงจูงใจในตนเอง

1) **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)** ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

( $\bar{r}=0.554$ ,  $p<0.01$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า เกิดความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกข้างในจิตใจ ที่อาจส่งผลต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ความรักตนเอง อันส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองมีความสุขหรือการทำให้ชีวิตให้ประสบความสำเร็จ หรือมีภาวะความเป็นอยู่ที่ดี มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นส่วนหนึ่งของมุมมองต่อตนเอง (Self-concept) ที่เป็นมิติของการประเมินและความรู้สึกต่อตนเอง (Harter, 1999) เป็นการประเมินและรู้สึกต่อตนเองของแต่ละบุคคลทั้งคุณค่าทางบวก และคุณค่าทางลบ โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในทิศทางบวกนั้นไม่เพียงแต่จะเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพจิตที่ดี แต่เป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factor) ที่ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีพฤติกรรมในทิศทางบวกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเป็นเหมือนกันชนในผลกระทบของสถานการณ์ทางลบที่เกิดขึ้น ในทางตรงกันข้าม ความรู้สึกมีคุณค่าตนเองต่ำจะส่งผลก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตรวมทั้งปัญหาทางด้านพฤติกรรมและปัญหาทางสังคมได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพจิต เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทั้งด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของบุคคล (Mann et al., 2004) โดยบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมในทิศทางบวกหรือการส่งเสริมสุขภาพ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพร ธรรมทักษ์ (Tanaporn Thammatuksa, 2004) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยรุ่น และจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Yarcheski et al. (2004) ก็พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=0.29$ ) สำหรับในผู้สูงอายุไทย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นเป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกข้างใน อารมณ์และจิตใจ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดหลายปัจจัย ดังเช่น การศึกษาของสุธรรม นันทมงคลชัย และคณะ (Nanthamongkolchai et al., 2007) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม บุคลิกภาพ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เป็นปัจจัยทำนายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะความรู้สึกที่ดีภายในจิตใจ (Subjective well-being) ของบุคคลอย่างหนึ่ง (Mann et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของกัตติกา ธนะขำวัง (Thanakwang, 2008) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน และครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกดีภายในจิตใจ (Sense of well-being) ซึ่งวัดจากผาสุกทางใจ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และมากกว่านั้นคือ ความรู้สึกดีภายในจิตใจ ยังมีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.695$ ,  $p<0.001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาระยะยาวของ McAuley et al. (2005) ก็ให้ผลยืนยันว่า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

อีกเหตุผลที่ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นดังที่ Mann et al. (2004) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นเป็นการยืนยันทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ที่นำเสนอว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นมิติหนึ่งในปัจจัยด้านจิตวิทยาของบุคคล เป็นปัจจัยกำหนดที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรง และทางอ้อมผ่านตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

อย่างไรก็ตาม การวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการศึกษาค่อนข้างน้อย โดยมีเพียง 2 เล่มเท่านั้น ( $k=2$ ) และในการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ให้ผลการวิเคราะห์เพียงความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ได้วิเคราะห์ผลความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมทั้งความสัมพันธ์ทางอ้อม ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นตัวแปรคั่นกลาง (Mediated variable) การศึกษาเพื่อหาคำอธิบายต่อไปในความสัมพันธ์เหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ หรือการวิเคราะห์เส้นทาง หรือใช้โมเดลสมการโครงสร้างอภิมาณ (Meta-analytical, Structural Equation Model – MASEM) ก็จะช่วยให้อธิบายปรากฏการณ์เหล่านี้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นในบริบทของผู้สูงอายุไทย

**2) แรงจูงใจในตนเอง (Self motivation)** จากข้อสรุปค่าขนาดอิทธิพล (Summary effect) ของงานวิจัยจำนวน 3 เล่ม ( $k = 3$ ) ในค่าดัชนีมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณในครั้งนี้ พบว่า แรงจูงใจในตนเอง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางค่อนข้างสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $\bar{r}=0.437$ ,  $p<0.001$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมด ประมาณครึ่งหนึ่งศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการมีโรคประจำตัวอาจเป็นปัจจัยผลักดันให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจที่จะดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้นหรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Resnick (1999) ที่พบว่าการมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้แรงจูงใจในตนเองเป็นมิติหนึ่งในปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การที่ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรม ซึ่งอาจเกิดจากทั้งปัจจัยภายในตนเองหรือปัจจัยภายนอกที่มาส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกนึกคิดในทิศทางบวกที่อยากให้ตนเองมีสุขภาพดี อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตนเองคาดการณ์ไว้ โดยอาศัยแรงผลักดันภายในของตนเอง ซึ่งผู้ที่มีความตระหนัก และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จะส่งผลต่อการมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเอง ดังที่แบนดูรา (Bandura, 2005) กล่าวถึงการที่บุคคลมีการจัดการตนเองได้ (Self-management) จำเป็นจะต้องมีทั้งทักษะของการจูงใจตนเอง (Motivational skill) และทักษะการมีวินัยในตนเอง (Self-regulatory skill) ซึ่งประกอบด้วย การเฝ้าสังเกตติดตามพฤติกรรมสุขภาพ การตั้งเป้าหมายของการกระทำที่เป็นไปได้ และการให้รางวัลจูงใจตนเองหรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

เพนเดอร์ (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) กล่าวว่าปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ อารมณ์และความรู้สึกของบุคคล และการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ห่อภิมานในครั้งนี้ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r}=0.596$ ,  $p<0.001$ ) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $\bar{r}=0.554$ ,  $p<0.01$ ) นั่นคือการที่ผู้สูงอายุจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก ด้วยประการหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่ยืนยันว่าสภาวะการณ์ทางด้านอารมณ์และจิตใจ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (จิราพร มงคลประเสริฐ, 2545; วิลาวลัย ต่อปัญญา และคณะ, 2547; McAuley et al., 2003a; Shin et al., 2008; Thanakwang, 2008; Thanakwang & Soonthornhdhada, 2008; Wang, 1999) อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลไกของการจูงใจในตนเอง ที่มีผลต่อ



ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรม และการอิทธิพลทางอ้อมของการจูงใจในตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ผ่านตัวแปรปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรม จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่นักวิจัยทางการแพทย์ผู้สูงอายุควรมีการศึกษาวิจัยต่อไป

**2.5.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา** เช่น เพศ อายุ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดย เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำมาก ( $\bar{r} = 0.084$ ,  $p < 0.05$ ) นั้นหมายถึงผู้สูงอายุชายหรือผู้สูงอายุหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ค่อยแตกต่างกัน และอายุของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{r} = -0.124$ ,  $p < 0.001$ ) หมายความว่ายิ่งมีอายุสูงขึ้น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก็จะน้อยลง สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ ฟองคำ ติลกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) และ Yarcheski et al. (2004) ที่พบว่า เพศ และอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ ลีวรรณ อุณาภิรักษ์ และปิยาณี คล้ายนิล (2550) ที่พบว่า เพศ และอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยในระดับค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่า การมีโรคเรื้อรังประจำตัว และระยะเวลาเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $\bar{r} = 0.130$ ,  $p < 0.01$  และ  $\bar{r} = 0.120$ ,  $p < 0.01$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสดพบแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป และมีโอกาสได้รับคำแนะนำ ชี้แนะ ให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญของการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ ฟองคำ ติลกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) ที่พบว่า ระยะเวลาเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีโรคเรื้อรังน่าจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พยาบาลควรมุ่งเน้นให้ความสนใจในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**2.5.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม** จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้พบว่า การศึกษา รายได้ และอาชีพ ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นั้นหมายความว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษา รายได้สูง และมีอาชีพที่ดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่า ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความรู้ กรอบความ



คิด ในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง สถานะทางด้านเศรษฐกิจ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งทรัพยากรทางด้านสุขภาพได้มากกว่า สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย และคณะ (Tilokskulchai et al., 2004) และ Yarcheski et al. (2004) ที่พบว่า การศึกษา รายได้ และอาชีพ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ ลีวรรณ อุณาภิรักษ์ และปิยาณี คล้ายนิล (2550) ที่พบว่าการศึกษา รายได้ และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยในระดับค่อนข้างต่ำ

นอกจากนี้ยังพบว่า ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ( $r = 0.436$ ,  $p < 0.001$ ) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเพียง 1 เล่ม ( $k = 1$ ) เท่านั้น ในผู้สูงอายุมุสลิม ที่อาศัยในภาคใต้ การที่ความเชื่อทางศาสนาอิสลามมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ความเชื่อ ความยึดมั่นในศาสนามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตวิญญาณ ดังที่ Crowther et al., (2002) กล่าวว่าสุขภาพจิตวิญญาณที่สัมพันธ์กับศาสนาของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลลัพธ์หลายประการ เช่น ก่อเกิดกิจกรรมจิตอาสา มีการปรับตัวที่ดีขึ้นทั้งต่อโรคและต่อภาวะการดูแลผู้อื่น ก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจ และที่สำคัญคือ ช่วยให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา เป็นต้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีการศึกษาเพียงเล่มเดียวที่ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุมุสลิมในภาคใต้ (โสภิต ทิพย์รัตน์, 2551) จึงควรมีการศึกษาต่อไปในผู้สูงอายุมุสลิมที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อื่นๆ เพื่อที่สามารถสรุปอ้างอิง (Generalization) ในประเด็นความสัมพันธ์นี้ ผู้สูงอายุมุสลิมในระดับประเทศได้ และเพื่อให้มีงานวิจัยหลายเรื่องที่สามารถนำมาสังเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณในประเด็นปัญหาเดียวกัน ที่จะสามารถยืนยันหรือให้ข้อสรุปในค่าขนาดอิทธิพลของความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้อย่างชัดเจน และลุ่มลึกมากขึ้น มากกว่านั้นเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 95 นับถือพุทธศาสนา (Choowattanapakorn, 1999) และมีความเชื่อ ค่านิยมที่ยึดแน่นกับคตินิยม หรือธรรมะของศาสนาพุทธ ดังนั้นประเด็นความเชื่อทางพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่พยาบาลควรให้ความสนใจ

ประเด็นสำคัญอีกข้อหนึ่งในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ พบว่าในมิติต่างๆ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พฤติกรรมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด นั่นอาจหมายความว่าผู้สูงอายุไทยยังขาดการออกกำลังกาย หรือขาดความตระหนักในการออกกำลังกาย

สอดคล้องกับการสำรวจผู้สูงอายุในระดับชาติ ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยที่ออกกำลังกาย มีเพียงร้อยละ 28 เท่านั้น สาเหตุเป็นเพราะไม่สนใจ เชื่อว่าทำงานที่ต้องใช้แรงกายมากอยู่แล้วเป็นการออกกำลังกาย และไม่มีเวลา (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ดังนั้น ประเด็นปรากฏการณ์การออกกำลังกายในผู้สูงอายุไทยจึงควรมีการศึกษาต่อไป รวมทั้งการจัดกระทำหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ถึงแม้ว่างานวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายที่จะพิสูจน์ทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์โดยตรง แต่การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ในงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ทั้งในปี ค.ศ. 1987 และปี ค.ศ. 1996 พบว่าปัจจัยกำหนดเกือบทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

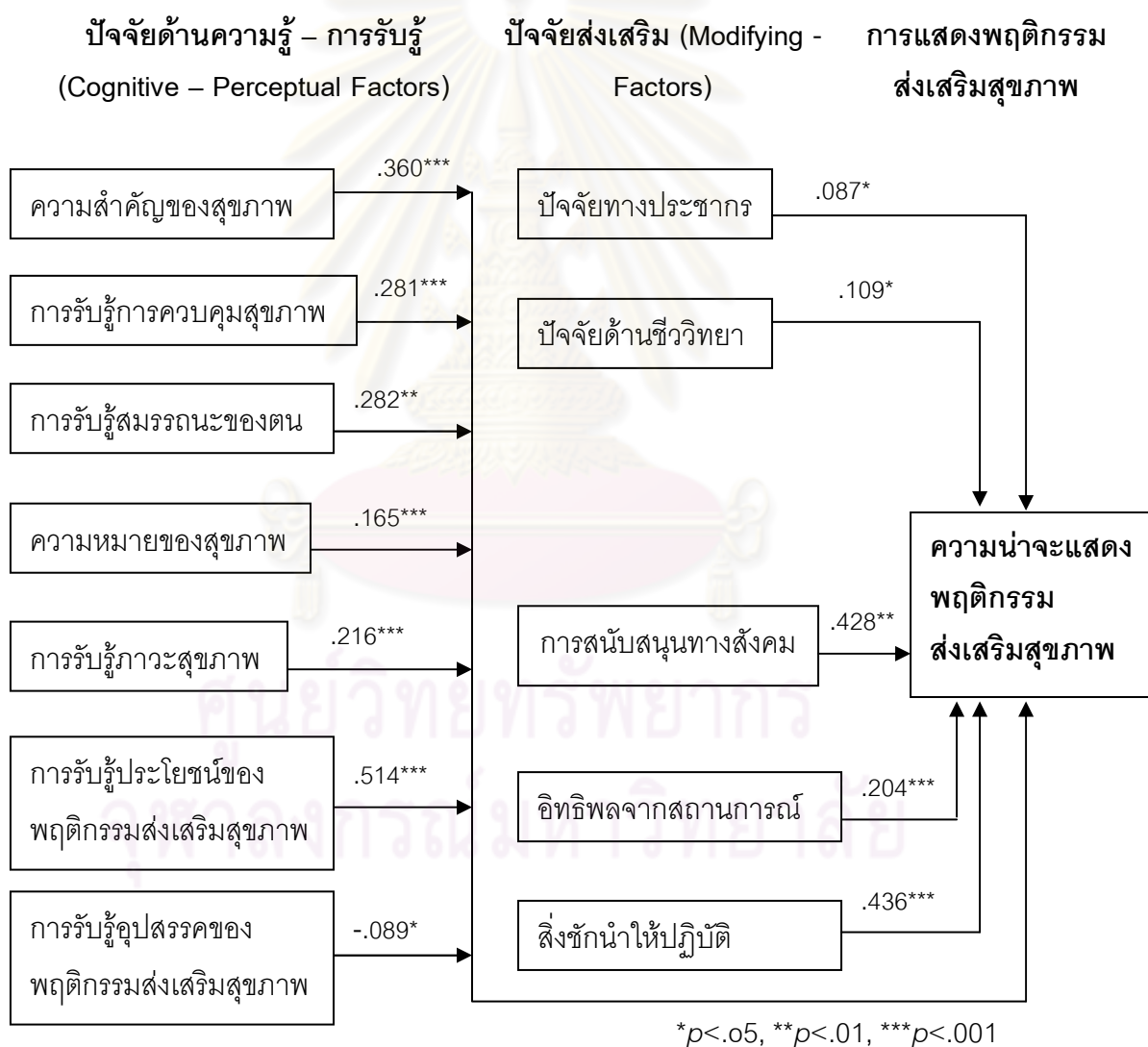
เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย จากงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี ค.ศ. 1987 จำนวน 12 เรื่อง พบว่าปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ คือการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ การสนับสนุนทางสังคม ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอิทธิพลจากสถานการณ์ ดังแสดงในภาพที่ 6

และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย จากงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี ค.ศ. 1996 จำนวน 36 เรื่อง พบว่า ทุกตัวแปรปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกรู้จักคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในระดับค่อนข้างต่ำ ดังแสดงในภาพที่ 7

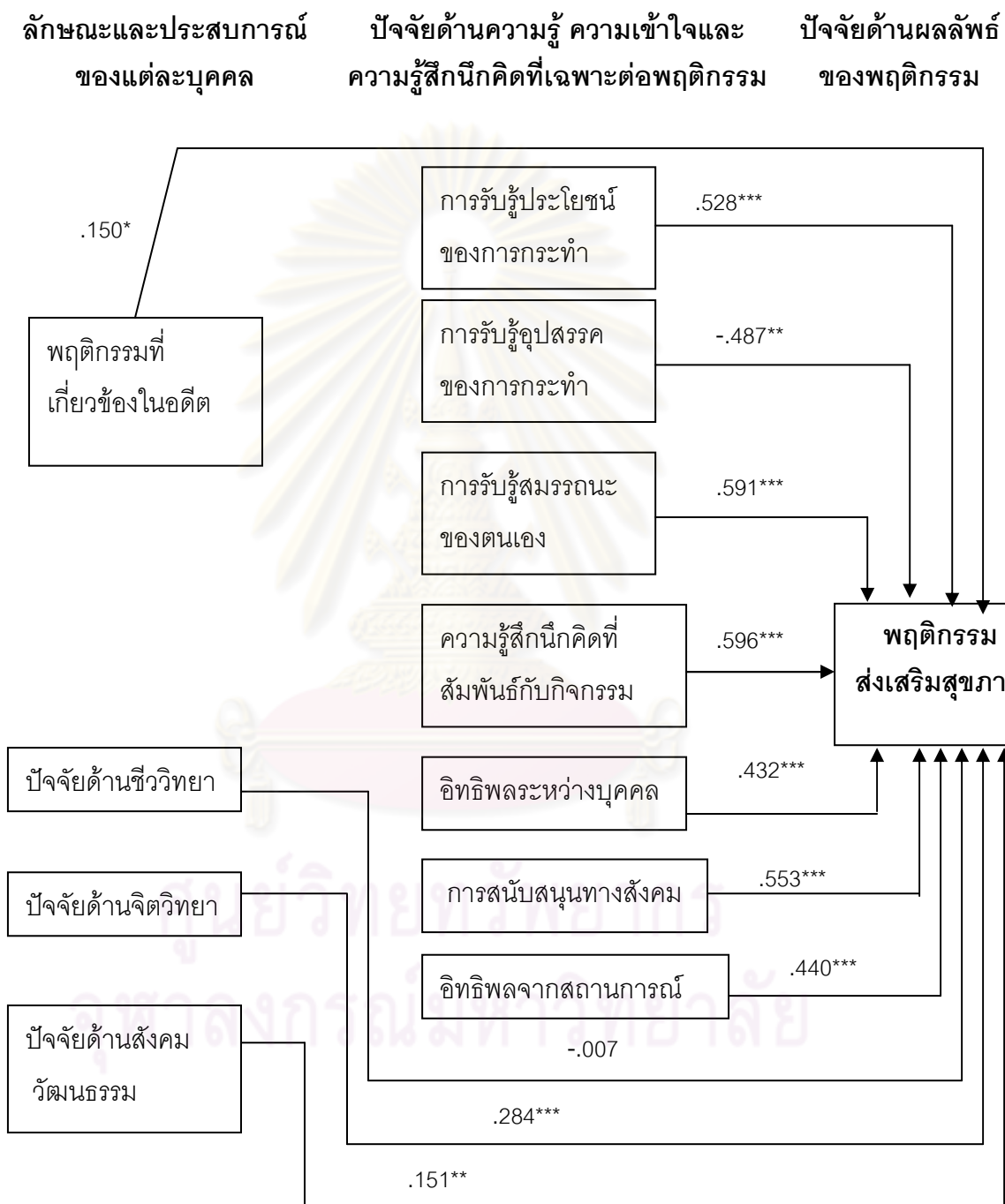
จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ในความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยตามกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สามารถนำมาประยุกต์ใช้และมีความเหมาะสม (Applicability) ในการอธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ โดยเฉพาะรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ฉบับปรับปรุง ในปี 1996 อย่างไรก็ตามงานวิจัยทั้งหมดเป็นการศึกษาความสัมพันธ์โดยตรง (Direct effect) ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังไม่พบการศึกษาที่

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ผ่านตัวแปรคั่นกลาง หรือความสัมพันธ์ทางอ้อม (Indirect effect) ผ่านตัวแปรคั่นกลาง ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่น่าสนใจต่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป เพื่อให้สามารถอธิบายทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ถึงความเหมาะสมที่นำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

**ภาพที่ 6:** ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี ค.ศ. 1987



ภาพที่ 7: ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี ค.ศ. 1996



\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

## ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบจากการสังเคราะห์หรือภิมานของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในครั้งนี้ ให้ข้อค้นพบสำคัญที่สามารถให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการศึกษาวิจัยต่อไป ดังต่อไปนี้

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากผลการวิเคราะห์หรือภิมานในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยทางด้านจิตวิทยาหรืออารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุ มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาล ที่มุ่งเน้นการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พยาบาลต้องตระหนัก และให้ความสนใจในด้านจิตวิทยาหรืออารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุ โดยควรมีการจัดทำโครงการหรือการจัดการกระทำ (Interventions) ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความคิดความรู้สึกทางบวกต่อการกระทำพฤติกรรม และเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

1.2 ปัจจัยสำคัญด้านการรับรู้ และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงกับการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม มีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ดังนั้นการปฏิบัติพยาบาลที่มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีทั่วไป ควรจะต้องมุ่งเน้นการจัดกระทำ หรือการจัดโปรแกรม ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าตนเองมีความสามารถ ที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุชอบ ค้นเคยสอดคล้องกับบริบท และลีลาชีวิต เพราะความรู้สึกและอารมณ์ในทางบวกจะช่วยส่งเสริมให้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่ดีขึ้น และรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติที่น้อยลง อันเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากถ้าผู้สูงอายุ มีความคิด ความเข้าใจ มีความรู้สึกที่ดี หรือมีความคิดรวบยอด ในทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ก็มีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุนั้นจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตนคิดหรือเชื่อว่าดี มีประโยชน์นั้นได้

1.3 เครือข่ายทางสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบข้างของผู้สูงอายุ มีความสำคัญมากในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ด้านทรัพยากรสิ่งของเครื่องใช้ หรือด้านอารมณ์จิตใจ ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พยาบาลจำเป็นต้องบูรณาการหรือสร้าง



การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน

1.4 กลุ่มผู้สูงอายุที่พยาบาลควรมุ่งเน้นให้ความสนใจในการส่งเสริมพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจและสังคม รวมทั้งผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีโรคเรื้อรัง

## 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยต่างๆ ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างอภิมาน (Meta-analytical, Structural Equation Model – MASEM) เพื่อให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ กลไก ความเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบริบทของผู้สูงอายุไทย ได้ชัดเจน และครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งเป็นการยืนยันทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ด้วย

2.2 ควรมีการวิเคราะห์ห่อภิมาณในงานวิจัยที่ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุไทยโดยเฉพาะ

2.3 ควรมีการศึกษาในกลไกของปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การจูงใจในตนเอง ที่มีผลต่อปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรม และการมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ผ่านตัวแปรปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรม

2.4 ควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นศาสนาพุทธ คริสต์ หรืออิสลาม โดยเฉพาะศาสนาพุทธ เนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

2.5 จากการสังเคราะห์การวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ไม่พบว่ามีการศึกษาตัวแปรปัจจัยความมุ่งมั่นที่จะกระทำตามแผน (Commitment to a plan of action) ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญที่อยู่ใกล้ชิด กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ จึงควรมีการศึกษาต่อไปในบริบทของผู้สูงอายุไทย เพื่อให้สามารถทดสอบความตรงเชิงทฤษฎีในบริบทผู้สูงอายุไทยได้มากขึ้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กัตติกา ธนะชว่าง จินตนา รัตนวิฑูรย์ จามจุรีย์ ทนุรัตน์ และพิมลพรรณ คุณสิทธิ์. (2553). การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุตำบลวรรณคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน. กรุงเทพฯ: สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.

ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. (2537). โภชนาการกับสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 20(2): 48-59.

ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2539). รายงานภาวะสุขภาพการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จิตรา จันชนะกิจ. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิรวรรณ อินคุ่ม. (2541). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราพร มงคลประเสริฐ. (2545). การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนวัดคำเรือ อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

จิราพร มงคลประเสริฐ. (2548). การส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. กรุงเทพฯ: สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นางลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). **การวิเคราะห์อภิมาน**. กรุงเทพมหานคร: นิธิินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.

นางลักษณ์ วิรัชชัย. (2552). **การวิเคราะห์อภิมาน และโมเดลสการโครงสร้างอภิมาน (Meta-Analysis and Meta-Analytical, Structural Equation Model)**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นางลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช. (2541). **การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์อภิมานและการวิเคราะห์เนื้อหา: รายงานการวิจัย**. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

นวัชรพร วัฒนวิโรจน์ รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และชัยยง ชามรัตน์. (2551). **การบริหารจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในการควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดนครพนม**. วารสาร วิทย เทคโนโลยี มมส 27(1): 41-50.

น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิมิตร มรกต. (2550). **จริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์**. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรลุ ศิริพานิช. (2537). **20 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: เคล็ดไทย.

บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร. (2550). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 4**. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต.

ประเวศ วะสี. (2541). **บนเส้นทางใหม่ การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม, พิมพ์ครั้งที่ 2**. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

ปิ่นนเรศ กาศอุดม คณิศร แก้วแดง และธัสมน นามวงษ์. (2550). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 18(1):25-39.

ปิยะฉัตร คำชื่น. 2547. **การวิเคราะห์อภิมานงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงานของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ผ่องพรรณ ตรียมงคล และสุภาพ ฉัตรภรณ์. (2541). **การออกแบบการวิจัย**, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรรณราย พิทักษ์เจริญ. (2543). **จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ**. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคม คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตนพันธ์. (2549). **รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3**. กรุงเทพฯ : สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตนพันธ์. (2551). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข** 1(2): 98-115.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2539). ทางเลือกใหม่เพื่อสุขภาพของประเทศไทย. **วารสารสุขศึกษา** 19: 38-62.
- ฉวีวรรณ อุณนาภิรักษ์ และปิยาณี คล้ายนิล. (2550). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในประเทศไทย. **วารสารพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 8(3): 33-45.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2542). **การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา สารการ. (2544). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิลาวัลย์ ต่อปัญญา พยอม ถิ่นอ่อน จรวยพร ทะแกลัวพันธ์ พรรณี ไพศาลทักษิณ อัจฉรา สิทธิรักษ์ วนิตา อินทราชา และคณะ (2547). **ปัญหาและความต้องการด้านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง**. ลำปาง: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจังหวัดลำปาง.

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). **โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ.**  
กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2552). การดูแลระยะยาวในสถานบริการ. ใน **ชี้นตา วิชชาวุธ และสถิตพงศ์  
ธนวิริยะกุล (บรรณาธิการ), ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแล  
ผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย, หน้า13-17.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา  
ผู้สูงอายุไทย.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริยุพา พูลสุวรรณ. (2539). **การวิเคราะห์อภิมาน การสร้างองค์ความรู้จากงานวิจัย.**  
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศุภาวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ  
จังหวัดลำปาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สดไส ศรีสอาด. (2540). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัด  
อำนาจเจริญ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด, บรรณาธิการ. (2543). **การส่งเสริม  
สุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล.** นครศรีธรรมราช:  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศม์. (2551). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550.** กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2549). **การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-  
2568.** กรุงเทพฯ: เอดีสัน เพรส.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (2546).  
**การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568.** กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้น  
ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.



- สภาการพยาบาล. (2551). **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การพัฒนาบทบาท ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ รุ่นที่ 3 ข้อบังคับ ขอบเขต และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.** (19-21 มีนาคม), ณ ห้องประชุม แคนแสด อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545.** กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). **ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ.** กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิง จำกัด.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2550). **ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา: ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะวิธีการคำนวณ.** **พยาบาลสาร 34(4): 1-9.**
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (บรรณาธิการ). (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). **สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆ ของประเทศ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัฒน์ สุขมลสันต์. (2535). **การอภิเคราะห์และการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ ในระหว่างปี พ.ศ. 2515-2530.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรศักดิ์ หลาบมาลา. (2532). **การวิเคราะห์ผลรวม. การวิจัยเพื่อการพัฒนา 29: 1-2.**
- สุวีพร ธนศิลป์. (2551). **เอกสารประกอบการสอนเรื่อง Role APN.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารอัดสำเนา).
- สุวัฒนา สุวรรณเขตนิคม. (2530). **การวิเคราะห์เมตต้าของงานวิจัย. ใน** รวบรวมความเกี่ยวกับการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาสน์การพิมพ์.
- โสภิต ทิพย์รัตน์. (2551). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.**
- อดิศักดิ์ จีงพัฒน์าวดี. (2548). **การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่จากออดิตาวาสู่บางกอกชาร์เตอร์. วารสารโรงพยาบาลชุมชน 7(3): 15-20.**

- อรวมน ศรียุคตศุท. (2546). การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 21(2): 8-18.
- อรอนงค์ สัพพ์ปัญญา. (2539). การศึกษาปัจจัยพื้นฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อริยา ทองกร. (2550). การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์อภิมาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อิทธิฤทธิ์ พงษ์ปิยะรัตน์. (2542). อิทธิพลของปัจจัยด้านนักเรียน ครู และโรงเรียนที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนคณิตศาสตร์: การวิเคราะห์อภิมานด้วยโมเดลเชิงเส้นตรงระดับลดหลั่น และวิธีของกลาส. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรमान. (2527). การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ เน้นวิธีวิเคราะห์เมตา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- Acton, G. J. (2001). Meta-analysis: A tool or evidence-based practice. **Advanced Practice in Acute and Critical Care** 12(4): 539-545.
- Adams, M. H., Bowden, A .G., Humphrey, D. S., & McAdams, L. B. (2000). Social support and health promotion lifestyles of rural women. **Online Journal of Rural Nursing and Health Care** 1(1): 28-40.
- Allen, J., Markovitz, J., Jacobs, D. R., & Knox, S. S. (2001). Social Support and Health Behavior in Hostile Black and White Men and Women. **Psychosomatic Medicine** 63: 609-618.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (2005). The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion. **Applied Psychology: An International Review** 54(2): 245-254.
- Beck, C. T. (1999). Focus on research methods facilitating the work of a meta-analyst. **Research in Nursing & Health** 22: 523-530.

- Berkeljon, A., & Baldwin, S. A. (2009). An introduction to meta-analysis for psychotherapy outcome research. *Psychotherapy Research* 19(4-5): 511-518.
- Blacconiere, M. J. & Oleckno, W. A. (1999). Health-promoting behaviors in public health: testing the health promotion model. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 199(1): 11-16.
- Boland, C. S. (1998). Parish Nursing: Addressing the Significance of Social Support and Spirituality for Sustained Health-Promoting Behaviors in the Elderly. *Journal of Holistic Nursing* 16: 355-368.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P.T., & Rothstein, H. R. (2009). **Introduction to Meta-Analysis**. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bowling, A. (2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing?. *Aging & Mental Health* 12(3): 293-301.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). **The Practice of Nursing Research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence**. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis, Missouri: Saunders.
- Chen, I-J., Chou, C-L., Yu, S., & Cheng, S-P. (2008). Health services utilization and cost utility analysis of a walking program for residential community elderly. *Nursing Economics* 26(4): 263-269.
- Choowattanapakorn, T. (1999). The social situation in Thailand: The impact on elderly people. *International Journal of Nursing Practice* 5: 95-99.
- Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review* 23: 3-15.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin* 112: 155-159.
- Cohen, J. 1977. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. New York : Academic Press.
- Colleen, K. (2000). **Health promotion for the elderly**. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Conn, V. S. (1998). Older Adults and Exercise: Path Analysis of Self-Efficacy Related Constructs. *Nursing Research* 47(3): 180-189.

- Cooper, H., & Hedges, L. V. (1994). *The handbook of research synthesis*. New York: Russel sage.
- Cotter, V. & Strumpf, N. (Eds.). (2002). *Advanced practice nursing with older adults: Clinical guidelines*. New York: McGraw-Hill.
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G.. (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality – The Forgotten Factor. *The Gerontologist* 42(5): 613-620.
- Cynthia, P. D. (1997). Predictors of Participation in Health Promotion Activities by Elderly Couples. *Journal of Family Nursing* 3: 88-106.
- Duffy, M. E. (1988). Determining health promotion in midlife women. *Nursing Research* 37(6): 358-362.
- Duffy, M. E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health-promotion activities in employed Mexican American women. *Nursing Research* 45: 18-24.
- Duncan, T. E., & McAuley, E. (1993). Social support and efficacy cognitions in exercise adherence: a latent growth curve analysis. *Journal of Behavioral Medicine* 16(2): 199-218.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T., & Jett, K. (2005). *Gerontological Nursing & Healthy Aging*. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.
- Etkin, C. D., Prohaska, T. R., Harris, B. A., Latham, N., & Jette, A. (2006). Feasibility of implementing the strong for life program in community setting. *The Gerontologist* 46(2): 284-292.
- Field, A. P. (2001). Meta-analysis of correlation coefficients: A Monte Carlo comparison of fixed- and random-effects methods. *Psychological Methods* 6(2): 161-180.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social Network Typologies and Mental Health Among Older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological sciences* 61B(1): P25-P32.
- Ford, A. B., Haug, M. R., Stange, K. C., Gaines, A. D., Noelker, L. S., & Jones, P. K. (2000). Sustained personal autonomy: A measure of successful aging. *Journal of Aging and Health* 12(4): 470-489.

- Fried, L. P., Carlson, M. C., Frick, K. D., Glass, T. A., Hill, J., McGill, S., et al. (2004). A Social Model for Health Promotion for an Aging Population: Initial Evidence on the Experience Corps Model. *Journal of Urban Health* 81: 64-78.
- Friedman, H. P., & Goldberg, J. D. (1996). Meta-analysis: An introduction and point of view. *Hepatology* 23(4): 917-928.
- Gallant, M. P., Spitze, G. D., & Prohaska, T. R. (2007). Help or Hindrance? How Family and Friends Influence Chronic Illness Self-Management among Older Adults. *Research on Aging* 29(5): 375-409.
- Gauvin, L., & Rejeski, W. J. (1993). The exercise induce-feeling inventory: Development and initial validation. *J Sport Exerc Psychol* 15: 403-423.
- Gill, D. L., Williams, K., Williams, L., Butki, B. D., & Kim, B. J. (1997). Physical activity and psychological well-being in older women. *Women's Health Issues* 7: 3-9.
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research*. London: Sage Publications.
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. (1987). *Meta-Analysis in Social Research*. 4<sup>th</sup> ed. California: Sage Publications.
- Gliner, J. A., Morgan, G. A., & Harmon, R. J. (2003). Meta-Analysis: Formulation and interpretation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42(11): 1376-1379.
- Gochman, D. S. (1982). The scope of health behavior and health education. *Health Education Quarterly* 9: 167-174.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning : An Environmental Approach*. Toronto : Mayfield Publishing.
- Green, S. (2005). Systematic review and meta-analysis. *Singapore Med J* 46(6): 270-274.
- Gregson, P.R. W., Meal, A. G. & Avis, M. (2002). Meta-analysis: the glass eye of evidence-based practice. *Nursing Inquiry* 9(1): 24-30.



- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E., & Hecht, J. (1993). Self-Efficacy and Health Behavior Among Older Adults. *Journal of Health and Social Research* 34: 89-104.
- Hardy, S., & Grogan, S. (2009). Preventing disability through exercise: Investigating older adults' influences and motivations to engage in physical activity. *Journal of Health Psychology* 14(7): 1036-1046.
- Harter, S. (1999). *The Construction of Self: A Developmental Perspective*. New York: Guilford Press.
- Hedges, L.V., & Olkin, I. (1985). *Statistical Methods for Meta-Analysis*. Orlando, Florida: Academic Press, Inc.
- Higgins, J., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 327: 557-560.
- Hunter, J. E., & Schmidt, F. L. (1990). *Method of meta-analysis*. Newbury Park : Sage.
- Hunter, J. E., & Schmidt, F. L. (2004). *Methods of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings*. Thousand Oaks, California: Sage Publication, Inc.
- Ingersoll-Dayton, B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, J., & Aunguroch, Y. (2001). Psychological well-being Asian style: The perspective of Thai elders. [Journal of Cross-Cultural Gerontology](#) 16(3): 283-302.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2009). Population of Thailand, 2009. *Mahidol Population Gazette* 18: 1-2.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly* 11(1): 1-47.
- Jette, A. M., Lachman, M., Giorgetti, M. M., Assmann, S. F., Harris, B. A., Levenson, C., et al. (1999). Exercise – It's never too late: The strong-for-life program. *Am J Public Health* 89: 66-72.
- Jitapunkul, S. & Wivatvanich, S. (2009). National policies and programs for the aging population in Thailand. *Ageing International* 33: 62-74.
- Johnson, J. E. (1991). Health-care practices of the rural aged. *Journal of Gerontological Nursing* 17(8): 15-19.

- Jones, M., & Nies, M. A. (1996). The relationship of perceived benefits of and barriers to reported exercise in older African American women. *Public Health Nursing* 13(2): 151-158.
- Juarbe, T., Turok, X. P., & Pe'rez-Stable, E. J. (2002). Percieved Benefits and Barriers to Physical Activity among Older Latina Women. *Western Journal of Nursing Research* 24(8): 868-886.
- Kamlairat Yensuchit. (2000). *The development of instrument for measuring health-promoting behavior among Thai elderly*. Doctoral Dissertation, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Kespichayawattana, J. & Jitapunkul, S. (2009). Health and health care system for older persons. *Ageing International* 33: 28-49.
- Keysor, J. J. & Jette, A. M. (2001). Have we oversold the benefit of late-life exercise?. *J of Gerontology: Medical Sciences* 56A(7): M412-M423.
- Kwong, E. W., & Kwan, A. Y. (2007). Participation in health-promoting behaviour: influences on community-dwelling older Chinese people. *Journal of Advanced Nursing* 57(5): 522-534.
- Levin, L. S. (1981). Self-care: Toward foundational changes in national strategies. *International Journal of Health Education* 24: 219-228.
- Levy-Storms, L., & Lubben, J. E. (2006). Network Composition and Health Behaviors Among Older Samoan Women. *Journal of Aging and Health* 18(6): 814-836.
- Lipsey, M. & Wilson, D. B. (2001). *Practical Meta-Analysis*. Thousand Oak, CA: Sage.
- Lucas, J. A., Orshan, S. A., & Cook, F. (2000). Determinants of health-promoting behavior among women aged 65 and above living in the community. *Research and Theory for Nursing Practice* 14(1): 77-100.
- Magarey, J. M. (2001). Elements of a systematic review. *International Journal of Nursing Practice* 7: 376-382.
- Mann, H., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research: Theory & Practice* 19(4): 357-372.

- McAuley, E., Elavsky, S., Motl, R. W., Konopack, J. F., Hu, L., & Marquez, D. X. (2005). Physical activity, self-efficacy and self-esteem: longitudinal relationships in older adults. *The Journals of Gerontology B Series: Psychological Sciences and Social Sciences* 60: 268–275.
- McAuley, E., Jerome, G. J., Elavsky, S., Marquez, D. X., & Ramsey, S. N. (2003a). Predicting long-term maintenance of physical activity in older adults. *Preventive Medicine* 37: 110-118.
- McAuley, E., Jerome, G. J., Marquez, D. X., & Elavsky, S. (2003b). Exercise self-efficacy in older adults: Social, affective, and behavioral influences. *Annals of Behavioral Medicine* 25(1): 1-7.
- McAuley, E., Morris, K. S., Motl, R. W., Hu, L., Konopack, J. F., & Elavsky, S. (2007). Long-term follow-up of physical activity behavior in older adults. *Health Psychology* 26(3): 375-380.
- Mccullagh, M. C. (2006). Health Promotion. In Sandra J. Peterson, Timothy S. Bredow, *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*, pp. 179-202. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Miller, A. M., & Iris, M. (2002). Health promotion attitudes and strategies in older adults. *Health Education & Behavior* 29(2): 249-267.
- Minkler, M., Schauffler, H., & Clements-Nolle, K. (2000). Health promotion for older Americans in the 21st century. *American Journal of Health Promotion* 14(6): 371-379.
- Mullen, B. (1989). *Advance Basic Meta-Analysis*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Mundy, K. M., & Stein, K. F. (2008). Meta-analysis as a basis for evidence-based practice: The question is, why not? *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 14(4): 326-328.

- Murray, R. B., & Zentner, J. P. (1993). **Nursing assessment and health promotion: Strategies through the life span**, 5<sup>th</sup> ed. Norwalk: Appleton & Lange.
- Nanthamongkolchai, S., Makapat, A., Charupoonpol, P., & Munsawaengsub, C. (2007). Self-esteem of the elderly in rural areas of Nakhon Sawan Province. **Journal of Medical Association of Thailand** 90(1): 155-159.
- Nongnuan Poolkasorn. (2002). **The factors effecting health promotion behaviors among the elderly in Kamphaengphet Province**. Master's thesis, Graduate Studies, Mahidol University.
- Nugent, W. R. (2009). Meta-Analysis as a Research Synthesis Methodology: Cause for Concern. **Journal of Social Service Research** 35: 181-192.
- O'Neill, P. A. (2002). **Caring for the Older Adult: A Health Promotion Perspective**. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Orem, D. E. (1995). **Nursing: Concept of Practice**, 5<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Orem, D. E., & Taylor, S. G. (1986). Orem's general theory of nursing. In P. Winstead-Fry (ed.), **Case studies in nursing theory**, pp. 37-71. New York: National League for Nursing.
- Palank, C. L. (1991). Determinant of health promotion behavior: A review of current research. **Nursing Clinic of North America** 26(4): 815-832.
- Parker, M. W., Bellis, J., Bishop, P., Harper, M. et al. (2002). A Multidisciplinary model of health promotion incorporating spirituality into a successful aging intervention with African and White elderly groups. **The Gerontologist** 42: 406-415.
- Pender, N. J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**, 3<sup>rd</sup> ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). **Health Promotion in Nursing Practice**, 5<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.

- Petitti, D. B. (2000). *Meta-Analysis, Decision Analysis, and Cost-Effectiveness Analysis: Method for quantitative synthesis in medicine*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press.
- Philips, W. T., Pruitt, L. A., & King, A. C. (1996). Life style activity: Current recommendations. *Sport Medicine* 22: 1-7.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The Content Validity Index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health* 29: 489-497.
- Prohaska, T., Belensky, E., Belza, B., Buchner, D., Marshall, V., McTigue, K., et al. (2006). Physical activity, public health, and aging: Critical issues and research priorities. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 61B(5): S267-S273.
- Rejeski, W. J. & Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *Journal of Gerontology: Series A* 56A(Special Issue II): 23-35.
- Resnick, B. (1998). Health promoting practices of the old-old. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 10(4): 147-153.
- Resnick, B. (2001a). Promoting health in older adults: A four-year analysis. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 13(1): 23-33.
- Resnick, B. (2001b). A Prediction Model of Aerobic Exercise in Older Adults Living in a Continuing-Care Retirement Community. *Journal of Aging and Health* 13(2): 287-310.
- Resnick, B. (2003). Health promoting practices of older adults: Model testing. *Public Health Nursing* 20(1): 2-12.
- Riffle, K. L., Yoho, J., & Sams, J. (1989). Health-Promoting Behaviors, Perceived Social Support, and Self-Reported Health of Appalachian Elderly. *Public Health Nursing* 6(4): 204-211.
- Rogers, C., Keller, C., & Larkey, L. K. (2010). Perceived Benefits of Meditative Movement in Older Adults. *Geriatric Nursing* 31: 37-51.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-Analytic Procedures for Social Research*. Newbury Park: Sage Publications.



- Rosenthal, R., & DiMatteo, M. R. (2001). Meta-Analysis: Recent Developments in Quantitative Methods for Literature Reviews. *Annu. Rev. Psychol* 52: 59-82.
- Ruffing-Rahal, M. A. (1991). Rationale and design for health promotion with older adults. *Public Health Nursing* 8: 258-263.
- Salmon, J., Owen, N., Crawford, D., Bauman, A., & Sallis, J. F. (2003). Physical Activity and Sedentary Behavior: A Population-Based Study of Barriers, Enjoyment, and Preference. *Health Psychology* 22(2): 178-188.
- Schmidt, F. (2008). Meta-Analysis: A Constantly Evolving Research Integration Tool. *Organizational Research Methods* 11(1): 96-113.
- Schone, B. S., & Weinick, R. M. (1998). Health-related behaviors and benefits of marriage for elderly persons. *Gerontologist* 38: 618-627.
- Schulze, R. (2007). Current methods for meta-analysis: Approaches, issues, and developments. *Journal of Psychology* 215(2): 90-103.
- Shelby, L. B., & Vaske, J. J. (2008). Understanding Meta-Analysis: A Review of the Methodological Literature. *Leisure Sciences* 30: 96-110.
- Shin, K. R., Kang, Y., Park, H. J., Cho, M. O., & Heitkemper, M. (2008). Testing and Developing the Health Promotion Model in Low-Income, Korean Elderly Women. *Nursing Science Quarterly* 21(2): 173-178.
- Silver, N. C., & Dunlap, W. P. (1987). Averaging correlation coefficients: should Fisher's Z transformation be used? *Journal of Applied Psychology* 72: 146-148.
- Simmons, S. J. (1990). The health-promoting self-care system model: Directions for nursing research and practice. *Journal of Advanced Nursing* 15: 1162-1166.
- Slavin, R. E. (1986). Best-evidence synthesis: An alternative to meta-analytic and traditional reviews. *The Educational Researchers* 15: 5-11.
- Sohng, K-Y., Sohng, S., & Yeom, H-A. (2002). Health-Promoting Behaviors of Elderly Korean Immigrants in the United States. *Public Health Nursing* 19(4): 294-300.
- Sriyuktasuth, A. (2002). *Utility of Pender's Model in Describing Health-Promotion Behaviors in Thai Women with Systemic Lupus Erythematosus*. Doctoral Dissertation, Graduate School, University of Alabama at Birmingham.

- Stansfeld, S. A. (2000). Social support and social cohesion. In Marmot, M. & Wilkinson, R. G. (Eds.), **Social Determinants of Health**, pp. 155-178. New York: Oxford University Press.
- Strachan, S.M., Brawley, L. R., Spink, K., & Glazebrook. (2010). Older adults' physically-active identity: Relationships between social cognitions, physical activity and satisfaction with life. **Psychology of Sport and Exercise** 11(2): 114-121.
- Sukanya Phoolphoklang. (2006). **Perception of illness and health promotion behavior of the elderly under the universal coverage program, Buriram Province**. Master's thesis, Graduate Studies, Mahidol University.
- Sutton, A. J., & Higgins, J. P. T. (2008). Recent developments in meta-analysis. **Statistics in Medicine** 27: 625-650.
- Sutton, A. J., Abrams, K. R., Jones, D. R., Sheldon, T. A., & Song, F. (2002). **Methods for Meta-Analysis in Medical Research**. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Tanaporn Thammatuksa. (2004). **The relationship between stress, self-esteem and health promoting behaviors of adolescents in Bangkok metropolitan**. Master's thesis, Graduated Studies, Mahidol University.
- Thanakwang, K. & Soonthorndhada, K. (2008). Family Relations and Health-Promoting Behavior among Older People in Nan Province. **Journal of Medical Association of Thailand** 91(7): 1102-1108.
- Thanakwang, K. (2008). Social Networks and Social Support Influencing Health-Promoting Behavior among Thai Community-Dwelling Elderly. **Thai Journal of Nursing Research** 12(4): 243-258.
- Thanakwang, K. (2009). Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the national elderly survey. **Nursing & Health Sciences** 11(2): 144-149.
- Tilokskulchai, F., Sitthimongkolchai, Y., Prasopkittikun, T., & Klainin, P. (2004). Meta-analysis of health promotion research in Thailand. **Asian Journal of Nursing Studies** 7(2): 18-32.

- Uchino, B. N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Process Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. **Journal of Behavioral Medicine** 29(4): 377- 387.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. **Psychological Bulletin** 119(3): 488-531.
- Walker, S. N., Pullen, C. H., Hertzog, M., Boeckner, L. & Hageman, P. A. (2006). Determinants of Older Rural Women's Activity and Eating. **Western Journal of Nursing Research** 28(4): 449-468.
- Walker, S. N., Sechrist, K., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. **Nursing Research** 36: 76-80.
- Walker, S. N., Sechrist, K., & Pender, N. J. (1995). **The health-promoting lifestyle profile II**. Omaha: University of Nebraska Medical center, College of Nursing.
- Wang, H. H. (1999). Predictors of Health Promotion Life Style Among Three Ethnic Groups of Elderly Rural Women in Taiwan. **Public Health Nursing** 16: 321-328.
- Wang, H-H., Wu, S-Z., Liu, Y-Y. (2003). Association between social support and health outcomes: A meta-analysis. **Kaohsiung J Med Sci** 19(7): 345-350.
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., & Cannella, B. L. (2004). A meta-analysis of predictors of positive practices. **Journal of Nursing scholarship** 36(2): 102-108.
- Zwahlen, M., Renehan, A., & Eggar, M. (2008). Meta-analysis in medical research: Potentials and limitations. **Urologic Oncology: Seminars and Original Investigation** 26: 320-329.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายชื่องานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่นำมาวิเคราะห์อภิमान

กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กัญญา ชื่นอารมณ์ จรรยาพร ทะแกลัวพันธ์ และอัจฉรา สิทธิรักษ์. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พ.ศ. 2543. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 9(4): 544-550.

ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร. (2534). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ขวัญตา ตริสกุลวัฒนา. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิตรา จันชนะกิจ. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิรวรรณ อินคุ่ม. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราพร ทองดี. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิราภรณ์ ฉลานูวัฒน์. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปอดหลัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จุฑามาศ คำแพรวดี. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูง อายุโรคต่อม  
ลูกหมากโต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลธิชา จันทศิริ จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2551). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร. **วารสารสาธารณสุข  
ศาสตร์** 38(1): 20-33.
- ชลธิชา เรือนคำ. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชิตชนก ไชยกุล. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม**.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ญาณนนท์ รัตนธีรวิเชียร. (2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ  
เพื่อลดความเสี่ยงมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณิชากานต์ ชันขาว. (2543). **การเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสมาชิก  
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ณัทกวี ศิริรัตน์ วาสนา ราชรักษ์ และยุพิน ยงสวัสดิ์. (2549). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี**. วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี.
- ดวงใจ รัตนัญญา และวรรณี ดำรงค์รัตน์. (2548). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุในชุมชน เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร**. **วารสารพยาบาลศาสตร์**  
23(3): 55-64.

- ธัญรัตน์ ต้นติกฤตยา สัมพันธ์ ัญชีวะนันท์ อรพรรณ โตสิงห์ และศากุล ช่างไม้. (2550). อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 13(1): 44-53.
- นงนุช เพ็ชรรวง และ ธิติมาศ หอมเทศ. (2551). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบ้านแหลม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิรมล อิมทฤทธิ. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทกา คำแก้ว. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิยา โพธิสาร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัทมาวดี บุพศิริ. (2547). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประภา ลิ้มประสูตร, แอนน์ สารจินดาพงศ์, วงเดือน สุวรรณคีรี, นันทนา น้ำฝน, จรรยา เสี่ยงเสนาะ, จารุวรรณ เหมะธร และคณะ. (2543). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ปาณิศา ตีใหม่. (2551). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ป่าคา ตำบลท่าต๋ม อ. ป่าซาง จ. ลำพูน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปานทิพย์ ประเสริฐผล วิภาศิริ นราพงษ์ และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2547). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท ต.ทับกวาง อ.แก่งคอย จ.สระบุรี**. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม คณิสร์ แก้วแดง และรัชสมน นามวงษ์. (2550). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 18(1): 25-39.
- พนิตนาฏ ชำนาญเสื่อ และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2547). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี**. วารสารโรงพยาบาลสระบุรี 29(2): 71-78.
- ไพจิตร ลาสุกุลทอง. (2545). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จ. น่าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชร อินทรพานิช. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมืองอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วีรบุช ไตรรัตน์โนภาส. (2545). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขา สุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วาสนา ครูทเมือง. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วราพร คุ่มอรุณรัตน์กุล. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย กนกพร สุคำวัง และดวงฤดี ลาสุขะ. (2551). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตภาคเหนือของประเทศไทย**. คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สดใส ศรีสอาด. (2540). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัด อำนาจเจริญ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมหมาย วงษ์กระสันต์. (2543). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2542). **การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตอหีน เรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.



- สุธีรา เทศวงษ์. (2542). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุพรรณิธี ธีระเจตกุล. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อ.ตระการพืชผล จ.อุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โสภิต ทิพย์รัตน์. (2551). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม. (2543). **การจูงใจตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภายหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Umakorn Jaiyungyuen. (2008). **Factors Influencing Health-Promoting Behaviors of Elderly People with Hypertension**. Master's Thesis, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1. แบบคัดเลือกงานวิจัย

ลำดับที่ .....

วันที่ประเมิน.....

1. ชื่อผู้วิจัย .....
2. ชื่องานวิจัย .....
3. แหล่งที่ได้มาของงานวิจัย .....

ให้ทำเครื่องหมาย / ในช่อง  หน้าข้อความที่ท่านต้องการ

1. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ .....  
และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุคือ .....
2. ประเภทของงานวิจัย
- เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์  งานวิจัยเชิงทำนาย  งานวิจัยเชิงเปรียบเทียบ
3. เป็นงานวิจัยที่ใช้แนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
- ใช่  ไม่ใช่  ทฤษฎีของเพนเดอร์ร่วมกับทฤษฎีอื่น
4. กลุ่มตัวอย่าง
- เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ระบุ  ผู้สูงอายุทั่วไป  
 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง  
 อื่นๆ ระบุ.....
5. ค่าสถิติที่รายงานในการศึกษา
- ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ
- ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
- ค่าสถิติที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถแปลงเป็นค่า r ได้ ระบุ .....  t  F  Z   $\chi^2$
6. สรุปผลการคัดเลือกงานวิจัยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง
- ได้รับคัดเลือกเนื่องจากมีคุณสมบัติครบที่กำหนดไว้ในข้อ 1 – 5  
หรือเหตุผลอื่นคือ .....
- ไม่ได้รับคัดเลือกเนื่องจากขาดคุณสมบัติในข้อที่ .....  
หรือเหตุผลอื่นคือ .....

## 2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

ชื่อผู้วิจัย ..... รหัสงานวิจัย .....

ชื่อเรื่องวิจัย .....

ลักษณะที่ประเมิน	ผลการประเมิน				
	5	4	3	2	1
1. ชื่อเรื่องการวิจัยมีความชัดเจน					
2. ปัญหาการวิจัยมีความชัดเจน					
3. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาชัดเจนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย					
4. เหตุผลและความจำเป็นในการทำวิจัยเหมาะสม					
5. การเขียนสมมติฐานการวิจัยมีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัย					
6. การศึกษาเอกสารรายงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีความเหมาะสมและสรุปประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์					
7. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการที่สามารถนำไปวัดได้จริงและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย					
8. การสร้างกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยมีความเหมาะสม					
9. การออกแบบการวิจัยสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย					
10. มีการกำหนดขอบเขตของประชากรและกลุ่มตัวอย่างชัดเจน					
11. การเลือกกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมและเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร					
12. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพและมีคุณภาพ					
13. กระบวนการเก็บข้อมูลชัดเจนและข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีคุณภาพ					
14. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และระดับของข้อมูล					
15. การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสมและถูกต้องตามหลักการวิจัย					
16. การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความถูกต้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย					
17. การอภิปรายผลครอบคลุมประเด็นปัญหา ข้อมูลถูกต้องและเชื่อมโยงกับงานวิจัยในอดีต					
18. มีการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์					

### ความหมายของการประเมิน

ระดับคะแนน	5	หมายถึง	ดีมาก
ระดับคะแนน	4	หมายถึง	ดี
ระดับคะแนน	3	หมายถึง	พอใช้
ระดับคะแนน	2	หมายถึง	ต้องปรับปรุง
ระดับคะแนน	1	หมายถึง	ไม่มีการระบุข้อมูล

### เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย

#### 1. ชื่อเรื่องการวิจัยมีความชัดเจน

- 5 หมายถึง ชื่อเรื่องบอกถึงปัญหาการวิจัย ตัวแปรสำคัญที่ศึกษา (ทั้งตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ) และกลุ่มประชากร
- 4 หมายถึง ชื่อเรื่องบอกถึงปัญหาการวิจัย ประกอบด้วยตัวแปรสำคัญแต่ไม่มีการระบุกลุ่มประชากร
- 3 หมายถึง ชื่อเรื่องบอกถึงปัญหาการวิจัย แต่ขาดตัวแปรสำคัญที่ศึกษา (ขาดตัวแปรตามหรือตัวแปรอิสระ)
- 2 หมายถึง ชื่อเรื่องบอกถึงปัญหาการวิจัย แต่ไม่ได้ระบุตัวแปรที่สำคัญ (ทั้งตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ)
- 1 หมายถึง ชื่อเรื่องไม่ได้บอกถึงปัญหาการวิจัย

#### 2. ปัญหาการวิจัยมีความชัดเจน

- 5 หมายถึง ปัญหาการวิจัยสอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา มีเหตุผลสนับสนุนชัดเจน และครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา
- 4 หมายถึง ปัญหาการวิจัยสอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา มีเหตุผลสนับสนุนชัดเจน
- 3 หมายถึง ปัญหาการวิจัยสอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา มีเหตุผลสนับสนุนแต่ไม่ชัดเจน
- 2 หมายถึง ปัญหาการวิจัยสอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา แต่ขาดเหตุผลสนับสนุน
- 1 หมายถึง ไม่ระบุปัญหาการวิจัย / ปัญหาการวิจัยไม่สอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา



### 3. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาชัดเจนและสอดคล้องกับเรื่องที่ทำวิจัย

5 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาแสดงให้เห็นประเด็นปัญหา และความสำคัญในการวิจัย ครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา โดยมีข้อมูล ผลการวิจัย และเหตุผลสนับสนุน

4 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาแสดงให้เห็นประเด็นปัญหา และความสำคัญในการวิจัย ครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา โดยมีเหตุผลสนับสนุน

3 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาแสดงให้เห็นประเด็นปัญหา และความสำคัญในการวิจัย แต่ยังไม่ครอบคลุมในประเด็นที่ศึกษา

2 หมายถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำวิจัย

1 หมายถึง ไม่ระบุความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

### 4. เหตุผลและความจำเป็นในการทำวิจัยเหมาะสม

5 หมายถึง เรื่องที่ศึกษาก่อให้เกิดประโยชน์ และได้องค์ความรู้ใหม่ เป็นเรื่องที่ยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน และเป็นปัญหาเร่งด่วน

4 หมายถึง เรื่องที่ศึกษาก่อให้เกิดประโยชน์ และได้องค์ความรู้ใหม่ เป็นเรื่องที่ยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน

3 หมายถึง เรื่องที่ศึกษาก่อให้เกิดประโยชน์ และได้องค์ความรู้ใหม่

2 หมายถึง เรื่องที่ศึกษาก่อให้เกิดประโยชน์

1 หมายถึง เรื่องที่ศึกษาไม่มีความจำเป็นในการทำวิจัย

### 5. สมมติฐานการวิจัยมีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและวัตถุประสงค์การวิจัย

5 หมายถึง สมมติฐานการวิจัยระบุถึงตัวแปร สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย ครอบคลุมคิด วัตถุประสงค์การวิจัย เป็นสมมติฐานอย่างมีทิศทางที่มีหลักฐานสนับสนุนและสามารถทดสอบทางสถิติได้

4 หมายถึง สมมติฐานการวิจัยระบุถึงตัวแปร สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย ครอบคลุมคิด วัตถุประสงค์การวิจัย เป็นสมมติฐานอย่างมีทิศทาง

3 หมายถึง สมมติฐานการวิจัยระบุถึงตัวแปร สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย  
 ครอบคลุมความคิดวิจัย และมีหลักฐานสนับสนุน

2 หมายถึง สมมติฐานการวิจัยระบุถึงตัวแปร สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

1 หมายถึง ไม่มีสมมติฐานการวิจัยหรือไม่ระบุสมมติฐานการวิจัย

## 6. การศึกษาเอกสารรายงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีความเหมาะสม และสรุป ประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์

5 หมายถึง รายงานเอกสาร และงานวิจัยมีทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ  
 มีความทันสมัย และสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย และสรุปประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์

4 หมายถึง รายงานเอกสาร และงานวิจัยมีทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ  
 มีความทันสมัย และสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย และสรุปประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์ แต่  
 เอกสารอย่างน้อยครึ่งหนึ่งไม่ทันสมัย

3 หมายถึง รายงานเอกสาร และงานวิจัยสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย และ  
 สรุปประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์ แต่ส่วนใหญ่เอกสารของต่างประเทศไม่ทันสมัย

2 หมายถึง รายงานเอกสาร และงานวิจัยสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย แต่ส่วน  
 ใหญ่เอกสารของประเทศไทยที่ไม่ทันสมัย และไม่สรุปประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์

1 หมายถึง รายงานเอกสารไม่สอดคล้องกับปัญหาการวิจัย และไม่สรุปประเด็น  
 การนำไปใช้ประโยชน์

## 7. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัยเป็นนิยามเชิงปฏิบัติการที่สามารถนำไปวัดได้จริง และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

5 หมายถึง มีการให้นิยามทั้งเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติกับตัวแปรสำคัญถูกต้อง  
 ครบถ้วน และบอกวิธีการวัดตัวแปรชัดเจน

4 หมายถึง มีการให้นิยามทั้งเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติกับตัวแปรสำคัญถูกต้อง  
 ครบถ้วน

3 หมายถึง มีการให้นิยามเชิงทฤษฎีกับตัวแปรสำคัญถูกต้องครบถ้วน แต่ยัง  
 ขาดนิยามเชิงปฏิบัติการ

2 หมายถึง มีการให้นิยามตัวแปรสำคัญเพียงบางตัว

1 หมายถึง ไม่มีการนิยามศัพท์เฉพาะ หรือนิยามตัวแปรที่สำคัญ

#### 8. การสร้างกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยมีความเหมาะสม

5 หมายถึง กรอบแนวคิดในการวิจัยถูกต้องตามทฤษฎีหลัก มีงานวิจัยสนับสนุนแล้วนำเสนอเป็นแผนภาพแสดงความสัมพันธ์

4 หมายถึง กรอบแนวคิดในการวิจัยถูกต้องตามทฤษฎีหลัก มีงานวิจัยสนับสนุน

3 หมายถึง กรอบแนวคิดในการวิจัยถูกต้องตามทฤษฎีหลัก แล้วนำเสนอเป็นแผนภาพแสดงความสัมพันธ์

2 หมายถึง กรอบแนวคิดในการวิจัยถูกต้องตามทฤษฎีหลัก

1 หมายถึง กรอบแนวคิดในการวิจัยไม่ชัดเจน

#### 9. การออกแบบการวิจัยสอดคล้องกับปัญหาการวิจัย

5 หมายถึง การออกแบบการวิจัยทำให้ได้แนวทางการวิจัย ที่จะได้คำตอบตรงกับประเด็นของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย ทำให้ผลงานวิจัยมีความตรงภายใน และความตรงภายนอก

4 หมายถึง การออกแบบการวิจัยทำให้ได้ผลการวิจัยที่มีความตรงภายใน และความตรงภายนอก

3 หมายถึง การออกแบบการวิจัยทำให้ได้ผลการวิจัยที่มีความตรงภายใน หรือความตรงภายนอกอย่างใดอย่างหนึ่ง

2 หมายถึง การออกแบบการวิจัยทำให้ได้แนวทางการวิจัยที่ได้คำตอบตรงกับประเด็นกับปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย

1 หมายถึง การออกแบบการวิจัยไม่เหมาะสมกับปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย

#### 10. มีการกำหนดขอบเขตของประชากรและกลุ่มตัวอย่างชัดเจน

5 หมายถึง มีการกำหนดคุณสมบัติของประชากร ขนาดกลุ่มประชากร ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ไว้อย่างชัดเจน

4 หมายถึง มีการกำหนดคุณสมบัติของประชากร ขนาดกลุ่มประชากร ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ไว้แต่ไม่ชัดเจน

3 หมายถึง มีการกำหนดคุณสมบัติของประชากร และกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ได้ระบุวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

2 หมายถึง มีการกำหนดคุณสมบัติของประชากร หรือกลุ่มตัวอย่าง อย่างใดอย่างหนึ่ง

1 หมายถึง ไม่ได้กำหนดคุณสมบัติของประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

### 11. การเลือกกลุ่มตัวอย่างเหมาะสมและเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

5 หมายถึง เลือกวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ทำให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องมีขนาดพอเหมาะ ทั้งในด้านทฤษฎีและด้านการปฏิบัติ

4 หมายถึง เลือกวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ทำให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร แต่ขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่เหมาะสม

3 หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเหมาะสม แต่ไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

2 หมายถึง ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

1 หมายถึง ไม่ระบุ

### 12. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพและมีคุณภาพ

5 หมายถึง มีการระบุถึงการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง ความตรงเชิงเนื้อหา และความตรงด้านอื่นๆ เช่น ความตรงเชิงโครงสร้าง ความตรงตามสภาพ หรือความตรงเชิงพยากรณ์

4 หมายถึง มีการระบุถึงการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง และความตรงเชิงเนื้อหา

3 หมายถึง มีการระบุถึงการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยง แต่ไม่มีการระบุคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา

2 หมายถึง มีการระบุถึงวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แต่ไม่ระบุถึงคุณภาพเครื่องมือ

1 หมายถึง ไม่มีการระบุถึงการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 13. กระบวนการเก็บข้อมูลชัดเจนและข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีคุณภาพ

5 หมายถึง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีระดับการวัดสอดคล้องตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

4 หมายถึง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีระดับการวัดสอดคล้องตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้

3 หมายถึง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีระดับการวัดสอดคล้องกับสถิติที่ใช้

2 หมายถึง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มีระดับการวัดไม่สอดคล้องกับสถิติที่ใช้

1 หมายถึง ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ไม่มีคุณภาพ (เก็บรวบรวมได้จากเครื่องมือที่ไม่มีคุณภาพ)

#### 14. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์และระดับของข้อมูล

5 หมายถึง การอ่านค่าสถิติ การแปลความหมายของค่าสถิติ และการสรุปความหมายเกี่ยวกับสมมติฐานการวิจัยถูกต้องและเหมาะสมกับปัญหาการวิจัย และสรุปอ้างอิงผลการวิเคราะห์ตามทฤษฎี

4 หมายถึง การอ่านค่าสถิติ การแปลความหมายของค่าสถิติ และการสรุปความหมายเกี่ยวกับสมมติฐานการวิจัยถูกต้องและเหมาะสมกับปัญหาการวิจัย

3 หมายถึง การอ่านค่าสถิติ การแปลความหมายของค่าสถิติถูกต้อง

2 หมายถึง สถิติวิเคราะห์เหมาะสมและการอ่านสถิติถูกต้อง

1 หมายถึง สถิติวิเคราะห์ไม่เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย

#### 15. การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความเหมาะสมและชัดเจนและถูกต้องตามหลักการวิจัย

5 หมายถึง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับข้อมูลที่เก็บมาได้ มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งส่วนสถิติพื้นฐานและสถิติอ้างอิงเป็นขั้นตอน มีการอธิบายกระบวนการทดสอบสมมติฐานที่ชัดเจน และมีการนำเสนอที่เป็นระบบ เข้าใจง่าย (ตารางแผนภาพหรือแผนภูมิ)

4 หมายถึง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับข้อมูลที่เก็บมาได้ มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งส่วนสถิติพื้นฐานและสถิติอ้างอิงเป็นขั้นตอน มีการอธิบายกระบวนการทดสอบสมมติฐานที่ชัดเจน

3 หมายถึง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับข้อมูลที่เก็บมาได้ มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งส่วนสถิติพื้นฐานและสถิติอ้างอิง

2 หมายถึง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกับข้อมูลที่เก็บมาได้ มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่เป็นไปตามลำดับขั้นตอน



1 หมายถึง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่เก็บมาได้

#### 16. การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความถูกต้องและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

5 หมายถึง การแปลผลการวิเคราะห์สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อค้นพบของการวิจัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ภายใต้ขอบเขตของข้อมูลที่ค้นพบ (ไม่แปลความหมายเกินไปจากข้อมูลที่มี) และมีการสรุปอ้างอิงจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไปยังประชากรตามสมมติฐานการวิจัย

4 หมายถึง การแปลผลการวิเคราะห์สอดคล้องข้อค้นพบของการวิจัยและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ภายใต้ขอบเขตของข้อมูลที่ค้นพบ (ไม่แปลความหมายเกินไปจากข้อมูลที่มี) และมีการสรุปอ้างอิงจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไปยังประชากร

3 หมายถึง การแปลผลการวิเคราะห์สอดคล้องข้อค้นพบของการวิจัยและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ภายใต้ขอบเขตของข้อมูลที่ค้นพบ (ไม่แปลความหมายเกินไปจากข้อมูลที่มี)

2 หมายถึง การแปลผลการวิเคราะห์สอดคล้องข้อค้นพบของการวิจัยและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

1 หมายถึง การแปลผลการวิเคราะห์ไม่สอดคล้องข้อค้นพบของการวิจัย

#### 17. การอภิปรายผลครอบคลุมประเด็นปัญหา ข้อมูลถูกต้องและเชื่อมโยงกับงานวิจัยในอดีต

5 หมายถึง อภิปรายว่าผลการวิเคราะห์สอดคล้อง / ขัดแย้งกับสมมติฐานทางสถิติ สมมติฐานการวิจัยและผลการวิจัยในอดีตอย่างไร รวมทั้งอภิปรายได้ครอบคลุมโลกแห่งความเป็นจริงและได้ข้อจำกัดของการวิจัย เชื่อมโยงองค์ความรู้ที่ได้กับเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในอดีตได้อย่างสมเหตุสมผล

4 หมายถึง อภิปรายว่าผลการวิเคราะห์สอดคล้อง / ขัดแย้งกับสมมติฐานทางสถิติ สมมติฐานการวิจัยและผลการวิจัยในอดีตอย่างไร เชื่อมโยงองค์ความรู้ที่ได้กับเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในอดีตได้อย่างสมเหตุสมผล

3 หมายถึง อภิปรายว่าผลการวิเคราะห์สอดคล้อง / ขัดแย้งกับสมมติฐานทางสถิติ สมมติฐานการวิจัยและผลการวิจัยในอดีตอย่างไร แต่เชื่อมโยงองค์ความรู้ที่ได้กับเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในอดีตไม่สมเหตุสมผล

2 หมายถึง อภิปรายว่าผลการวิเคราะห์สอดคล้อง / ขัดแย้งกับสมมติฐานทางสถิติอย่างไร และเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่ได้กับเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในอดีตไม่สมเหตุสมผล

1 หมายถึง ไม่มีการอภิปรายและเชื่อมโยงองค์ความรู้ที่ได้กับเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในอดีตไม่สมเหตุสมผล

### 18. มีการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

5 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในเชิงนโยบายหรือการปฏิบัติโดยมีเหตุผลมาสนับสนุนอย่างเพียงพอ

4 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย สามารถนำไปใช้ประโยชน์จริงและเกิดประโยชน์ แต่ขาดเหตุผลมาสนับสนุนอย่างเพียงพอ

3 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้สอดคล้องกับผลการวิจัย แต่ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์จริง

2 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้เป็นข้อเสนอที่เกิดจากความคิดของผู้วิจัยไม่ได้เกิดจากผลการวิจัย หรือเป็นข้อเสนอแนะทั่วไป ไม่ชัดเจน

1 หมายถึง ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัย

### 3. แบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัยและผลการวิจัย

งานวิจัยลำดับที่ ..... วันที่บันทึก .....

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย

1. ชื่องานวิจัย.....
2. ชื่อผู้วิจัย.....
3. ประเภทของงานวิจัย
  - (1) วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก
  - (2) วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท
  - (3) รายงานการวิจัย
  - (4) งานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสาร ชื่อ.....
  - (5) อื่นๆ.....
4. สถาบันที่ผลิต
  - 1) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
  - 2) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
  - 3) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
  - 4) มหาวิทยาลัยมหิดล
  - 5) มหาวิทยาลัยบูรพา
  - 6) มหาวิทยาลัยอื่น ๆ ระบุ .....
  - 7) วิทยาลัยพยาบาล.....
  - 8) หน่วยงาน .....
5. คณะที่ผลิต
  - 1) คณะพยาบาลศาสตร์
  - 2) คณะสาธารณสุขศาสตร์
  - 3) คณะสังคมศาสตร์
  - 4) คณะอื่นๆ ระบุ .....
  - 5) สถาบัน / หน่วยงาน .....

6. สาขาที่ผลิต
  - 1) การพยาบาลผู้ใหญ่
  - 2) การพยาบาลผู้สูงอายุ
  - 3) การพยาบาลสาธารณสุข
  - 4) สาธารณสุข
  - 5) อื่นๆ ระบุ .....
7. ปีที่พิมพ์เผยแพร่ พ.ศ. 25.....
8. จำนวนหน้าทั้งหมด ..... หน้า
9. จำนวนหน้าไม่รวมภาคผนวก ..... หน้า
10. จำนวนผู้วิจัย ..... คน

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านวิธีวิทยาการวิจัย

1. แบบการวิจัย
  - 1) เชิงสหสัมพันธ์
  - 2) เชิงทำนาย
  - 3) เชิงสหสัมพันธ์และเชิงทำนาย
  - 4) เชิงเปรียบเทียบ
2. กรอบแนวคิดในการวิจัย
  - 1) มี
  - 2) ไม่มี
3. ตัวแปรต้นที่ใช้ในการศึกษา จำนวน ..... ตัวแปร
4. ตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษา จำนวน ..... ตัวแปร
5. การตั้งสมมติฐานของงานวิจัย
  - 1) สมมติฐานแบบทางเดียว
  - 2) สมมติฐานแบบสองทาง
  - 3) ตั้งสมมติฐานทั้งสองแบบ
  - 4) ไม่มีการตั้งสมมติฐาน

6. ประชากรที่ศึกษา
  - 1) กำหนด
  - 2) ไม่ได้กำหนด
7. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
  - 1) กำหนดเกณฑ์คัดเลือก
  - 2) ไม่ได้กำหนด
8. ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด.....คน
9. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
  - 1) สุ่มอย่างง่าย (Random sampling)
  - 2) สุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling)
  - 3) สุ่มแบบ Stratified random sampling
  - 4) สุ่มแบบ Cluster random sampling
  - 5) เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
  - 6) เลือกตามสะดวก (Convenience sampling)
  - 7) ไม่มีการสุ่ม/ไม่ระบุ
  - 8) อื่นๆ.....
10. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ  
เครื่องมือที่ใช้มี ..... ชุด ดังนี้



ชื่อเครื่องมือ และ ผู้สร้าง	วิธีการสร้าง เครื่องมือ	ระดับการวัด	ลักษณะ ของ เครื่องมือ	ผลการตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ			
				ความ ตรง	ความ เที่ยง	ไม่ได้ ระบุ	อื่นๆ
1..... .....	1.พัฒนาขึ้นใหม่  2.มีอยู่แล้ว  3.พัฒนาจากที่มี อยู่แล้ว	1.นาม บัญญัติ  2.อันดับ  3.อันตรายภาค  4.อัตราส่วน	1.แบบ สอบถาม  2.แบบ สัมภาษณ์				
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

## 11. สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในโรงพยาบาล ระบุ
  1. OPD
  2. IPD
2. ในชุมชน ระบุ
  1. ชุมชนเมือง
  2. ชุมชนชนบท
3. อื่นๆ ระบุ .....

## 12. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....วัน / เดือน / ปี

## 13. การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ

- 1) นัยสำคัญที่สำคัญ .05
- 2) นัยสำคัญที่สำคัญ .01
- 3) นัยสำคัญที่สำคัญ .001
- 4) ไม่ระบุ

## 14. ประเภทสถิติบรรยายที่ใช้ในงานวิจัย

- 1) การแจกแจง
- 2) ร้อยละ
- 3) ค่าเฉลี่ย
- 4) ค่าความแปรปรวน
- 5) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 6) อื่นๆ ระบุ.....

## 15. ประเภทสถิติทดสอบที่ใช้ในงานวิจัย

- 1) Pearson correlation coefficient (r)
- 2) t-test

- 3)  $X^2$  – test
- 4) F test
- 5) Z test
- 6)  $\beta$  coefficient
- 7) P-value
- 8) Confidence Interval
- 9) อื่นๆ ระบุ .....

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเนื้อหาสาระงานวิจัย

1. ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย
  - 1) ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปี .....
  - 2) ใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีอื่นคือ .....
2. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษา
  - 2.1 เพศของกลุ่มตัวอย่าง
    - 1) ชาย
    - 2) หญิง
    - 3) ทั้งสองเพศ
  - 2.2 ภาวะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง
    - 1) ผู้สูงอายุทั่วไปที่มีสุขภาพดี
    - 2) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระบุโรค.....
  - 2.3 ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง
    - 1) ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)
    - 2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)
    - 3) ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปี ขึ้นไป)
    - 4) รวมผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป

## 3. ตัวแปรต้นที่ศึกษา

- (1) .....แนวคิดที่ใช้.....
- (2) .....แนวคิดที่ใช้.....
- (3) .....แนวคิดที่ใช้.....
- (4) .....แนวคิดที่ใช้.....
- (5) .....แนวคิดที่ใช้.....
- (6) .....แนวคิดที่ใช้.....
- (7) .....แนวคิดที่ใช้.....
- (8) .....แนวคิดที่ใช้.....

## 4. ตัวแปรพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ศึกษา จำนวน ..... ด้าน

- (1) .....
- (2) .....
- (3) .....
- (4) .....
- (5) .....
- (6) .....

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 5. ค่าสถิติความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรต้น	r	t	F	Z	$\chi^2$	อื่นๆ
1. ....						
2. ....						
3. ....						
4. ....						
5. ....						
6. ....						
7. ....						
8. ....						
9. ....						
10. ....						
11. ....						





ภาคผนวก ค

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. ผศ. ดร. พิกุล นันทชัยพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ผศ. ดร. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ผศ. ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผศ. ดร. นิคม มูลเมือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
5. ดร. อิทธิฤทธิ์ พงษ์ปิยะรัตน์ ศึกษานิเทศก์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดลพบุรี

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยพัทธยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0196



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๘ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

เนื่องด้วย นายกัตติกา ธนะขว้าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิภูล นันทชัยพันธ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิภูล นันทชัยพันธ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นายกัตติกา ธนะขว้าง โทร. 08-7971-3663

ที่ ศษ 0512.11/ 0199



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

8 กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

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

เนื่องด้วย นายกัตติกา ธนะขว้าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์อภิมาน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นายกัตติกา ธนะขว้าง โทร. 08-7971-3663



ที่ศษ 0512.11/0195

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๘ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

เนื่องด้วย นายกัตติกา ธนะขว้าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์อภิมาน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิคม มูลเมือง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ศุภณีย์ วิทยทรัพย์   
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ  
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิคม มูลเมือง
<u>งานบริการการศึกษา</u>	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831
<u>อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม</u>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813
<u>ชื่อนิสิต</u>	นายกัตติกา ธนะขว้าง โทร. 08-7971-3663

ที่ ศษ 0512.11/ 0196

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ กุมภาพันธ์ 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาลพบุรี เขต 2

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

เนื่องด้วย นายกัตติกา ณะขว้าง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. อธิฤทธิ พงษ์ปิยะรัตน์ ศึกษาพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. อธิฤทธิ พงษ์ปิยะรัตน์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831

อาจารย์ที่ปรึกษาช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นายกัตติกา ณะขว้าง โทร. 08-7971-3663



## บันทึกข้อความ


ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806  
 ที่ ศธ 0512.11/0196 วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ 2553  
 เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

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

เนื่องด้วย นายกัตติกา ธนะขว้าง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์อภิมาน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)  
 รองคณบดีฝ่ายวิชาการ  
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-9831  
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813  
ชื่อนิสิต นายกัตติกา ธนะขว้าง โทร. 08-7971-3663



ภาคผนวก จ

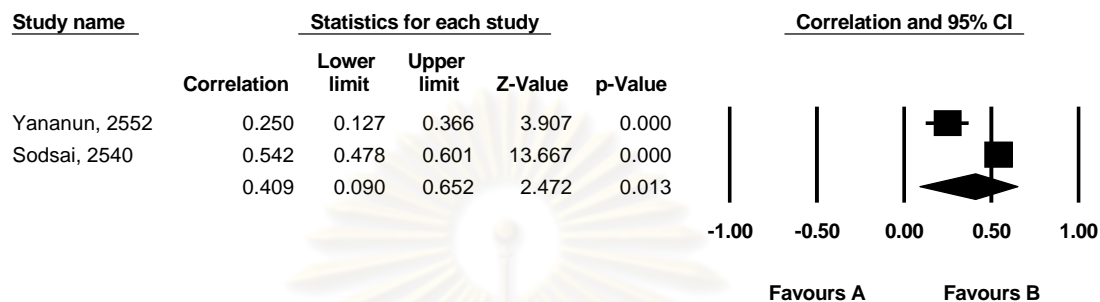
แผนภาพการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



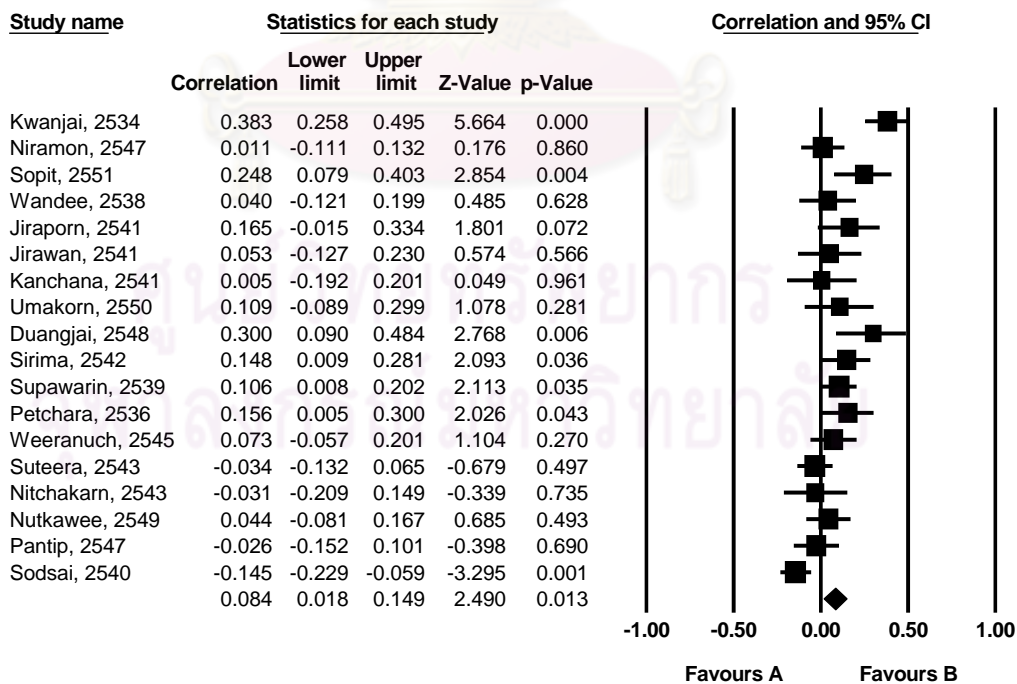
กราฟแสดง Forest Plot ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

### Correlate of prior related behaviors and health-promoting behavior



Random effect weights

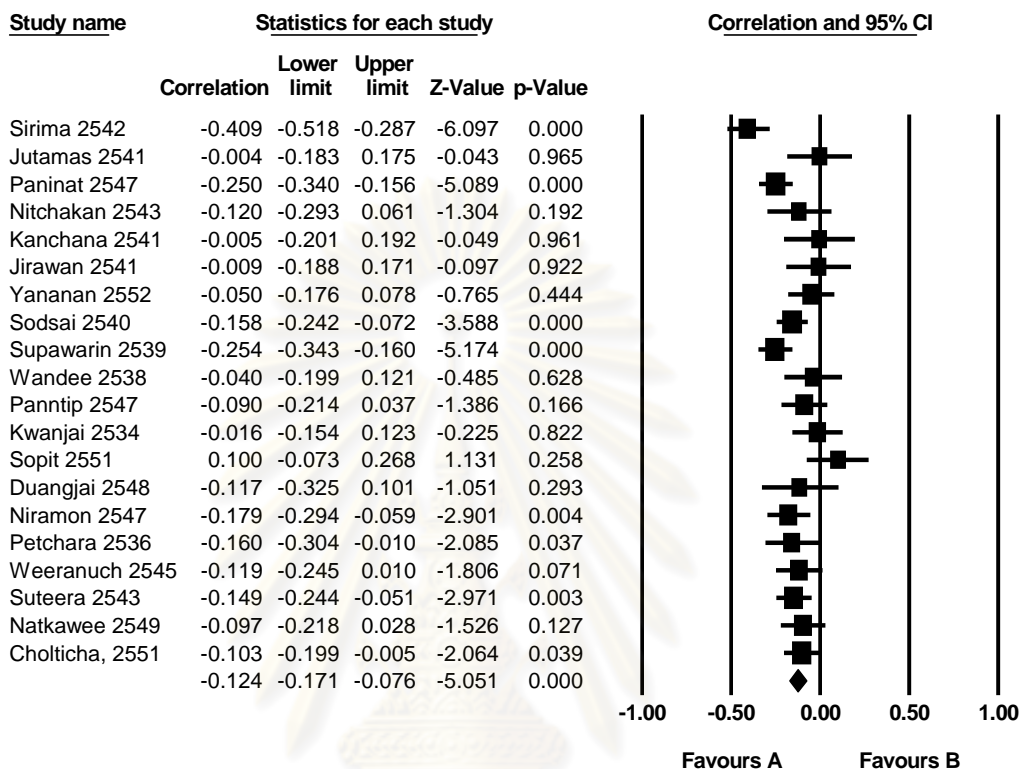
### Correlate of gender and health-promoting behavior



Random effect weights

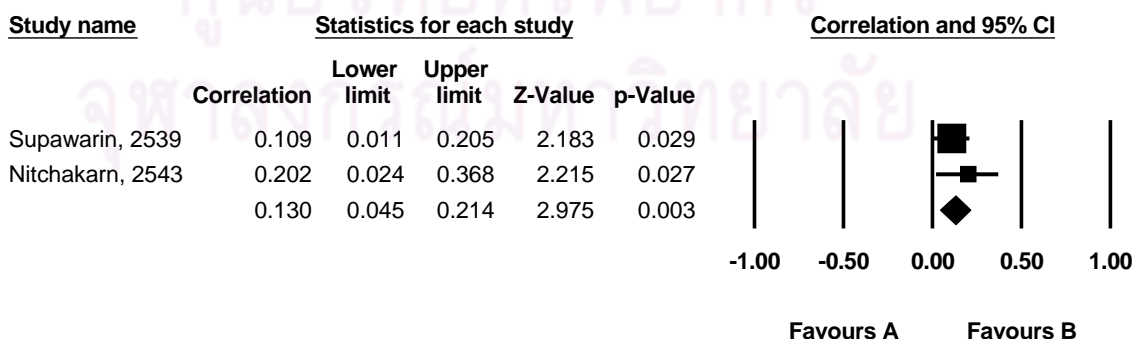


## Correlate of age and health-promoting behavior



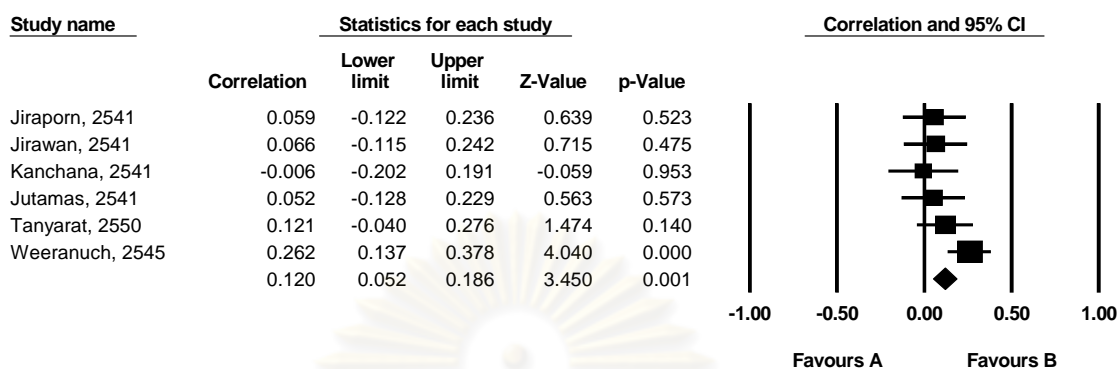
**Random effect weights**

### Correlate of suffering with chronic illness and health-promoting behavior



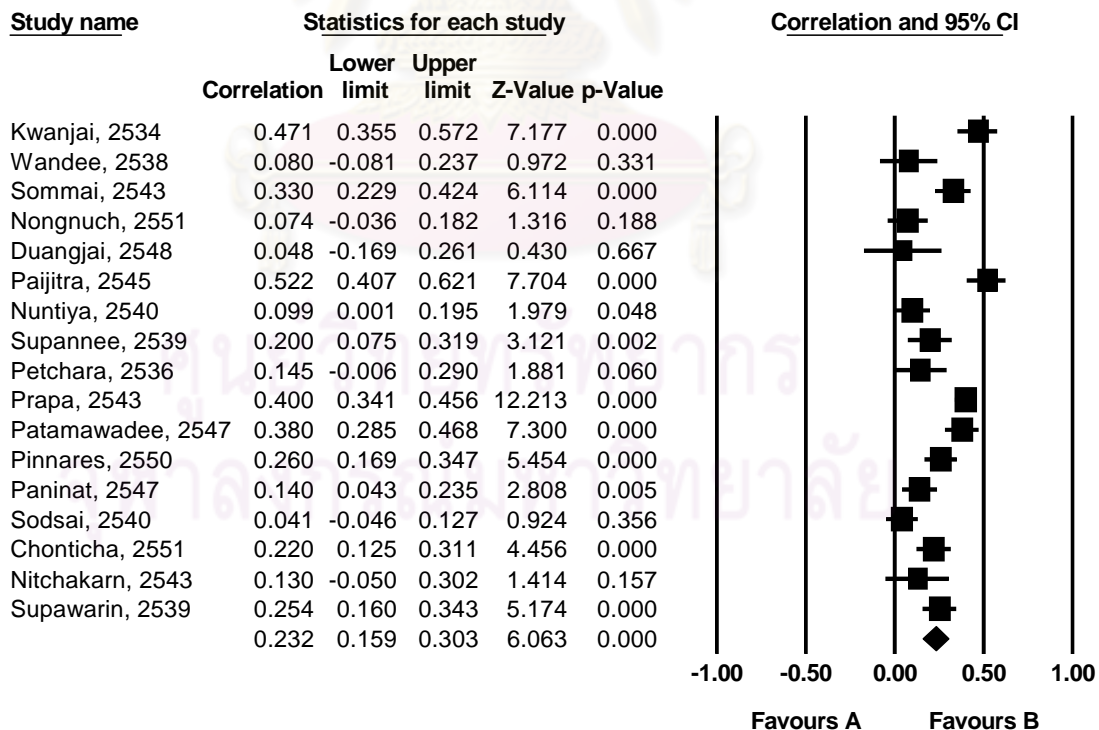
**Random effect weights**

### Correlate of length of illness and health-promoting behavior



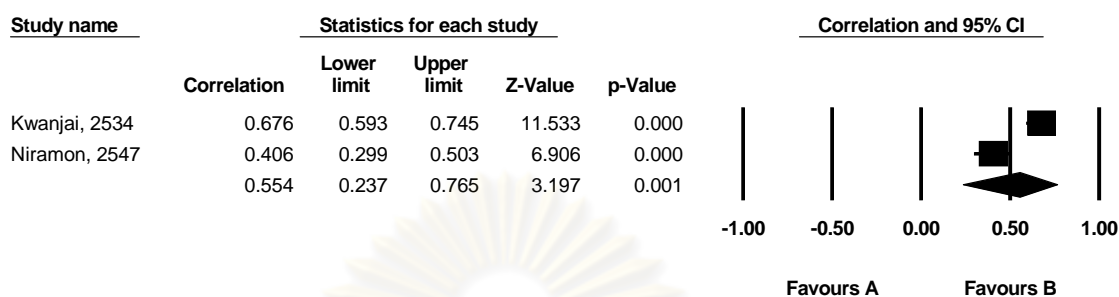
Random effect weights

### Correlate of perceived health status and health-promoting behavior



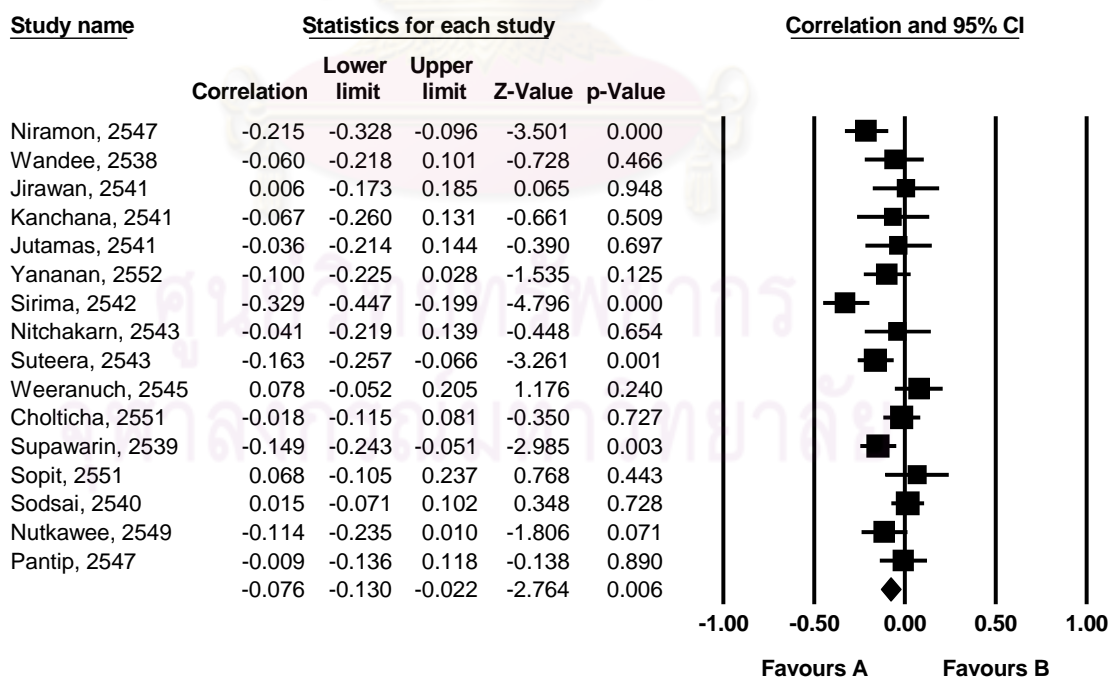
Random effect weights

### Correlate of self-esteem and health-promoting behavior



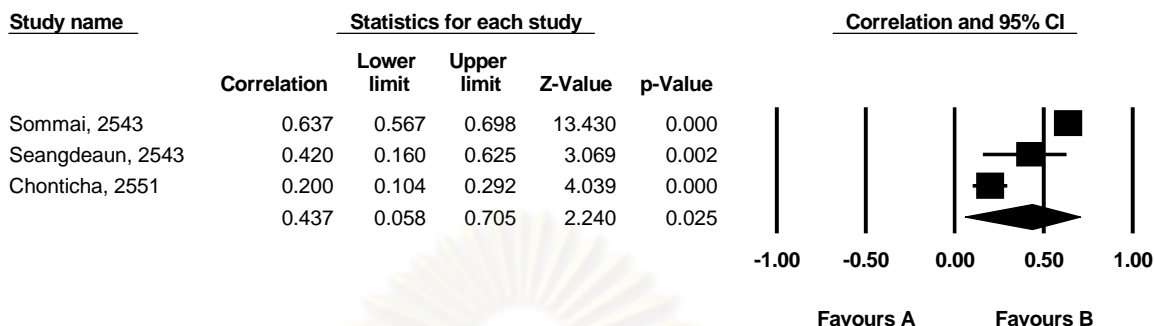
Random effect weights

### Correlate of marital status and health-promoting behavior



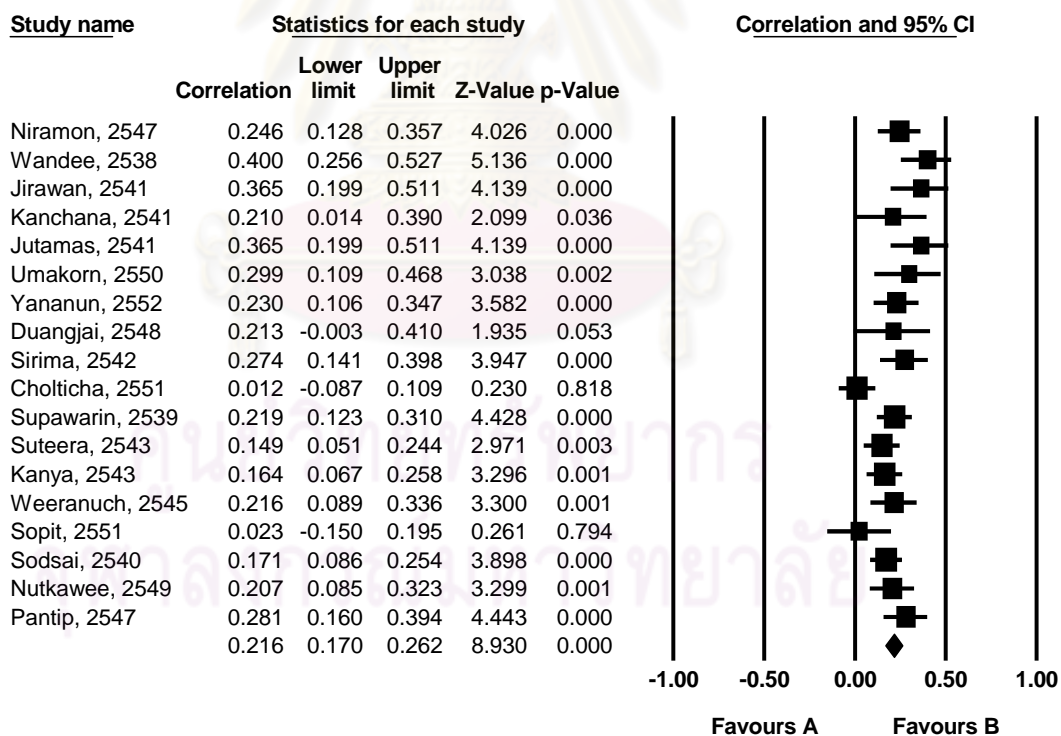
Random effect weights

### Correlate of self-motivation and health-promoting behavior



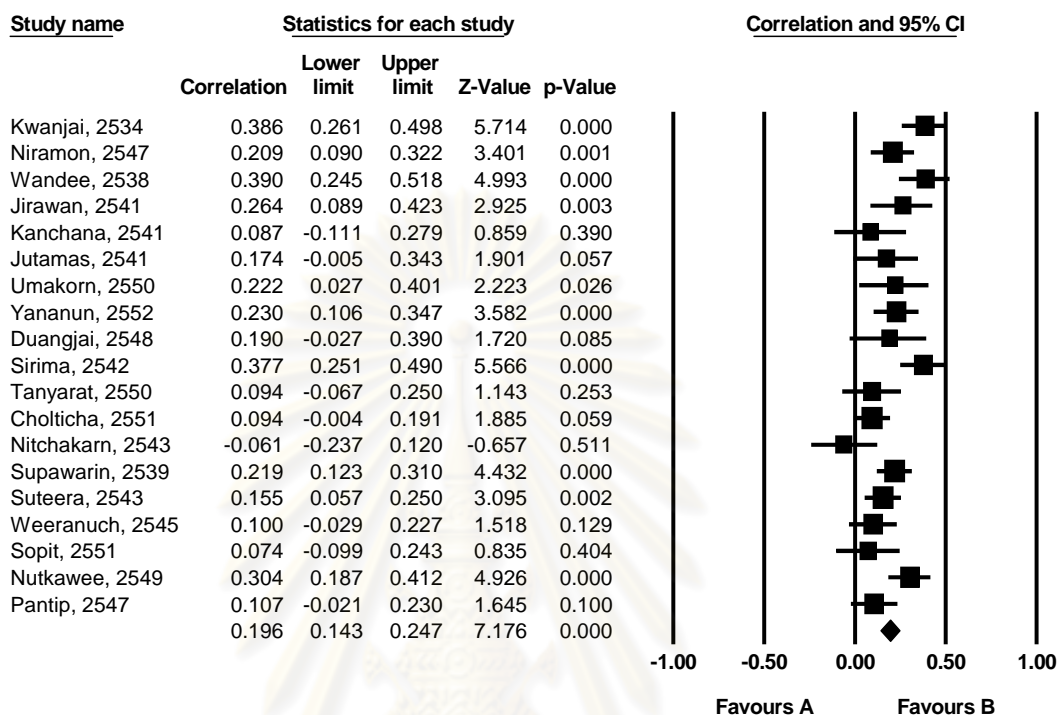
Random effect weights

### Correlate of education and health-promoting behavior



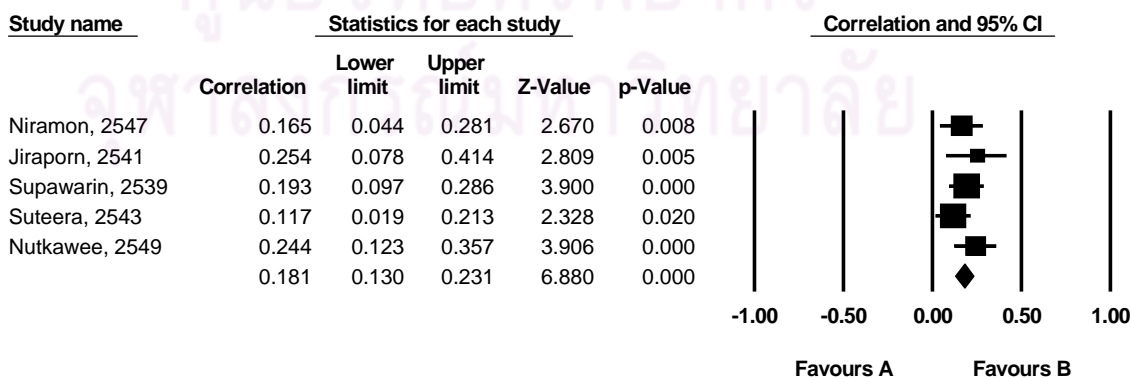
Random effect weights

## Correlate of income and health-promoting behavior



Random effect weights

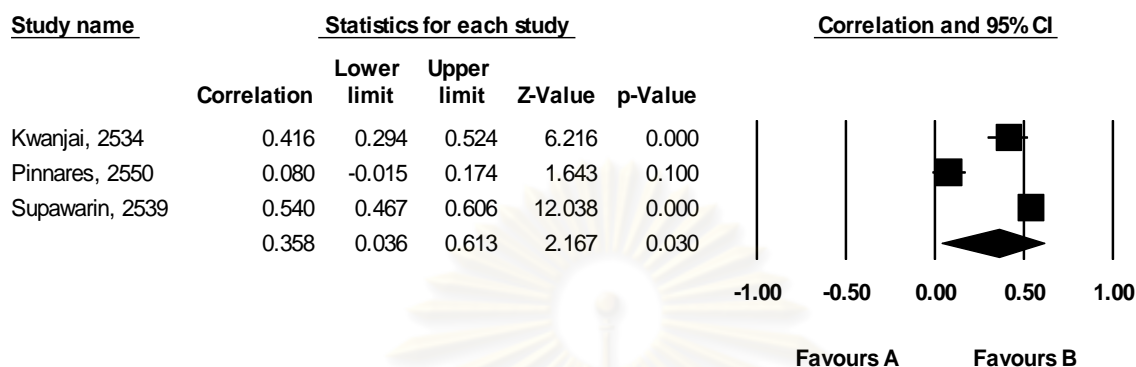
## Correlate of occupation and health-promoting behavior



Random effect weights

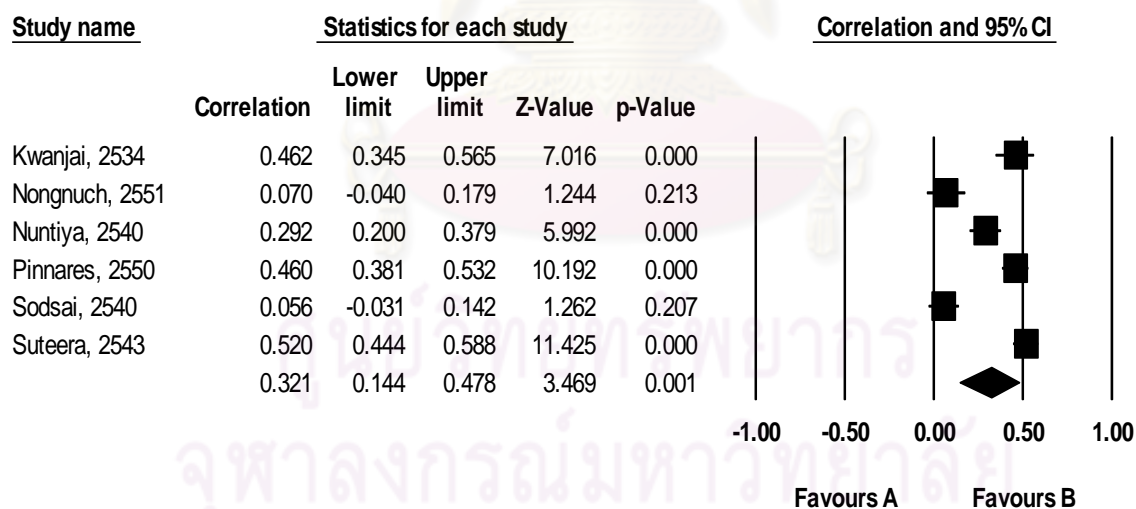


## Correlate of knowledge of health and health-promoting behavior



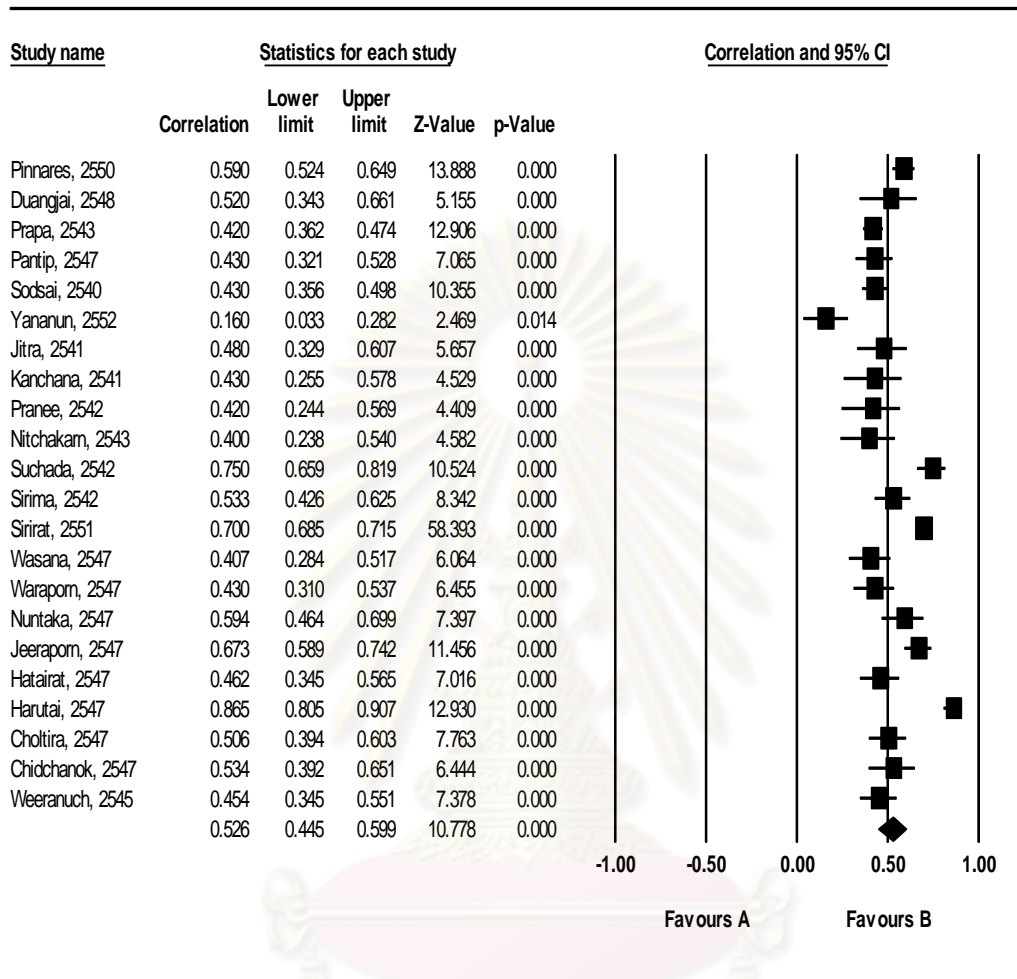
Random effect weights

## Correlate of internal locus of control and health-promoting behavior



Random effect weights

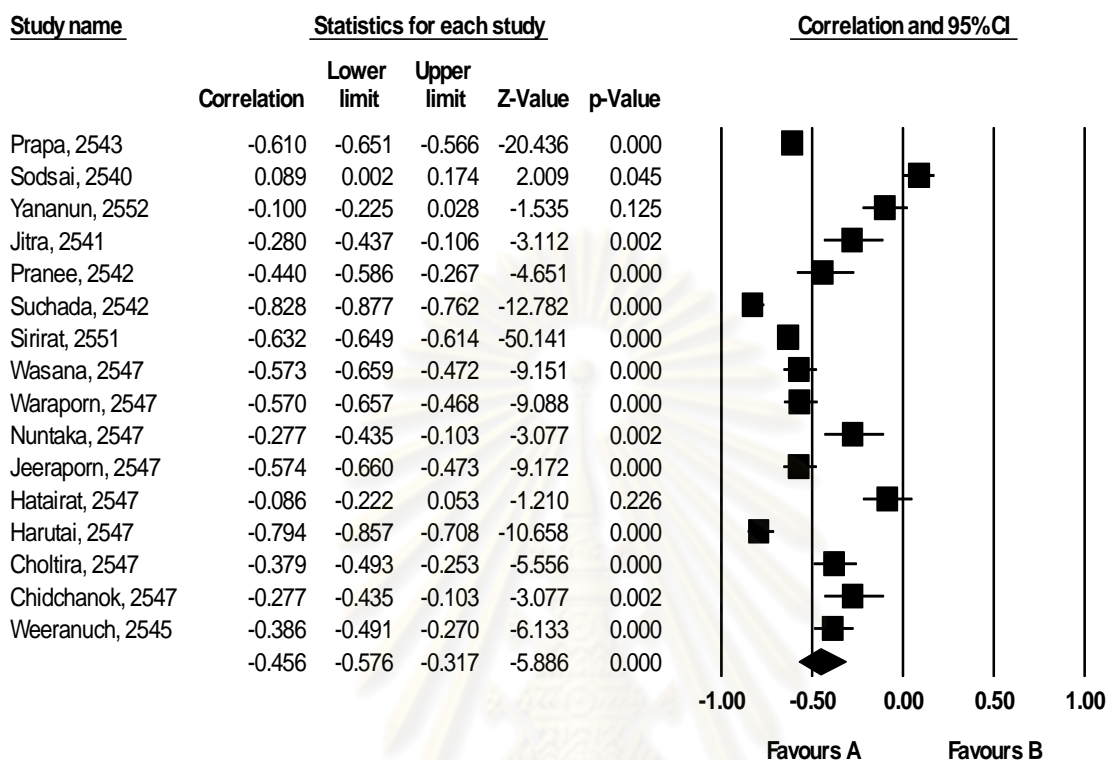
### Correlate of perceived benefits of action and health-promoting behavior



Random effect weights

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

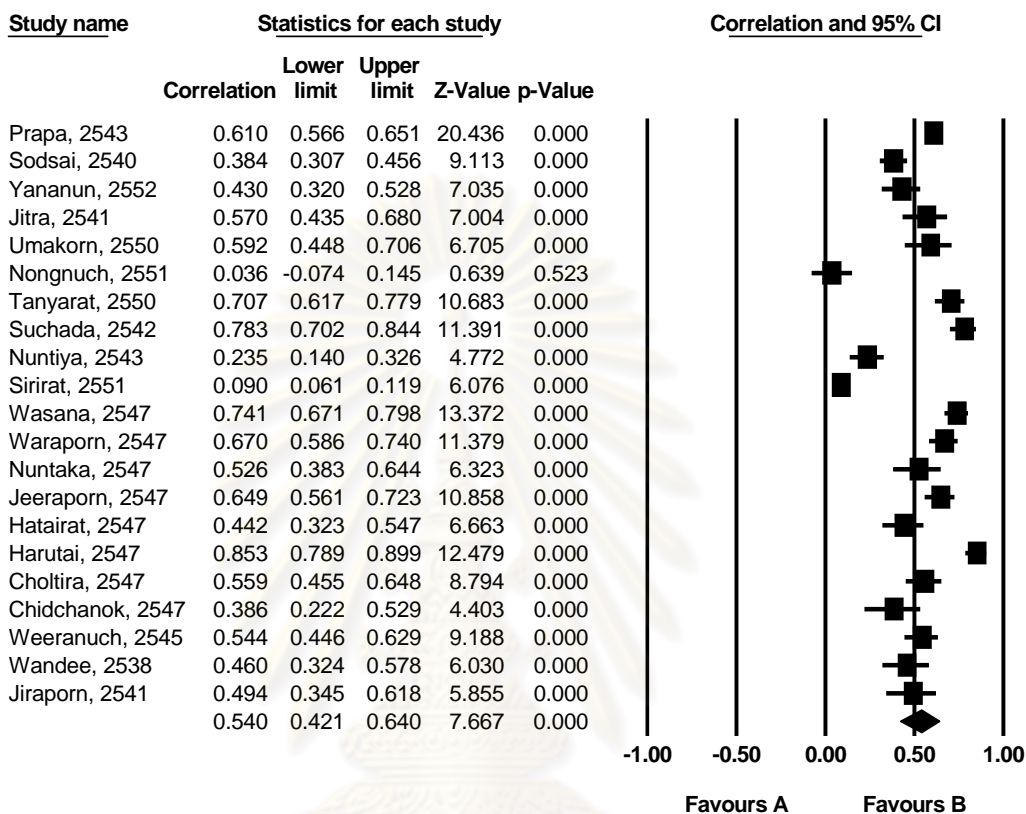
## Correlate of perceived barriers of action and health-promoting behavior



Random effect weights

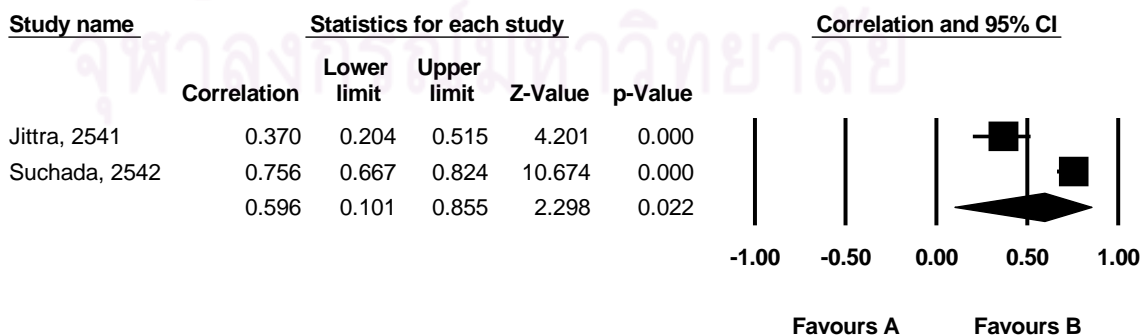
ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### Correlate of percieved self-efficacy and health-promoting behavior



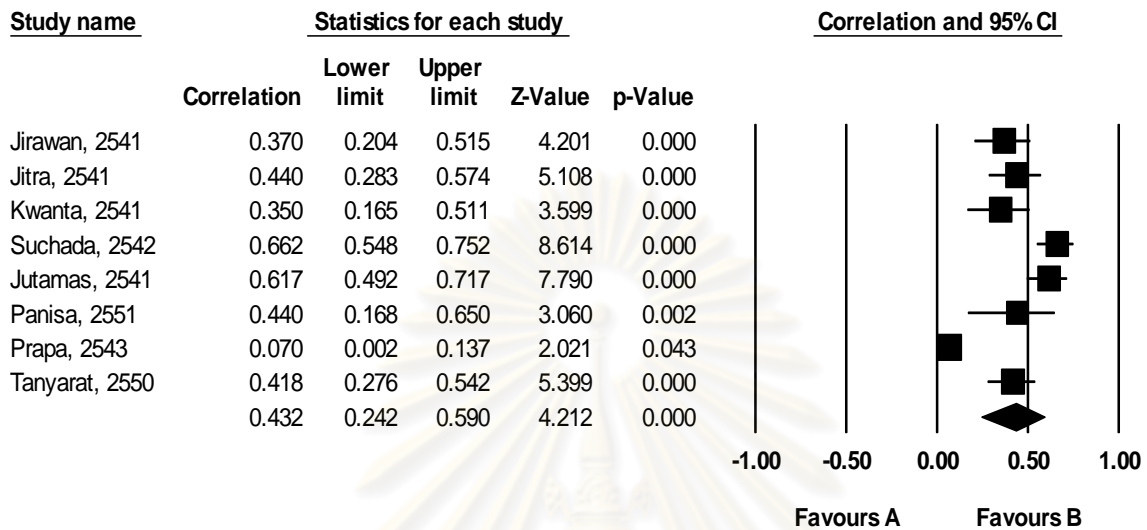
Random effect weights

### Correlate of activity-related affect and health-promoting behavior



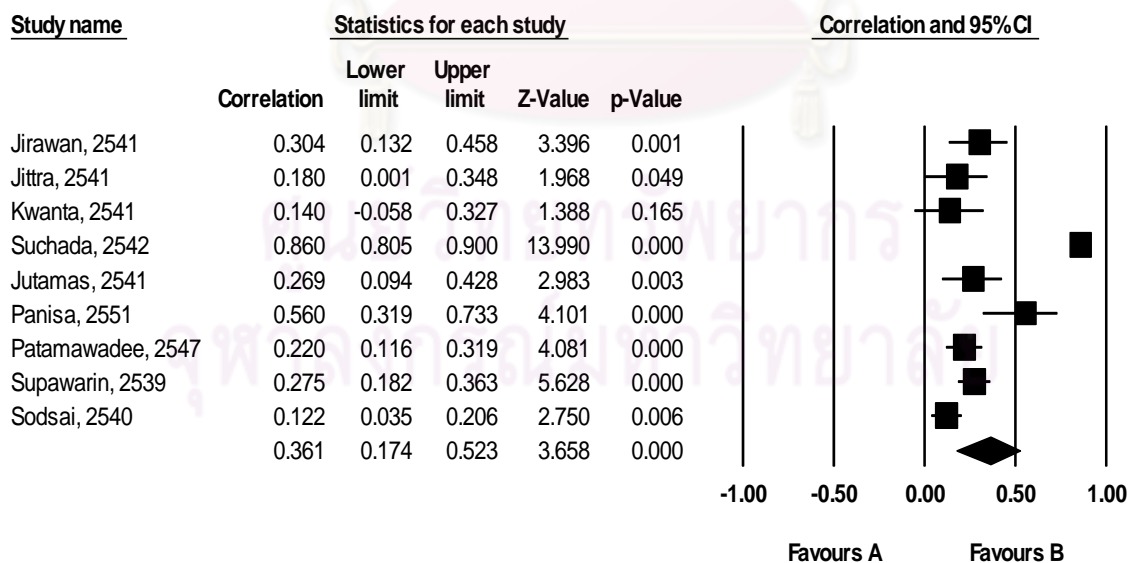
Random effect weights

## Correlate of interpersonal influences and health-promoting behavior



Random effect weights

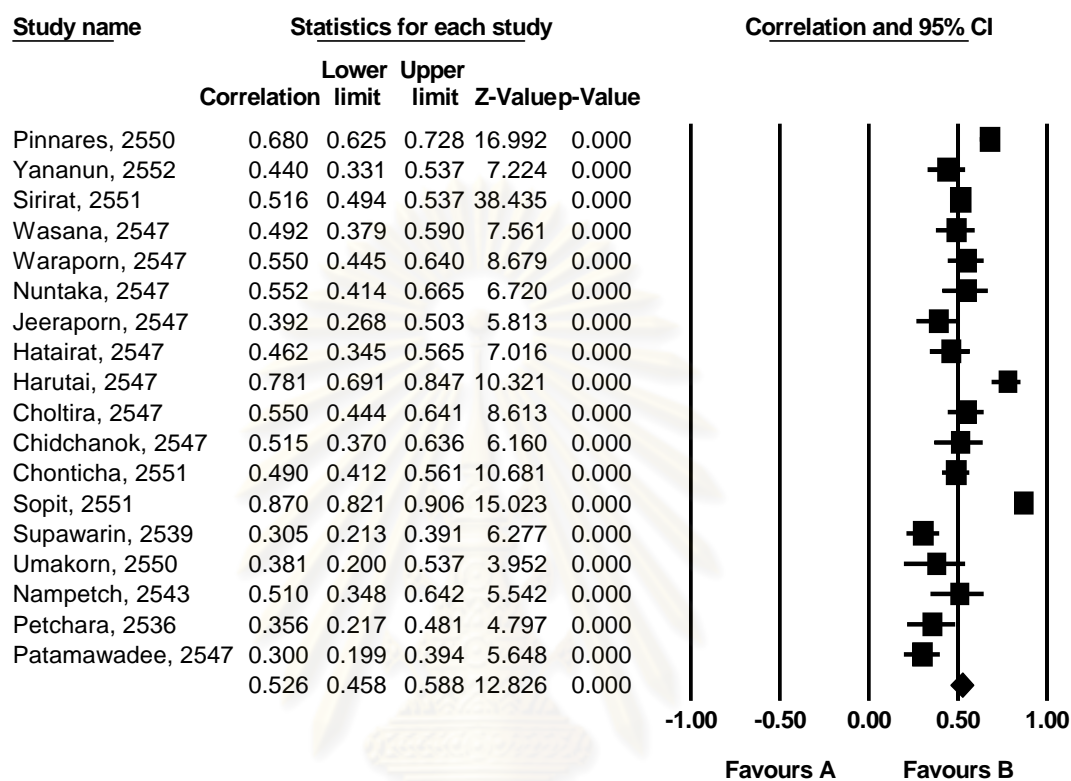
## Correlate of situational influences and health-promoting behavior



Random effect weights



## Correlate of social support and health-promoting behavior



Random effect weights

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายกัตติกา ณะชว่าง เกิดวันที่ 7 กันยายน 2509 ที่จังหวัดน่าน สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งอาจารย์ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ) สังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ กรุงเทพมหานคร



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย