



การให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  
Definition of Health , Perceived Self Efficacy and Health Promotion Behaviors of  
the Elderly who have been members and non - members of an Elderly Club

นิตยา บุญมาเลิศ  
Nittaya Boonmalert

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Community Health Nursing  
Prince of Songkla University

2542

Order Key... 1862A  
BIB Key... 15616ค

เลขหมู่... RA 944 b 263  
เลขทะเบียน... 95A2  
- 2 2542

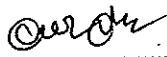
ร. 2  
(1)

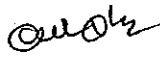
ชื่อวิทยานิพนธ์                      การให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ  
ผู้เขียน                                      นางสาวนิตยา บุญมาเลิศ  
สาขาวิชา                                      การพยาบาลอนามัยชุมชน

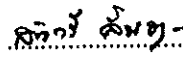
---

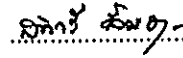
คณะกรรมการที่ปรึกษา

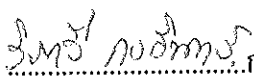
คณะกรรมการสอบ


  
.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วราณี จันทร์สว่าง)

  
.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วราณี จันทร์สว่าง)

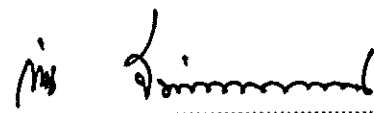
  
.....กรรมการ  
(ดร. สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

  
.....กรรมการ  
(ดร. สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวี คงอินทร์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อุทัย แก้วเอี่ยม)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

  
.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ก้าน จันทร์พรหมมา)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์                      การให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ผู้เขียน                                      นางสาวนิตยา      บุญมาเลิศ

สาขาวิชา                                    การพยาบาลอนามัยชุมชน

ปีการศึกษา                                  2541

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาเปรียบเทียบการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มละ 60 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC\* ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการให้ความหมายสุขภาพไม่แตกต่างกัน โดยให้ความหมายสุขภาพด้านการแสดงบทบาทสูงสุด และด้านอาการทางคลินิกน้อยที่สุด 2) ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับสูง โดยผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคล 3) ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง โดยผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้งโดยรวม และเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ 4) การให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามการให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ 5) การรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Thesis Title        Definition of Health , Perceived Self Efficacy and Health Promotion Behaviors of the Elderly who have been members and non-members of an Elderly Club

Author                Miss Nittaya Boonmalert

Major Program        Community Health Nursing

Academic Year        1998

#### Abstract

The purposes of this descriptive study were 1) to compare the definition of health , perceived self-efficacy and health promotion behaviors of the members and non-members of an elderly club, and 2) to investigate the relationship among the definition of health , perceived self-efficacy and health promotion behaviors of the elderly. The study was conducted with 120 participants, 60 members and 60 non - members of the elderly club, using purposive random sampling technique. Data was collected using questionnaire developed by the investigator. The computer program SPSS/PC<sup>+</sup> was used in data analysis.

The results were : 1) there was no difference in definition of health between the two groups. The participants in both groups defined health mostly in terms of role performance and lessly in terms of clinical symptoms, 2) the perception of self-efficacy was high in both groups. It was found that the perception of self-efficacy was higher among members of an elderly club than those of non - members. The members of an elderly club also perceived higher self-efficacy in eating, exercise, health responsibility, and interpersonal support, 3) the participants in both groups engaged in practicing health promotion behaviors at high level, the member group had more appropriate health promotion behaviors than the non-member group especially in eating, exercise, and health responsibility, 4) there was no relationship between the definition of health and health promotion behaviors of the member group. On the other hand there was positive relationship at moderate level between the definition of health and health promotion behaviors among the non-member group, and 5) there was a positive relationship between perceived self-efficacy and health promotion behaviors at moderate level in both groups.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์วราภรณ์ จันทร์สว่าง และ ดร. สวีตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง อาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำชี้แนะ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์สำเร็จ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะ อาจารย์รัตนานิกศ พลະเค็ก ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา และช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณ นายกเทศมนตรี เทศบาลนคร นครศรีธรรมราช และผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย และขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยและผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่ได้มีส่วนช่วยให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้กรุณาสนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ คุณเอกพล สุคติไธและลูกชายที่เป็นกำลังใจสำคัญยิ่ง ขอขอบคุณพี่ ๆ และเพื่อน ๆ ทุกคน ที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยมาโดยตลอด

นิตยา บุญมาเลิศ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(4)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง .....	(8)
รายการภาพประกอบ.....	(9)
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดทฤษฎี .....	4
สมมติฐาน .....	6
นัยสำคัญ .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	7
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดผู้สูงอายุ .....	8
แนวคิดการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	13
ชมรมผู้สูงอายุ .....	29
3. วิธีการวิจัย.....	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	33
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	34
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล .....	35
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	36

4. ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	37
การอภิปรายผล .....	43
5. สรุปและข้อเสนอแนะ	
สรุปการวิจัย .....	50
ข้อเสนอแนะ .....	51
บรรณานุกรม .....	54
ภาคผนวก .....	61
ภาคผนวก ก .....	61
ภาคผนวก ข.....	62
ภาคผนวก ค.....	71
ประวัติผู้เขียน.....	72

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	38
2. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของ คะแนนการให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุ.....	40
3. ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ของการรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุ.....	41
4. ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุ.....	42



## รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการศึกษาการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ.....	5
2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น .....	17

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

ผลจากการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ทำให้การป้องกันการควบคุมและการดูแลรักษาโรคมะเร็งมีประสิทธิผลมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการตายด้วยโรคต่าง ๆ ลดลงและอายุขัยของประชากรยืนยาวขึ้น ในประเทศไทยได้มีการคาดคะเนว่าอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในช่วงปี พ.ศ. 2538-2543 ของเพศหญิงจะเพิ่มขึ้นเป็น 71.74 ปี และเพศชายเป็น 67.32 ปี (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539 : 3) และองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.9 ในปี พ.ศ. 2523 มาเป็นร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2568 (รัตนและอดุลย์, 2538 : 1) ส่วนประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2540 ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนร้อยละ 8.11 ของประชากรทั้งประเทศ และยังได้คาดหมายว่าในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.28 (ธนู, 2540 : 88) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพของร่างกายในลักษณะเสื่อมถอย (อาภา, 2536 : 110) การเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมกกว่าวัยอื่น ๆ ถึง 4 เท่า (Eliopoulos, 1987 : 26) และผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Speake, Cowart & Pellet, 1989 : 93) ซึ่งโรคที่มีผลต่อผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น มะเร็งปอด ถุงลมปอดโป่งพอง เบาหวาน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามวัย (Eliopoulos, 1990 : 6)

ในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 40 ประเมินตนเองว่าตนมีสุขภาพปานกลาง (ศิริวรรณ, 2538 อ้างตาม ธนู, 2540 : 94) ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยตามลำดับในผู้สูงอายุคือ โรคปวดเมื่อย โรคข้อเสื่อมและอักเสบ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ปัญหาสุขภาพเหล่านี้เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุขัยและเป็นสิ่งที่ไม่อาจแก้ไขได้ แต่สามารถชะลอความเสื่อมของร่างกายได้ด้วย การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีส่วนสำคัญต่อการเกิดโรคหรือไม่เป็นโรคของแต่ละบุคคล (Hogstel and Kasha, 1989 : 216) และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี ลดอุบัติการณ์ในการเป็นโรคเรื้อรัง (Brown and McCreedy, 1986 : 317) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบรรลุและคณะ (2531 : 70-71) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุยืน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารถูกต้อง มีการออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างสม่ำเสมอ มีการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติและมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมทั้งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

การให้ความหมายของสุขภาพ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987 : 60) โดยสุขภาพเป็นมโนทัศน์ด้านนามธรรม มีหลายมิติ (Flaherty, 1986 : 210) การให้ความหมายของสุขภาพจะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล (Potter & Perry, 1987 : 30) ประสบการณ์ พัฒนาการตามวัย ลักษณะสังคม วัฒนธรรม (Berger & William, 1992 : 729) และส่งผลต่อการที่บุคคลเหล่านั้นจะลงมือกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าบุคคลที่ให้ความหมายสุขภาพเป็นความปกติสุขจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม ส่วนบุคคลที่ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการของโรค จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเท่านั้น (Laffrey, 1986 : 112 ; Stromberg, et al., 1991 : 1165)

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งของปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้ที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987 : 60) และภาวะสุขภาพ (Gecas, 1989 : 314 ; Grembowski, et al., 1993 : 90 ; O'Leary, 1985 : 448 ; Strecher, et al., 1986 : 91) โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะมีความต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (Bandura, 1986 : 423 ; Grembowski, et al., 1993 : 92) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกริมโบว์สกีและคณะ (Grembowski, et al., 1993 : 92) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ และวันดี (2538 : 46) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองสูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมดี

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบัน กำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งในการให้บริการ สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนจึงจัดให้มีบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6, 7 และ 8 รัฐบาลได้ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น ทั้งนี้เพื่อขยายโอกาสในการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตน โดยทั่วไปชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นเพื่อบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุในภาวะปกติ โดยกิจกรรมที่จัดให้บริการแก่ผู้สูงอายุประกอบด้วย กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย กิจกรรมอาสาสมัคร การออกกำลังกาย กิจกรรมการสาธารณสุข กิจกรรมด้านทัศนศึกษา กิจกรรมดนตรี กิจกรรมอาสาสมัคร กิจกรรมด้านศาสนา ด้านวัฒนธรรม (พุดตินันท์, 2530 : 85 ; ลดาวัลย์, 2533 : 28 ; สุลักษณ์และถนอมขวัญ, 2535 : 21) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุและบุคลากรทางการแพทย์ ได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ชมรมจัดขึ้น หรือได้เห็นรูปแบบการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกคนอื่น รวมทั้งได้สนทนา

แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกคนอื่นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวน่าจะเป็นปัจจัยส่งเสริมที่มีผลโดยอ้อมต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลาย ๆ ท่านที่พบว่าภายหลังเข้ารับบริการภายในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น (วิไลวรรณ และคณะ, 2533 : 47 ; ปารีชาติ, 2536 : 28 ; วันดี, สมพิศและรัชสุรีย์, 2538 : 89) และจากการศึกษาของรสสุคนธ์ (2537 : 62) พบว่าแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุน่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างไปจากผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยจากการทบทวนงานวิจัยในประเทศ พบว่ายังไม่มีผู้ใดทำการศึกษากับการให้ความหมายสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับการรับรู้ความสามารถของตน วันดี (2538 : 52) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมดี ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเท่านั้น แตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งศึกษาครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นจังหวัดทางภาคใต้ที่มีสภาพความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันกับจังหวัดทางภาคเหนือ ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น รสสุคนธ์ (2537: 52) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาในเขตเทศบาลเมืองสงขลา พบว่าแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุดีกว่าแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ แต่สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผู้สูงอายุในเทศบาลนคร นครศรีธรรมราช ซึ่งจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง ที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชในปี 2540 พบว่ามีร้อยละ 6.41 ของประชากรในจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2540 : 153) โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเทศบาลนคร นครศรีธรรมราช ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 8,822 คน (งานทะเบียนราษฎร เทศบาลนคร นครศรีธรรมราช, 2540) อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสภาพของสังคม และมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจในเขตเทศบาลอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความแตกต่างของประชากรในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษารายได้ ลักษณะครอบครัว สังคม วัฒนธรรม โดยปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่มีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต่างกันไป (Pender, 1987 : 66) ประกอบกับผู้วิจัย ในฐานะอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช และมีหน้าที่รับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลในวัยต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่เป็น

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ของการให้ความหมายสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการให้บริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุทั้งในและนอกชมรมผู้สูงอายุต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการให้ความหมายของสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกับที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายของสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

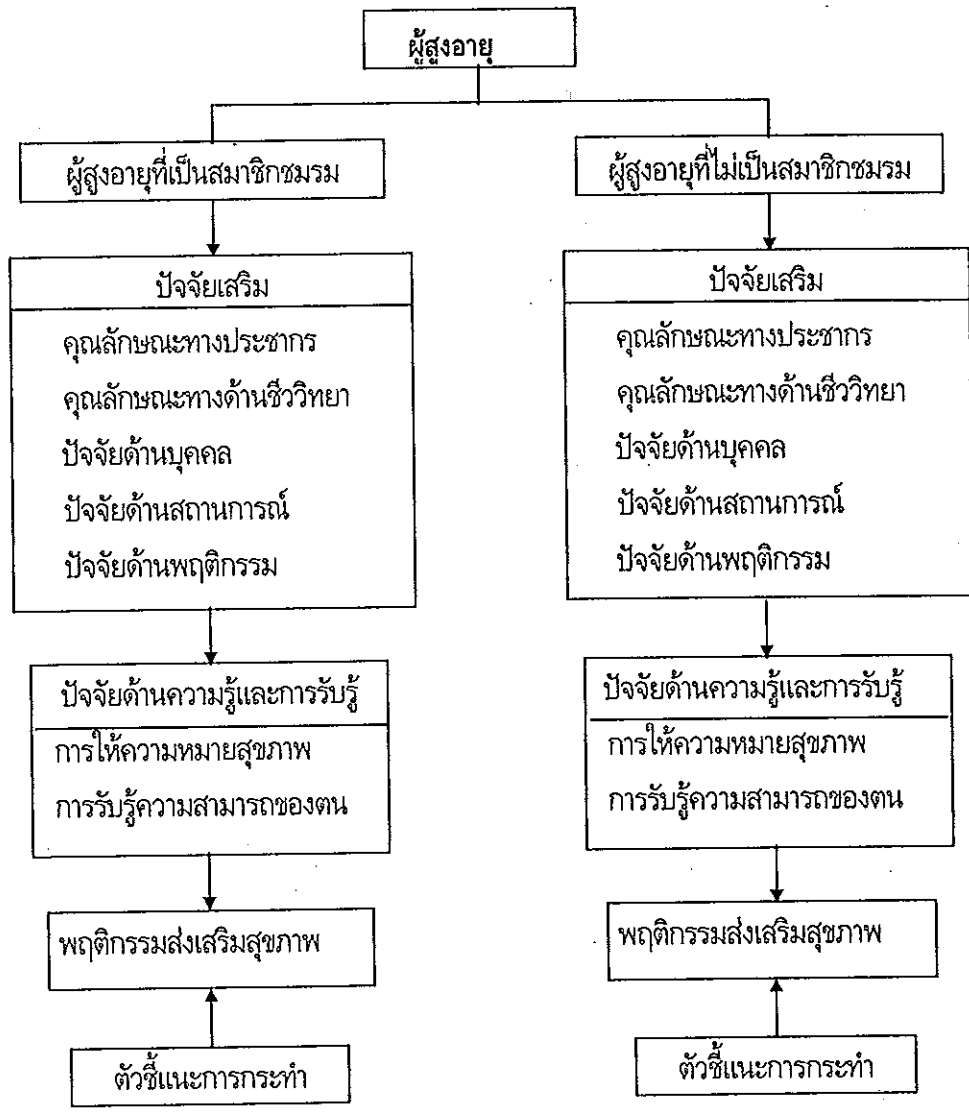
#### คำถามการวิจัย

1. การให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่
2. การรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นอย่างไร แตกต่างกันหรือไม่
4. การให้ความหมายสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร
5. การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

#### กรอบแนวคิดทฤษฎี

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 58) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งกล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ปัจจัยส่งเสริมและตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความ

สามารถของตน และตัวชี้เเนะการกระทำ และได้รับอิทธิพลโดยอ้อมจากปัจจัยเสริมซึ่งมีอิทธิพลโดยตรง ต่อการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งได้แก่ คุณลักษณะทางประชากรคือ อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส คุณลักษณะด้านชีววิทยาคือ ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ปัจจัยด้าน บุคคลคือ รูปแบบการปฏิบัติตัวของบุคคลใกล้ชิด ปัจจัยด้านสถานการณ์คือ สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรมคือ ประสพการณ์ส่งเสริมสุขภาพ จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสามารถเขียนเป็น กรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพ



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

### สมมติฐาน

1. การให้ความหมายของสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
2. การรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเหมาะสมกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
4. การให้ความหมายของสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
5. การรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### นิยามศัพท์

การให้ความหมายสุขภาพ หมายถึงความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ อาการทางคลินิก การแสดงบทบาท การปรับตัวและความปกติสุข ในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยใช้แบบสอบถามการให้ความหมายสุขภาพที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัด Health Conception Scale ของ ลาฟเฟอรี (Laffery, 1986)

การรับรู้ความสามารถของตน หมายถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของผู้สูงอายุในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด ในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนที่ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัด Self-Rated Abilities for Health Practices Scale ของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al., 1993)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงการกระทำและการรับรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองที่มีผลต่อสุขภาพในด้านดี ประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด ในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัด Health Promotion Lifestyle Profile ของวอล์คเกอร์, ซิคริสและเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987)

ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุและนอกชมรมผู้สูงอายุ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงในเขตเทศบาลนคร นครศรีธรรมราช ที่เป็นสมาชิกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช และที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุใด ๆ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2540 ถึง เดือนกรกฎาคม 2540



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดผู้สูงอายุ
2. แนวคิดการให้ความหมายของสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 3: ชมรมผู้สูงอายุ

#### แนวคิดผู้สูงอายุ

ความสูงอายุนับเป็นการขบวนการหนึ่งของชีวิตที่มีพัฒนาการ และความเสื่อมตามสภาพทางกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปเป็นไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยจะเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต (Bohm & Rodin, 1985 : 279 ; Coni, Devison & Webster, 1984 : 36) เป็นการยากที่จะบอกว่าคุณภาพสูงอายุนั้นเริ่มต้นเมื่อใด เนื่องจากมีความแตกต่างกันมากระหว่างไมเลกุล เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และบุคคล จึงมีผู้ที่เสนอเกณฑ์ในการกำหนด ผู้สูงอายุไว้พอจะสรุปได้ 6 ประการ คือ อายุจริงที่ปรากฏ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ความคิดเกี่ยวกับตนเอง การเปลี่ยนแปลงทางบทบาทของสังคม ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Borrow & Smith, 1987 อ้างตาม กรกานต์, 2538 : 8 ; Murray & Zentner, 1985 : 544) และมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 ลักษณะ คือ ผู้สูงอายุตามปฏิทินอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุระยะต้น ช่วงอายุ 60-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง ช่วงอายุ 75-84 ปี และผู้สูงอายุระยะปลาย มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป กับผู้สูงอายุตามความพร้อมในหน้าที่ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีความคล่องแคล่ว ผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วแต่ยังปฏิบัติหน้าที่ได้ดี และผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วแต่ไร้ความสามารถ (McConnell, 1988 อ้างตาม กรกานต์, 2538 : 9)

เมื่อการดำเนินชีวิตผ่านมาถึงช่วงวัยสูงอายุ สภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมมากขึ้น ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุมีดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง ทำให้การตายของเซลล์ช้าลง จำนวนแมคโครเฟจ (macrophages) บริเวณผิวหนังลดลงและถูกกระตุ้นจากสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย ทำให้เกิดผิวหนังอักเสบ ผื่นคันและติดเชื้อได้ง่าย อีกทั้งการทำงานของตัวรับกระตุ้น (receptor) ที่ผิวหนังและการไหลเวียนเลือดส่วนปลายลดลง จึงทำให้เกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่าย ผมและขนมีจำนวนลดลง เมลา닌 (melanin) ซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมลดลง ทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนบริเวณหนังศีรษะลดลง

1.2 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น มีผลทำให้ความแข็งแรงและความไวในการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของเอนไซม์ (enzyme) ในกล้ามเนื้อลดลง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะฮอร์โมนกระดูกบางลง กระดูกสันหลังค่อมมากขึ้น ทำให้เกิดหลังค่อมและการทรงตัวไม่ดี ไม่กระฉับกระเฉงความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆเสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน เกิดข้ออักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

1.3 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมัน และสารไลโปฟุสซิน (lipofuscin) มาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ในกรณีที่หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การเปิดปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ผนังหลอดเลือดหนาและมีความยืดหยุ่นน้อยลงเพราะมีเส้นใยคอลลาเจน (collagen) มากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) ความแรงของชีพจรลดลง

1.4 ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงเพราะมีเส้นใยอีลาสติน (elastin) ลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้งและทึบ ทำให้ปอดยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่าย การทำงานของเซลล์ขนกวัด (cilia) ตลอดทางเดินหายใจลดลง รีเฟล็กซ์ (reflex) การไอลดลง ประสิทธิภาพการไอลดลง

1.5 ระบบทางเดินอาหาร การผลิตเอนไซม์ และน้ำย่อยลดลง 1 ใน 3 ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เยื่อบุกระเพาะอาหารบริเวณแอนทรัม (antrum) และฟันดัส (fundus) บางและฝ่อลีบ จึงทำให้การผลิตน้ำย่อย กรดเกลือและเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะอาหารลดลง การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็ก วิตามิน

ปี 2 ลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดโรคกระดูกและโลหิตจางได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ลดลง ประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง และผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ที่ไม่มีกาก จึงเป็นเหตุให้เกิดภาวะท้องผูก

1.6 ระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ทำให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (electrolyte) ได้ ความตึงจำเพาะของปัสสาวะลดลงจากรีเฟล็กซ์การถ่ายปัสสาวะไม่ดี กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง จึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากภายหลังจากถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งมีผลให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุชายมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะลำบาก

1.7 ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายลูกอัณฑะหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาด และรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง และมีความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ไชมันบริเวณใต้หัวหน้และขนลดลง ผู้สูงอายุหญิงรังไข่จะฝ่อเล็ก มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลง มีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น ปากมดลูกหี่ยวและมีขนาดเล็กลง รอยย่นและความยืดหยุ่นทางช่องคลอดเล็กน้อย ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศและความรู้สึกทางเพศลดลง ช่องคลอดสีขาวยืดเพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ภายในช่องคลอดมีสภาวะเป็นต่างมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ น้ำหนักของต่อมใต้สมองลดลง 20 เปอร์เซ็นต์ มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนรังไข่ (follicle stimulating hormone) เพิ่มขึ้นในผู้หญิง แต่คงที่และเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ในผู้ชาย ส่วนการผลิตฮอร์โมนอื่นอาจคงที่หรือลดลง

1.9 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ประสิทธิภาพการทำงานทางสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาท (conduction velocity) ลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิด เชื่องช้า บางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทำงานไม่สัมพันธ์กัน อาจทำให้เกิดอันตรายและอุบัติเหตุได้ง่าย ความจำเสื่อมโดยเฉพาะความจำเรื่องราวใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่า ๆ ในอดีตได้ดี โดยความจำเสื่อมจะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยในช่วงอายุ 60 - 70 ปี และค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ ลดลง ต้องอาศัยเวลานานในการเรียนรู้ สามารถทำงานที่เคยมีประสบการณ์มาแล้วได้ดี ความกระตือรือร้นลดลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

รูม่านตาเล็กลง ปฏิกิริยาตอบสนองทางม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในสถานที่ต่าง ๆ ไม่ดี ความไวในการมองตามภาพลดลง ความสามารถในการเทียบสีลดลง ทำให้แยกสีที่คล้ายกันได้ยากขึ้น การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุตาได้ง่าย

การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะสูญเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเป็นคนแยกตัว ช่างสงสัยและหวาดระแวงในสิ่งต่าง ๆ

การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูกและกระเปาะรับกลิ่น (olfactory bulb) ในสมอง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับกลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น กลิ่นก๊าซรั่ว กลิ่นไฟไหม้ การรับรสของลิ้นเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง โดยเฉพาะต่อมรับรสหวาน จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดขึ้น หรือรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร การรับความรู้สึกสัมผัสต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การรับความรู้สึกเจ็บปวดทั้งภายในและภายนอกร่างกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอันตรายได้ง่ายโดยไม่มีอาการเตือน

## 2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและสังคม จากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ความคิดความจำ การรับรู้ทางประสาทสัมผัส การเคลื่อนไหวและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เกิดความล่าช้าในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เป็นอุปสรรคในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวล้วนมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์และการสูญเสียสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ทั้งความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความภาคภูมิใจของตนเอง ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ รวมทั้งสูญเสียเพื่อนฝูงและคู่ชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลวัยนี้ประสบกับวิกฤตการณ์ทางอารมณ์ที่รุนแรง เกิดความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เกิดความซึมเศร้าและเบื่อหน่ายในชีวิต จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น คือประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ในชุมชน (Elipoulos, 1993 : 302) ส่วนในประเทศไทย จากการศึกษาของนาพร, วงษ์สิทธิ์และจันทร์เพ็ญ (2532 : 229) พบว่าผู้สูงอายุไทยอย่างน้อย 1 ใน 10 คน มีปัญหาเกี่ยวกับจิตใจและอารมณ์ ที่เป็นปัญหาหนักที่สุดคือ อารมณ์เหงา รองลงมาคือ ความรู้สึกไม่มีเพื่อนและความรู้สึก ไม่เป็นที่ต้องการของใคร

## 3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

ในวัยสูงอายุ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และ บทบาทในสังคมลดน้อยลง ดังนั้นสังคมของผู้สูงอายุจะแคบกว่าวัยหนุ่มสาวและวัยผู้ใหญ่ โดยเหลือเพียงครอบครัว เพื่อนสนิทและวัดเท่านั้น (Hogstel, 1981 อ้างตาม เกษมและกัลยา, 2528 : 28) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ มีดังนี้

### 3.1 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัว

สังคมไทยปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม เกิดการเคลื่อนย้ายของกลุ่มผู้ใช้แรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง ทั้งผู้สูงอายุไว้ที่บ้าน ผู้สูงอายุที่เคยใช้ชีวิตที่อบอุ่นในอดีตกับบุตรหลาน ต้องประสบกับปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสังคมสมัยใหม่ มีการใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังมากขึ้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวล หดหู่ใจ น้อยใจ ว่าเหวและปัญหาสุขภาพจิตตามมา

### 3.2 การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง

วัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ได้รับการกระทบกระเทือนใจอยู่เสมอ จากการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนสนิท ซึ่งการสูญเสียคู่ชีวิตนับเป็นการสูญเสียที่กระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายทั้งนี้เมื่อภรรยาตายจากไป ทำให้ขาดคนปรนนิบัติดูแล ก่อให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า ว้าวุ่น โดดเดี่ยว นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่สนใจตนเอง

### 3.3 การปลดเกษียณหรือออกจากงาน (retirement)

การปลดเกษียณหรือออกจากงาน ถือเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุชายที่เคยรับราชการหรือมีบทบาททางสังคม ทั้งนี้เพราะการเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกแยกออกจากงาน เพื่อนร่วมงาน บทบาทและหน้าที่ในสังคมลดลง ตลอดจนเป็นการลดบทบาทในการเป็นผู้นำ ผู้หาเลี้ยงครอบครัว ผู้สูงอายุจึงรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง ขาดการพบปะติดต่อกับเพื่อนฝูงแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น แยกตัวออกจากสังคม รูปแบบการดำรงชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ใช้แรงงาน เช่น ทำนา ทำสวน กรรมกร ซึ่งได้ค่าตอบแทนต่ำในขณะที่มีรายจ่ายมากกว่า จำเป็นต้องพึ่งค่าใช้จ่ายจากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนเองด้อยคุณค่าลง ส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มเกษียณจากงานจะมีปัญหาเศรษฐกิจน้อยกว่า

### 3.4 การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้สภาพชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะคล้ายกับสังคมตะวันตกมากยิ่งขึ้น เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหากับบุตรหลาน มีความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมต่าง ๆ ของคนในวัยหนุ่มสาวในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีการยึดมั่นขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมดั้งเดิม

จะเห็นได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเลื่อมหลายด้าน ทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจซึ่งเกิดจากการสูญเสียบุคคลที่มีความหมาย การสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความผูกพันในครอบครัว การปลดเกษียณหรือออกจากงาน การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงเป็นสิ่ง จำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกระทำและรับรู้ในสิ่งที่เป็นผลดีกับสุขภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างปกติสุข

## แนวคิดการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### แนวคิดการให้ความหมายสุขภาพ

สุขภาพ (health) เป็นคำที่มีความหมายเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง มีหลายมิติทั้งด้านชีววิทยา จิตวิทยา สังคมวิทยา และคุณลักษณะทางวัฒนธรรม (Flaherty, 1986 : 210 ; Mitchell, 1977 : 11) ซึ่งสามารถสรุปความหมายสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่เน้นความมั่นคง (stability) การให้ความหมายในลักษณะนี้ มีพื้นฐานมาจากแนวคิดเกี่ยวกับความสมดุล (homeostasis) และการปรับตัว (adaptation) ซึ่งให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นภาวะหรือสภาพซึ่งบุคคลสามารถปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Dubos, 1965 : 249 ; Levine, 1973 ; Neuman, 1995 cited by Pender, 1996 : 18-19 ; Parson, 1958, cited by Jaco, 1958 : 176)

2. กลุ่มที่เน้นการบรรลุเป้าหมายสูงสุด (actualization) เป็นการให้ความหมายสุขภาพที่กว้างขึ้น เป็นแบบองค์รวมโดยมุ่งเน้นการบรรลุเป้าหมายสูงสุดตามศักยภาพของบุคคล นักวิชาการในกลุ่มนี้ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นการทำหน้าที่แบบผสมผสานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดศักยภาพสูงสุดตามความสามารถของบุคคล (Bemosek & Porter, 1979 : 11 ; Dunn, 1959 : 447-457)

3. กลุ่มที่เน้นทั้งความมั่นคงและการบรรลุเป้าหมายสูงสุด (stability & actualization) เป็นการให้ความหมายสุขภาพโดยรวมทั้งความต้องการที่จะพัฒนาไปสู่เป้าหมายสูงสุด ความมั่นคงและเสถียรภาพ ซึ่งนักวิชาการในกลุ่มนี้ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจากการเผชิญกับสิ่งเร้าทั้งจากภายนอกและภายในระบบ โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน ต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่ศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิต (King, 1983 : 31 ; Smith, 1983 : 31 ; Wu, 1973 : 112)

จะเห็นได้ว่า การให้ความหมายสุขภาพที่เน้นทั้งความมั่นคงและการบรรลุเป้าหมายสูงสุด เป็นการให้ความหมายที่ครอบคลุมที่สุด และสมิทธิ (Smith, 1983 : 31) ก็มีแนวคิดการให้ความหมายสุขภาพที่เน้นทั้งความมั่นคงและการบรรลุเป้าหมายสูงสุด ซึ่งแบ่งเป็น 4 ลักษณะดังนี้

1. อาการทางคลินิก (clinical model) สุขภาพเป็นภาวะที่ปราศจากโรคหรืออาการแสดงต่าง ๆ ของโรค
2. การแสดงบทบาท (role performance model) สุขภาพเป็นความสามารถในการกระทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคม หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับที่คาดหวังไว้
3. การปรับตัว (adaptive model) สุขภาพเป็นการรู้จักปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสมมากที่สุด
4. ความเป็นปกติสุข (eudaimonistic model) สุขภาพเป็นการตระหนักรู้ถึงศักยภาพสูงสุด

ซึ่งการให้ความหมายสุขภาพใน 3 ลักษณะแรกเน้นความมั่นคง ส่วนการให้ความหมายในลักษณะที่ 4 เน้นการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการให้ความหมายสุขภาพของสมิทธิเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

### ปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความหมายสุขภาพ

บุคคลแต่ละคนให้ความหมายสุขภาพแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของตนเอง (Potter & Perry, 1987 : 30 ; Berger & William, 1992 : 729 ; ผ่องศรี, 2540 : 1) ซึ่งการรับรู้จะต้องเกิดจากการแปลความหรือตีความจากการสัมผัสให้มีความหมายขึ้น โดยที่บุคคลอาจจะแปลความหรือตีความสิ่งนั้นๆ ต่างกันออกไปตามปัจจัยสำคัญ 2 ประการดังนี้ (กอบกุล, 2528 : 377 ; บังอร, 2536 : 37 ; โสภิต, 2537 : 19)

1. ลักษณะของสิ่งเร้า ลักษณะต่าง ๆ ของสิ่งเร้าจะก่อให้เกิดการรับรู้แก่บุคคลได้ต่างกัน และต้องเป็นสิ่งเร้าที่ดึงความตั้งใจของบุคคลได้ เช่น สิ่งเร้าที่มีความเข้ม สิ่งเร้าที่มีความเปลี่ยนแปลง สิ่งเร้าที่มีความซ้ำบ่อย ๆ และสิ่งเร้าที่มีความแตกต่างจากสิ่งอื่น เป็นต้น

2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้รับรู้ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประการคือ

2.1 ด้านกายภาพ คือลักษณะปกติหรือผิดปกติของตัวรับสัมผัสของผู้รับรู้ เช่น หู ตา จมูก ลิ้น อวัยวะสัมผัส หากสิ่งเหล่านี้ผิดปกติย่อมทำให้การรับสัมผัสผิดไป

2.2 ด้านจิตวิทยา การรับรู้เป็นสิ่งที่ผู้รับรู้เลือกสรรที่จะรับสัมผัสเฉพาะที่ต้องการ และแปลความให้เข้ากับตนเอง โดยมีอิทธิพลจาก

2.2.1 ประสบการณ์เดิม การรับรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งนั้น ถ้าบุคคลมีประสบการณ์ที่คล้าย ๆ กันเกี่ยวกับสิ่งเร้าหนึ่ง ๆ การรับรู้สิ่งเร้านั้นก็ย่อมมีคล้ายคลึงกันไปด้วย

2.2.2 ความต้องการ เมื่อบุคคลมีความต้องการสิ่งใดมักจะรับรู้สิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งที่ตอบสนองความต้องการของตนเอง อย่างไรก็ตามหากความต้องการมีมากและเกิดความเครียดมาก อาจทำให้การรับรู้ผิดพลาดได้

2.2.3 คุณค่า คุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ที่มีต่อบุคคลย่อมจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลมาก

2.2.4 เจตคติ ความรู้สึกและความนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด บุคคลหนึ่งบุคคลใด หรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใด ย่อมมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งนั้น ๆ บุคคลนั้น ๆ หรือสถานการณ์นั้น ๆ

2.2.5 อารมณ์ เมื่อบุคคลมีอารมณ์ดีก็จะมีอารมณ์สบาย ทำให้พิจารณารายละเอียดของสิ่งเร้ามากขึ้น มองเห็นข้อดีไปหมด แต่หากอยู่ในสภาพอารมณ์ที่ไม่ดี จะมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ไม่น่าพอใจ หรือหากอารมณ์ไม่ดีมาก ๆ อาจจะไม่รับรู้หรือรับรู้ผิดพลาดได้

2.2.6 การเตรียมตัวล่วงหน้า โดยการที่บุคคลเคยมีประสบการณ์และเรียนรู้สิ่งใดมาก่อน ทำให้บุคคลเตรียมที่จะตอบสนองต่อสิ่งนั้นในแนวเดียวกับที่เคยรับรู้มา

2.2.7 การได้รับแรงเสริม เช่น การสนับสนุน ชมเชย รางวัล จะทำให้บุคคลรับรู้สิ่งนั้นเร็วขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่ได้รับการเสริมแรง เช่น ถูกขัดขวาง เกิดอุปสรรคหรือถูกลงโทษ บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยง

2.2.8 วัฒนธรรม ประเพณี หรือค่านิยมต่าง ๆ ในสังคม จะเป็นสิ่งกำหนดการรับรู้ของบุคคล โดยทั่วไปบุคคลมีกรอบของการอ้างอิงต่างกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลใช้วัดสิ่งต่าง ๆ ที่พบเห็น เมื่อพิจารณาตัดสินคุณภาพของสิ่งนั้นว่าเป็นอย่างไร เช่น วัฒนธรรมจีน พิจารณาการดำรงรักษาคุณภาพระหว่างหยินหยาง และความกลมกลืนของสิ่งแวดล้อมว่าเป็นศูนย์กลางของการดำรงรักษาสุขภาพที่ดี ดังนั้นสุขภาพจึงถูกรับรู้ว่าเป็นผลมาจากการดำรงรักษาคุณภาพของบุคคลและครอบครัว

นอกจากนั้นแล้ว การรับรู้และการแปลความหมายของสิ่งเร้ายังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีก ได้แก่ ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง กรรมพันธุ์ทางด้านชีวภาพ ภูมิหลังทางการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ

จะเห็นได้ว่า การให้ความหมายของสุขภาพเป็นความคิดหรือความเข้าใจของบุคคล การรับรู้จะแตกต่างกันไปตามลักษณะของสิ่งเร้า และปัจจัยด้านกายภาพและจิตวิทยาของผู้รับรู้ ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์เดิมและมีการรับรู้มาตลอดช่วงชีวิต ลักษณะเฉพาะตัวดังกล่าวอาจทำให้มีการให้ความหมายสุขภาพที่แตกต่างกันไป ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้ความหมายของสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไว้ค่อนข้างน้อย เท่าที่ปรากฏมีเฉพาะในต่างประเทศสรุปได้ดังนี้

1. อายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีการศึกษาในผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป (Dresler & Richardson, 1991 : 59 ; Van Mannen, 1988 : 703) และศึกษาในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (Ballard, 1991 ; Pender, 1996 : 56)

2. ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้สูงอายุโดยทั่วไป ซึ่งไม่กำหนดว่ามีสุขภาพดีหรือมีปัญหาสุขภาพ (Ballard, 1991 ; Pender, 1996 : 56) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีปัญหาสุขภาพ (Van Mannen, 1988 : 703) และศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (Dresler & Richardson, 1991 : 59)

3. ลักษณะการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาการให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาที่พบทั้งหมดเป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามการให้ความหมายสุขภาพของลาฟเฟรย์ (Laffrey, 1986) ซึ่งเป็นแบบสอบถามการให้ความหมายสุขภาพใน 4 ลักษณะ คือ อาการทางคลินิก การแสดงบทบาท การปรับตัวและความปกติสุข จำนวนข้อในแต่ละลักษณะ 7 ข้อ รวมทั้งหมด 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (Ballard, 1991 ; Pender, 1996 : 56) และการศึกษาเชิงบรรยายที่ใช้แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก



ว่าผู้สูงอายุให้ความหมายสุขภาพอย่างไร (Dresler & Richardson, 1991 : 58 ; Van Mannen, 1988 : 704)

4. ผลการศึกษา การให้ความหมายสุขภาพเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความหมายสุขภาพในลักษณะของการแสดงบทบาทและความปกติสุข และลักษณะของอาการทางคลินิกน้อยที่สุด (Ballard, 1991 ; Pender, 1996 : 56) ส่วนการให้ความหมายสุขภาพโดยรวมพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความหมายสุขภาพในแง่กาย จิต สังคม ( Bio-psycho-social) มากที่สุด (Dresler & Richardson, 1991 : 68 ; Van Mannen, 1988 : 707) ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายสุขภาพในกลุ่มที่เน้นความมั่นคง

สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาการให้ความหมายสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มใด การศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาเปรียบเทียบการให้ความหมายสุขภาพในภาพรวมและรายด้านคือ อาการทางคลินิก การแสดงบทบาท การปรับตัวและความปกติสุข ระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

การรับรู้ความสามารถของตน ( perceived self-efficacy )

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นมโนทัศน์หนึ่งที่อยู่ใต้อาณัติการเรียนรู้ทางสังคมที่รู้จักกันในด้านเป็นตัวทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการคงอยู่ของพฤติกรรม ซึ่งในระยะแรก แบนดูรา (Bandura, 1977 : 74) เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาแบนดูรา (Bandura, 1986 : 390) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self - efficacy) โดยให้จำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

แบนดูรา (Bandura, 1977 : 79) อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้แนวคิด 2 ประการ คือ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จหรือไม่ ในระดับใด
2. ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (outcome expectation) เป็นการตัดสินใจว่าผลลัพธ์ใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

ดังนั้น การที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตน และอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น โดยถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกัน บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำ

พฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะมีความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วย หรือความคาดหวังส่วนใดส่วนหนึ่งเป็นไปในทางตรงกันข้าม บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของทั้ง 2 ส่วน ดังภาพประกอบ 2

		ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำ แน่นอน	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะ ไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1977 : 241)

การรับรู้ความสามารถของตนจะมีผลต่อบุคคลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (Bandura, 1986 : 393 - 395)

1. การเลือกกระทำพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจะคิดตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่าจะต้องกระทำพฤติกรรมใดใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดในสภาพการณ์ใดนั้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยบุคคลจะเลือกทำงานนั้นถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จได้ โดยมักจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของงานให้สูงยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงาน ท้อถอย ขาดความมั่นใจในตนเอง เป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถของตน แต่ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไป และต้องพบกับการทำงานที่เกินความสามารถ ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจะทำให้เขารู้สึกทุกข์ เศร้า และผิดหวัง และทำลายความเชื่อในความสามารถของเขาลงไปด้วย ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองต่ำเกินไป มักจะเลือกทำงานง่าย ๆ ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเอง และมักจะมี ความสงสัยในความสามารถของตนเอง เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ขาดความพยายามในการทำกิจกรรมใด ๆ และขาดการพัฒนาความสามารถของตนเองให้ก้าวหน้าในที่สุด

2. การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินตนเองนั้น จะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความมานะพยายามเท่าใด และจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงเท่าใด บุคคลนั้นจะยิ่งมีความพยายามและความอดทนในการทำงานมากเท่านั้น และมักจะประสพกับความสำเร็จในงานที่ทำหายนความสามารถ ส่วนบุคคลที่คาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ มักจะสงสัยในความสามารถของตน เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด จากการศึกษาของซาโลมอน (Salomon, 1984 cited by Bandura, 1986 : 394) พบว่านักเรียนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะมีความพยายามในการเรียนสูงและเรียนรู้ได้ดีเมื่อเรียนจากสื่อการสอนที่เขารู้สึกว่ายาก ในขณะที่เขาเรียนจากสื่อการสอนที่รู้สึกว่ายากนั้นจะใช้ความพยายามในการเรียนต่ำกว่าและเรียนรู้ได้น้อยกว่า

3. รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความสามารถของบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ในระหว่างการกระทำพฤติกรรมและการคาดการณ์กับการกระทำในภายหน้า โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ มักจะรู้สึกว่ายากลำบาก ซึ่งเป็นความรู้สึกที่มากเกินไป ความจริง มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด และทำลายความสามารถของตนเองซึ่งเขามีโอกาสสร้างขึ้นได้ จากการเรียนรู้ในงานที่ล้มเหลวนั้น ตรงกันข้ามกับบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆสูง การพบกับอุปสรรคจะเป็นการกระตุ้นตนเองให้มีความพยายามมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของโคลลินส์ (Collins, 1982 cited by Bandura, 1986 : 395) พบว่าในการแก้ปัญหาที่ยากนั้น บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะอนุมานถึงสาเหตุของความล้มเหลวของตนว่าเกิดจากการขาดความพยายาม ขณะที่ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำนั้น อธิบายว่าเกิดจากการขาดความสามารถของเขาเอง

4. เป็นผู้กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำลายพฤติกรรม นั่นคือบุคคลที่คาดหวังในความสามารถของตนเองสูง จะคิดรู้สึกและกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่คาดหวังในความสามารถของตนต่ำ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะสนใจและเลือกทำงานที่ทำหายน หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ และกระทำการต่าง ๆ อย่างไม่วิตกกังวล ตรงกันข้ามกับผู้ที่คุณมีความสามารถต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน แต่ไม่พยายามใช้ความสามารถของตนโดยจะหลีกเลี่ยงงานที่ยาก เมื่อพบกับอุปสรรคก็จะล้มเลิกการกระทำนั้น ทำให้มีความประารถนา ทะเยอทะยานต่ำ และต้องพบกับความเครียดความวิตกกังวลอย่างมาก

การรับรู้ความสามารถของตน จะเปลี่ยนแปลงไปตามมิติ (dimension) 3 มิติ ซึ่งขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล ดังนี้ (Bandura, 1977 : 84 - 85)

1. มิติขนาดความคาดหวัง (magnitude) หมายถึง บุคคลนั้นมีความเชื่อในความสามารถของเขาอย่างไร มากน้อยแค่ไหน โดยที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ ก็มีความพยายาม

ทำงานที่มีลักษณะง่าย ๆ เท่านั้น ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง ก็จะมีรู้สึกว่าตนสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ แม้แต่งานที่ยากที่สุด

2. มิติความเข้มของความเชื่อมั่น (strength) หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ของบุคคลในความสามารถของตนเอง ว่ามีโอกาสที่จะกระทำงานนั้นให้สำเร็จได้มากน้อยแค่ไหน ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนมีความเข้มน้อย หรือบุคคลไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตน เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนลดลง แต่ถ้ามีความเข้มมาก บุคคลจะมีความบากบั่น อดทนพยายามมาก แม้ว่าจะประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับการรับรู้ความสามารถของตน

3. มิติความเป็นสากล (generality) หมายถึง การคาดหวังในความสามารถของตนเองในประสบการณ์หรือสถานการณ์หนึ่งๆ แล้วนำไปเชื่อมโยงกับสถานการณ์หนึ่ง เพื่อให้เกิดความสามารถในตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนพัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ปัจจัย ดังนี้ (Bandura, 1977: 81-82)

1. การได้รับผลสำเร็จในการกระทำ (performance accomplishments) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำนั้น เป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง การที่บุคคลทำงานแล้วประสบความสำเร็จซ้ำ ๆ กันหลาย ๆ ครั้ง จะทำให้บุคคลมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าบางครั้งงานนั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่ก็จะมีผลมากนัก เพราะบุคคลมองว่าการที่เขาประสบความสำเร็จนั้น มาจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความพยายามไม่พอ หรือใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสมมากกว่าเขาไม่มีความสามารถ และบุคคลจะใช้ความล้มเหลวเป็นบทเรียนให้ตนใช้ความพยายามในการทำงานให้มากขึ้น ส่วนบุคคลที่ทำงานแล้วประสบความสำเร็จเสมอ ๆ ส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง (Hackett & Betz, 1984 อ้างตาม มณีรัตน์, 2536 : 16)

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การรับรู้ความสามารถของตนนั้น ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จจากการกระทำพฤติกรรม การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบความสำเร็จ ก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ หากบุคคลมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมนั้นได้อยู่ก่อนแล้วเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น (Bandura, et al., 1980 cited by Bandura, 1986 : 399) บุคคลจะบอกกับตนเองได้ว่า ถ้าผู้อื่นสามารถทำงานแล้วประสบความสำเร็จได้ เขาจะต้องสามารถทำงานนั้นได้เช่นเดียวกัน ถ้ามีความตั้งใจและความพยายาม (Bandura & Adams, 1977 : 290)

3. การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) คือการที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การได้รับคำแนะนำ ชักจูงจากผู้อื่น จะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่น ในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จ และมีการรับรู้ความ

สามารถของตนเพิ่มมากขึ้น วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันมาก แต่มีข้อจำกัด คือ จะมีผลเพียงในระยะสั้น ๆ และมีผลต่อการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ไม่มากนัก

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัวและจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น และมีการแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

สำหรับการประเมินการรับรู้ความสามารถของตน ได้มีผู้ศึกษาและสร้างเครื่องมือ ซึ่งเป็นที่นิยมและใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมิน ดังนี้

1. General Self Efficacy Scale เป็นแบบประเมินที่ชีเรอร์และคณะ (Sherer, et al., 1982 : 663 - 671) ได้รวบรวมการรับรู้ความสามารถของตนเองจากแนวความคิดของเบนดูรา และสร้างแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนขึ้น เรียกว่าแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือส่วนที่หนึ่ง ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไป จำนวน 17 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .86 ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสังคม จำนวน 6 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .71 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert type) 5 อันดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. Self-Rated Abilities for Health Practices Scale เป็นแบบประเมินที่เบคเกอร์และคณะ (Becker, et al., 1993 : 42 - 50) ได้เสนอว่าเป็นการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนที่เหมาะสมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลัก ๆ 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (รวมทั้งการจัดการกับความเครียดและการสนับสนุนระหว่างบุคคล) และการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีด้านละ 7 ข้อ รวมข้อคำถามในแบบประเมิน 28 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น .91 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert type) 5 อันดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

จากแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เสนอสติปเปอร์เจนและคณะ (Stuifbergen & Becker, 1994 : 3 - 13) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง General Self Efficacy Scale และ Self - Rated Abilities for Health Practices Scale กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้พิการจำนวน 437 คน พบว่า Self - Rated Abilities for Health Practices Scale มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าแบบประเมิน General Self Efficacy Scale สำหรับการวิจัยในครั้งนี้

เป็นการศึกษาซึ่งมุ่งเน้นเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมิน Self - Rated Abilities for Health Practices Scale ในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุมีค่อนข้างน้อย โดยในต่างประเทศ วอลเลอร์และเบทส์ (Waller and Bates, 1992 : 303) ได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี จำนวน 57 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนปานกลาง และการศึกษาของเกร็มโบว์สกี และคณะ (Grembowski, et al., 1993 : 92) ศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 2,524 คน พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มจะลดลงจากวัยหนุ่มสาว สาเหตุมาจากความเสื่อมถอยทางร่างกายซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่การกระทำพฤติกรรมบางอย่างที่สำคัญของชีวิต ผู้สูงอายุจะประมาณความสามารถของตนได้ถูกต้อง สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทยมีเพียงการศึกษาของวันดี (2538 : 52) ที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุนครสวรรค์ จำนวน 150 คน พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับค่อนข้างสูง

จะเห็นได้ว่าการศึกษารับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุในต่างประเทศเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ในประเทศไทยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุยังไม่มีผู้ใดศึกษา ซึ่งผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มจะมีความแตกต่างกันของการได้ร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ได้รับประสบการณ์ การได้รับความสำเร็จของตนเองและการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ที่อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

#### พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ต่าง ๆ กัน เช่น กระบวนการที่ทำให้บุคคลเพิ่มการควบคุมตนเองและทำให้สุขภาพของตนดีขึ้น (WHO, 1980 cited by Minkler, 1989 : 18) พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุก การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล (Palank, 1991 : 816) และการกระทำเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพการดำเนินชีวิตในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม มุ่งที่จะเพิ่มระดับความผาสุก การบรรลุเป้าหมายในชีวิต การบรรลุความสมหวังและการมีชีวิตที่สร้างสรรค์ (Pender, 1996 : 73) จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี

ลักษณะสำคัญคือ มุ่งดำรงหรือเพิ่มพูนความผาสุก การบรรลุเป้าหมายในชีวิต การมีชีวิตที่สร้างสรรค์ เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ได้มีนักวิชาการนำเสนอไว้ดังนี้ โภชนาการ (Ardell, 1979, 1986 ; Travis, 1977 cited by Walker, Sechrist & Pender, 1987 : 76 ; Pender, 1987 : 74) ความรับผิดชอบตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Ardell, 1979 , 1986 ; Travis, 1977 cited by Walker, Sechrist & Pender, 1987 : 76) การจัดการกับความเครียด (Ardell, 1979 , 1986 cited by Walker, Sechrist & Pender, 1987 : 76 ; Pender, 1987 : 74) การมีปฏิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อม (Ardell, 1979 , 1986 cited by Walker, Sechrist & Pender, 1987 : 76 ; Pender, 1987 : 74) การออกกำลังกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การสนับสนุนระหว่างบุคคล การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ (Pender, 1987 : 74 ; Walker, Sechrist & Pender, 1987 : 80) การพักผ่อน การนอนหลับ จุดมุ่งหมายของชีวิต และการใช้ระบบบริการสุขภาพ (Pender, 1987 : 74)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ วอล์คเกอร์, ซีคริสและเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987 : 79) มาใช้ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร (nutrition) คือมีรูปแบบการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ได้รับสารอาหารครบถ้วน
2. การออกกำลังกาย (exercise) คือมีรูปแบบการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 20 นาที โดยคำนึงถึงประเภทและความหนักเบาในการออกกำลังกายให้พอเหมาะกับตนเอง
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (self - actualization) เป็นความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองรวมทั้งประสบการณ์และความพึงพอใจในตนเอง ต้องการมีความเจริญก้าวหน้าต่อไป
4. การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ (health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพตนเอง โดยการหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงสนใจที่จะสังเกตความผิดปกติของร่างกายและแสวงหาคำปรึกษา และการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีความผิดปกติ
5. การสนับสนุนระหว่างบุคคล (interpersonal support) เป็นการรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้คงความสนิทสนมและคุ้นเคย เพื่อคงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับสังคม
6. การจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นกรรับรู้สาเหตุของความเครียด และสามารถควบคุมความเครียดได้

## รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 60-68) ได้เสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion model) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) โดยเน้นความสำคัญของกระบวนการทางสติปัญญาและการควบคุมพฤติกรรมของตนจากภายใน มีการจัดกลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ ปัจจัยส่งเสริมและตัวแปรส่งผลต่อความโน้มเอียงที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1. ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ (cognitive - perceptual factors) เป็นปัจจัยจูงใจเริ่มแรกที่ทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และดำรงรักษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเอาไว้หรือมีผลโดยตรงต่อความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านนี้ครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้คือ

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (importance of health) เป็นการให้คุณค่าหรือความสำคัญของสุขภาพของแต่ละบุคคลเมื่อเทียบกับคุณค่าที่ให้กับสิ่งอื่น บุคคลซึ่งมีการให้คุณค่าหรือความสำคัญของสุขภาพมากก็จะส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพดี (Christiansen, 1981 cited by Pender, 1987 : 61)

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (perceived control of health) เป็นความเชื่อว่าสุขภาพอยู่ภายใต้ความควบคุมของตนเองหรือสิ่งอื่น มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ที่จะดำรงสุขภาพของตนเองไว้ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าศูนย์การควบคุมสุขภาพอยู่ในตนมีความโน้มเอียงที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลบุคคลที่รับรู้ว่าศูนย์การควบคุมสุขภาพอยู่นอกตน (Palank, 1991 : 819)

1.3 การรับรู้ความสามารถของตน (perceived self efficacy) เป็นความเชื่อว่าบุคคลมีทักษะและความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จ การรับรู้ความสามารถของตนจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่บุคคลกระทำ ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถต่ำ (Pender, 1996 : 65 ; Weitzel, 1989 : 103)

1.4 การให้ความหมายสุขภาพ (definition of health) บุคคลแต่ละคนจะมีคำจำกัดความของสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการให้ความหมายสุขภาพของแต่ละบุคคลจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นการปรับตัวหรือความคงที่ที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพโดยหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยและโรค หากความหมายเป็นการบรรลุเป้าหมายในชีวิต จะมีพฤติกรรมที่ริเริ่มกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีผลให้มีสุขภาพดี และเพิ่มความผาสุกในชีวิต (Gillis, 1993 : 349 ; Laffrey, 1986 : 112)

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งจะมีผลต่อความถี่และความจริงจังในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดย



ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ระดับไม่ดี (Duffy, 1993 : 27)

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived benefits of health - promoting behaviors) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านบวกที่เกิดจากการกระทำที่ได้จากประสบการณ์การกระทำในอดีตของตนเอง โดยผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่า และยังมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Pender, 1987 : 65)

1.7 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived barriers to health promoting behaviors) เป็นการรับรู้ต่อปัจจัยที่จะเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ไม่มีเวลา หรือความห่างไกลจากสถานที่ที่จะทำกิจกรรม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยเสริม (modifying factor) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผ่านปัจจัยความรู้และการรับรู้ และมีผลโดยตรงต่อปัจจัยความรู้และการรับรู้ ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยทางประชากร (demographic factors) ที่สำคัญได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์วรรณา (ethnicity) การศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส โดยอายุเป็นตัวกำหนดคุณลักษณะ พัฒนาการ ความสามารถ ความต้องการ ประสบการณ์ บุคคลที่มีอายุต่างกันจะมีการรับรู้ต่างกัน บุคคลในแต่ละเชื้อชาติจะมีความเชื่อ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีเฉพาะของตนเอง การศึกษา ช่วยพัฒนาความสามารถด้านระดับสติปัญญา ทักษะและเจตคติ รายได้เป็นตัวกำหนดความสามารถในการจัดหาและการได้มาซึ่งสิ่งสนับสนุนแหล่งประโยชน์ และสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตของบุคคล จะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของมนุษย์ (Pender, 1987 : 60) สถานภาพสมรสมีผลต่อจำนวนเครือข่ายทางสังคมของบุคคล บุคคลที่สมรสจะมีเครือข่ายมากขึ้นทำให้บุคคลมีแหล่งความช่วยเหลือและแหล่งประโยชน์มากขึ้น (Gillis, 1993 : 350)

2.2 คุณลักษณะด้านชีววิทยา (biological characteristics) ที่สำคัญได้แก่ ดัชนีมวลกาย (body mass index) สมรรถภาพด้านแอโรบิก (aerobic capacity) ความแข็งแรง (strength) ความว่องไว (agility) ปัจจัยดังกล่าวจะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996 : 68)

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลอื่น ได้แก่ บรรทัดฐานของบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบ บรรทัดฐานทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ การสนับสนุนทางสังคม ทำให้มีแหล่งประโยชน์จากผู้อื่นมากขึ้น ตัวแบบจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ (Pender, 1996 : 71) นอกจากนี้

ยังรวมถึงความคาดหวังของบุคคลสำคัญ รูปแบบการดูแลสุขภาพของครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์กับ บุคลากรสุขภาพ

2.4 ปัจจัยสถานการณ์ (situational factors) ปัจจัยด้านสถานการณ์ได้แก่ ความเพียงพอของทางเลือกที่จะส่งเสริมสุขภาพ และความง่ายที่จะเข้าถึงทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านสถานการณ์จะมีผลทั้งในด้านส่งเสริมและขัดขวางการเกิดพฤติกรรม บุคคลจะกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มที่ในสถานการณ์ที่เขารู้สึกว่าเหมาะสมเข้ากันได้ มีความเกี่ยวข้อง ปลอดภัยและมั่นใจ มากกว่าในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสมเข้ากันไม่ได้ แยกแยก ไม่ปลอดภัยและไม่มั่นใจ (Pender, 1996 : 71)

2.5 ปัจจัยพฤติกรรม (behavioral factors) ปัจจัยด้านพฤติกรรม คือ ประสบการณ์ การปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน เนื่องจากทำให้เกิดทักษะ นิสัยและความเคยชินที่จะทำสิ่งนั้น และมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมโดยผ่านปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์และสิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996 : 67)

### 3. ตัวชี้แนะในการกระทำ ได้แก่

3.1 ตัวชี้แนะการกระทำภายใน เช่น การตระหนักในศักยภาพที่จะเพิ่มพูนความรู้สึกผาสุกจากการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

3.2 ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก เช่น การพูดคุยกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชน

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวไปข้างต้น สามารถจำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็น 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ (cognitive-perceptual factors) ปัจจัยเสริม (modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (cue to action) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวครอบคลุมทั้งชีวิตสังคมและได้มีการนำไปใช้ทดสอบในกลุ่มต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง เช่น วัยรุ่น คนงาน ผู้พิการทุพพลภาพ ผู้ป่วยมะเร็ง และสำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุมีค่อนข้างน้อยสรุปได้ดังนี้

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในต่างประเทศ

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน (Ballard, 1991 ; Hemstrom, 1993 ; Pender, 1996 : 57 ; Riffle, Yoho & Sams, 1989 : 206 ; Speake, Cowart & Pellet, 1989 : 94 ; Walker, et al., 1988 : 78) มีเพียงการศึกษาของดัฟฟี (Duffy, 1993 : 25) เท่านั้นที่ศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

2. ลักษณะการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาที่พบมีทั้งการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน (Ballard, 1991) เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย (Hemstrom, 1993) รวมทั้งการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยศึกษาในปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (Duffy, 1993 : 24 ; Riffle, Yoho & Sams, 1989 : 205-206 ; Pender, 1996 : 56 ; Speake, Cowart & Pellet, 1989 : 94 ; Walker, et al., 1988 : 76) ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Duffy, 1993 : 24 ; Pender, 1996 : 56) การให้ความหมายสุขภาพ ความสำคัญของสุขภาพ ( Pender, 1996 : 56) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Duffy, 1993 : 24) ซึ่งการศึกษาทั้งหมดเป็นการศึกษาเชิงบรรยายโดยการสัมภาษณ์ และเครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นแบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Lifestyle Profile) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ โภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต จำนวนข้อคำถาม 48 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลยจนถึงกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ (Ballard, 1991 ; Duffy, 1993 : 26 ; Pender, 1996 : 57 ; Riffle, Yoho & Sams, 1989 : 206 ; Speake, Cowart & Pellet, 1989 : 95 ; Walker, et al., 1988 : 80)

3. ผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ ออกกำลังกาย การพักผ่อน และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในเกณฑ์ดี (Ballard, 1991) และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (Hemstrom, 1993) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Speake, Cowart & Pellet, 1989 : 96 ; Walker, et al., 1988 : 84) การรับผิดชอบสุขภาพ (Riffle, Yoho & Sams, 1989 : 209 ; Walker, et al., 1988 : 84) การจัดการกับความเครียด (Walker, et al., 1988 : 84) การออกกำลังกาย (Riffle, Yoho & Sams, 1989 : 209) สำหรับปัจจัยด้านเพศผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการและการสนับสนุนระหว่างบุคคลดีกว่าเพศชาย (Walker, et al., 1988 : 84) ปัจจัยด้านอาชีพและรายได้พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพและรายได้สูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (Walker, et al., 1988 : 84) ด้านการออกกำลังกาย การรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Duffy, 1993 : 27) ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพและมีรายได้ต่ำ ส่วนด้านการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การจัดการกับความเครียด การสนับสนุนระหว่างบุคคล (Speake, cowart & Pellet, 1989 : 96 ; Walker, et al., 1988 : 84) การรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (Riffle, Yoho & Sams, 1989 : 210) ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ และสำหรับสถานภาพสมรสพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด / หม้าย / หย่า / แยก (Walker, et al., 1988 : 84) นอกจากปัจจัยระหว่างบุคคลดังกล่าวแล้ว ยังพบว่าการให้ความหมายสุขภาพและความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม (Pender, 1996

: 56) และผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเชื่ออำนาจในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการสนับสนุนระหว่างบุคคลสูงด้วย (Duffy, 1993 : 27)

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน (ขวัญใจ, 2534 : 119; วรรณวิมล, 2535 : ช ; ไพเราะและสุรรัตน์, 2539 : 45) และศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (วันดี, 2538 : 20) รวมทั้งผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (รสสุคนธ์, 2537 : 42)

2. ลักษณะการศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาที่พบมีทั้งการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม (ไพเราะและสุรรัตน์, 2539 : 45 ; วรรณวิมล, 2535 : 68) และรายด้าน (ไพเราะและสุรรัตน์, 2539 : 45) รวมทั้งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล (ขวัญใจ, 2534 : 9 ; วรรณวิมล, 2535 : 68 ; วันดี, 2538 : 8 ; ไพเราะและสุรรัตน์, 2539 : 45) ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ขวัญใจ, 2534 : 9 ; ไพเราะและสุรรัตน์, 2539 : 45) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ขวัญใจ, 2534 : 9 ; วันดี, 2538 : 8 ; ไพเราะและสุรรัตน์, 2539 : 45) การสนับสนุนทางสังคม (วรรณวิมล, 2535 : 73) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (วันดี, 2538 : 8) ซึ่งการศึกษาทั้งหมดเป็นการศึกษาเชิงบรรยาย ใช้วิธีการสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Lifestyle Profile) ของวอล์คเกอร์ ชิคริสและเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987) ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน คือ โภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต จำนวนข้อคำถาม 35-55 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3-4 ระดับตั้งแต่ไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นจนถึงกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ (ขวัญใจ, 2534 : 118 ; รสสุคนธ์, 2537 : 44 ; วันดี, 2538 : 23) แบบแผนชีวิตที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดแบบแผนชีวิต Lifestyle and Health Habbit Assessment ของ เพนเดอร์ (Pender, 1982 cited by วรรณวิมล, 2535 : ช) ซึ่งแบ่งแบบแผนชีวิตเป็น 10 ด้าน คือ ความสามารถทั่วไปในการดูแลตนเอง โภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การจัดการกับความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การมีจุดมุ่งหมายของชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการใช้ระบบบริการด้านสุขภาพ จำนวนข้อคำถาม 100 ข้อ และให้ผู้ตอบกากบาทหน้าข้อที่ตนเองปฏิบัติ นอกจากนี้ไพเราะและสุรรัตน์ (2539 : 45) ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและออกกำลังกายซึ่งดัดแปลงมาจากงานวิจัยของดวงพร (2535) ส่วนด้านความรับผิดชอบสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3. ผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่เหมาะสมปานกลาง (วรรณวิมล, 2535 : 68 ; ไพเราะและสุรรัตน์, 2539 : 45) ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ความรับผิดชอบสุขภาพ การจัดการกับความเครียด และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางยกเว้นด้านการรับประทานอาหารและการสนับสนุนระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง (ไพเราะและสุรรัตน์, 2539 : 45) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม (ขวัญใจ, 2534 : 142 ; วรรณวิมล, 2535 : 71 ; วันดี, 2538 : 45) และรายด้าน ยกเว้นด้านการรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด (วันดี, 2538 : 46) ระดับการศึกษาและการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ (วรรณวิมล, 2535 : 70-71) ส่วนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ขวัญใจ, 2534 : 142) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ขวัญใจ, 2534 : 142 ; ไพเราะและสุรรัตน์, 2539 : 45) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับค่อนข้างสูง (วรรณวิมล, 2535 : 73) สำหรับการรับรู้สมรรถนะของตนเองพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้าน (วันดี, 2538 : 44) ส่วนอายุ โรคประจำตัวและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ขวัญใจ, 2534 : 142 ; วรรณวิมล, 2535 : 72-73)

จากผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ลักษณะการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่ นำเอาแบบวัดแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์คเกอร์, ซิคริสและ เพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987) มาใช้ หรือนำมาดัดแปลงให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ในระดับที่เหมาะสมปานกลาง ยกเว้นด้านโภชนาการและการสนับสนุนระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะเหมาะสมหรือไม่เพียงใดนั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยเสริมทางด้านต่าง ๆ เช่น คุณลักษณะทางประชากร คุณลักษณะทางชีววิทยา อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยสถานการณ์ ปัจจัยด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านระหว่างผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ การศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก

และไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตน กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

### ชมรมผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกและประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทย ได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น จึงให้ความสนใจสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ และได้เชิญชวนประเทศสมาชิกทั่วโลก ให้ความร่วมมือกันจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพอนามัย และสวัสดิการทางสังคม การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย จึงสนับสนุนให้มีบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุและโดยเฉพาะการส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ รัฐบาลได้กำหนดให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 และ 7 ในแผนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน (คณะกรรมการการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2530 อ้างตาม อำไพ, ยวงค์และวันทนี, 2535 : 5 ; เอกบุญ, 2535 : 23) โดยสนับสนุนให้ทุกจังหวัดจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น ซึ่งจากการสำรวจชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศพบจำนวน 3,487 ชมรม (บรรลุและคณะ, 2539 : 23) และการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ซึ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลางได้กำหนดเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจนในวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสาธารณสุขว่า เน้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัยและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า และกำหนดให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ โดยประสานงานกันเป็นเครือข่าย (ชิน, 2540 : 97)

โดยทั่วไปชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุในภาวะปกติ วัตถุประสงค์ของชมรมผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้ (บรรลุและคณะ, 2539 : 20)

1. เพื่อเป็นสื่อกลางให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแก้ปัญหาร่วมกัน
2. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โดยการให้ความรู้ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติ ช่วยเหลือดูแลตนเองรวมทั้งเผยแพร่ให้บุคคลอื่นได้
3. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเอง สามารถร่วมกันพัฒนาสังคมและบำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม

สำหรับการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุนั้น ควรจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับสภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ระยะเวลาของการจัดกิจกรรม ซึ่งจะต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเหมาะสมกับศักยภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งประเภทของกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุนี้นี้คือ (เขมิกา, 2527 : 20 ; พุดินันท์, 2530 : 83; Taylor, 1982 อ้างตาม ปาริชาติ, 2536 : 5-6)

1. กิจกรรมในรูปแบบอาชีพบำบัด การจัดกิจกรรมในลักษณะนี้ จะเป็นการช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ช่วยผ่อนคลายความเครียดทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสนำประสบการณ์เดิมที่สั่งสมมาตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาได้ถ่ายทอดสู่ลูกหลานทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เช่น งานจักสาน งานปั้นงานแกะสลัก งานทอผ้า ฯลฯ

2. กิจกรรมด้านออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้แข็งแรง นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสดีที่ผู้สูงอายุจะได้พบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

3. กิจกรรมการสาธารณสุข เช่น กิจกรรมในวันเข้าพรรษา วันสงกรานต์ วันเฉลิมพระชนมพรรษา ฯลฯ ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสปฏิบัติศาสนกิจจะทำให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุดี มีความแจ่มใส นอกจากนี้ลูกหลานยังได้ถือโอกาสนี้แสดงมุทิตาจิตต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้เกิดความภาคภูมิใจด้วย

4. กิจกรรมด้านทัศนศึกษา กิจกรรมในลักษณะนี้จะทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ ได้เห็นสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ได้พบปะเพื่อนฝูงใกล้ชิดก็จะทำให้เกิดความเพลิดเพลินได้

5. กิจกรรมดนตรี ผู้สูงอายุบางคนยังมีความสามารถที่จะเล่นดนตรี บางคนสามารถร้องเพลงได้ และพรสวรรค์ดังกล่าวทำให้นุชนรุ่นหลังได้ศึกษาทำให้เป็นการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมด้วย

6. กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย เป็นกิจกรรมที่จำเป็นอย่างมากเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบริการที่จะจัดให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่

6.1 บริการตรวจสุขภาพให้กับสมาชิก

6.2 ให้บริการการรักษา

6.3 ออกเยี่ยมติดตามผู้สูงอายุ เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว

6.4 จัดคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

6.5 การให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

7. กิจกรรมอาสาสมัครต่าง ๆ กิจกรรมในลักษณะนี้หากผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมก็จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกว่าคุณค่าต่อสังคม และยังเป็นการทำให้มีการใช้พลังที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ ช่วยให้การดำเนินงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเกิดความสมดุลอีกด้วย

8. บริการในรูปแบบเคลื่อนที่ หน่วยเคลื่อนที่ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านการเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาค่าบริการในเรื่องต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ

สำหรับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้เปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม 2535 โดยจัดให้บริการเดือนละ 2 ครั้ง ในวันอังคารของสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ทุกเดือน

เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชะลอความเสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ และให้ผู้สูงอายุได้มีการพบปะสังสรรค์ อีกทั้งเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ กิจกรรมที่จัดให้บริการผู้สูงอายุ ได้แก่

1) กิจกรรมทางศาสนา โดยการจัดให้มีการสวดมนต์และแผ่เมตตาทุกครั้ง ครั้งละ 30 นาที เพื่อทำให้จิตใจสงบ มีสมาธิ

2) กิจกรรมการออกกำลังกาย โดยการรำไทเก๊กและแอโรบิคสำหรับผู้สูงอายุ ประมาณครั้งละ 60 นาที โดยคัดเลือกผู้สูงอายุมาดำเนินการจัดกิจกรรมเอง

3) กิจกรรมนันทนาการ เป็นกิจกรรมที่ทางกลุ่มผู้สูงอายุจัดดำเนินการเอง โดยอาศัยความสามารถเฉพาะตัวหรือเฉพาะกลุ่ม เช่น การทำสิ่งของประดิษฐ์ การดนตรี การขับร้องการเล่นเกมส์ ฯลฯ

4) กิจกรรมสาธารณกุศล เช่น กิจกรรมในวันเข้าพรรษา วันสงกรานต์ วันเฉลิม พระชนมพรรษา งานฌาปนกิจสงเคราะห์

5) กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย โดยการจัดให้มีการรักษาพยาบาลฟรี สำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทุกคนโดยไม่ต้องใช้บัตรสุขภาพผู้สูงอายุ และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทุกครั้งที่มีการจัดกิจกรรม โดยเชิญวิทยากรที่มีคุณวุฒิมาบรรยาย

จะเห็นได้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ มีผลให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลในวัยเดียวกัน มีโอกาสที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตน เห็นรูปแบบการปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิกคนอื่น และได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุได้จัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งได้รับการเสริมแรงจากสมาชิกชมรมและบุคลากรสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการรับรู้ความหมายของสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นผลดีต่อตนเองในที่สุด



### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกกับผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนคร นครศรีธรรมราช แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงซึ่งอาศัยในเขตเทศบาลนคร นครศรีธรรมราช และเป็นสมาชิกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช มีจำนวน 686 คน

2. ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนคร นครศรีธรรมราช และไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุใด ๆ มีจำนวน 8,822 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไว้ดังนี้ มีการรับรู้และมีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจกันได้ มีความยินยอมเข้าร่วมวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจากรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกศูนย์ ฯ ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2540 โดยเลือกเฉพาะผู้ที่เป็นสมาชิกอย่างน้อย 6 เดือน และเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ ฯ อย่างน้อย 12 ครั้งต่อปี ได้จำนวน 60 คน

2. ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดและการกระจายของอาชีพ รายได้ และระดับการศึกษา ใกล้เคียงกับกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการจับสลากสุ่มตัวอย่างตำบลในเขตเทศบาลนคร นครศรีธรรมราช 1 ตำบล จากจำนวนตำบลทั้งหมด 5 ตำบล ได้ตำบลตัวอย่าง คือ ตำบลคลัง จากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบบเฉพาะเจาะจง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ สถานภาพสมรส อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

2. แบบสอบถามการให้ความหมายสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Health Conception Scale ของลาฟฟรีย์ (Laffrey, 1986) ประกอบด้วยการให้ความหมายสุขภาพ 4 ด้าน คือ อาการทางคลินิก การแสดงบทบาท การปรับตัว และความปกติสุข โดยในแต่ละด้านประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ซึ่งกำหนดคะแนนดังนี้

ไม่ทราบ	ให้	1	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	3	คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4	คะแนน

คะแนนเฉลี่ยการให้ความหมายสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ระหว่าง 1-4 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยการให้ความหมายสุขภาพโดยรวมมาก แสดงว่ามีการให้ความหมายสุขภาพครอบคลุมทุกด้านมาก และถ้าคะแนนเฉลี่ยการให้ความหมายสุขภาพด้านใดมากแสดงว่าบุคคลมีความคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพในลักษณะนั้น

3. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงมาจาก Self - Rated Abilities for Health Practices ของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al., 1993) ซึ่งเป็นแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด รวมข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 อันดับ ซึ่งกำหนดคะแนนดังนี้

ไม่มั่นใจ	ให้	1	คะแนน
มั่นใจ	ให้	2	คะแนน

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนโดยรวมและรายด้านอยู่ระหว่าง 1-2 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนโดยรวมยิ่งมาก แสดงว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถของตนสูง และถ้าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนด้านใดมากแสดงว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ว่าตนมีความสามารถในพฤติกรรมด้านนั้นสูง

4. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Health Promotion Lifestyle Profile ของวอล์คเกอร์, ซีคริสและเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987) คำถามแต่ละข้อในแบบประเมินถามถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามที่เหมือนกับข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ ซึ่งกำหนดคะแนนดังนี้

ไม่ปฏิบัติ	ให้	1	คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	3	คะแนน

คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมยิ่งมาก แสดงว่าบุคคลนั้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมมาก และถ้าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านใดมากแสดงว่าบุคคลนั้นมีการกระทำกิจกรรมที่เป็นผลดีต่อตนเองในด้านนั้นมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

##### 1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 3 ท่าน และอาจารย์พยาบาลซึ่งเป็นที่ปรึกษาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เมื่อได้รับข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

##### 2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผ่านการพิจารณาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha method) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการให้ความหมายสุขภาพเท่ากับ 0.70 สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76

## วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
4. เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยได้ติดต่อกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล โดยบอกให้ผู้สูงอายุทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตามต้องการ
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเริ่มสัมภาษณ์จากการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ตามลำดับ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตอบเฉลี่ยประมาณ 60 นาทีต่อคน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกครั้งก่อนจบการสัมภาษณ์
6. เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้ไปลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ

กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลนครนครศรีธรรมราช
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่ปรากฏในทะเบียนราษฎรและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด
3. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัยดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนคร นครศรีธรรมราช เป็นผู้ที่มีความคุ้นเคยกับภูมิประเทศ ประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนภาษาของกลุ่มตัวอย่าง และยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัย
4. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามแก่ผู้ช่วยวิจัย และร่วมกันสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสอบถาม จนมีความเข้าใจตรงกันทุกข้อคำถาม

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่บ้าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยบอกให้ผู้สูงอายุทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตามต้องการ

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มสัมภาษณ์จากการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามลำดับ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ยประมาณ 60 นาทีต่อคน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกครั้งก่อนจบการสัมภาษณ์

7. เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้ไปลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC<sup>+</sup> (Statistical Package for Social Science / Personal Computer) โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ
2. การให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ด้วยสถิติที่ (t-test) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05
4. หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ด้วยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

#### ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีลักษณะที่เหมือนกัน คือ มีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี มีสถานภาพสมรสคู่และหม้าย / หย่า / แยก ใกล้เคียงกัน วุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ยังคงอาศัยอยู่กับบุตรหลาน และรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในระดับพอใช้ ส่วนลักษณะที่แตกต่างกันคือศาสนา โดยผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม ฯ		ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม ฯ	
	( n = 60 )		( n = 60 )	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	8	13.3	24	40.0
หญิง	52	86.7	36	60.0
<b>อายุ</b>				
60-74 ปี	51	85.2	45	75.2
75-84 ปี	9	14.8	13	21.7
85 ปีขึ้นไป	-	-	2	3.1
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	8	13.2	10	16.7
คู่	28	46.6	23	38.3
หม้าย/หย่า/แยก	24	40.2	27	45.0
<b>ศาสนา</b>				
พุทธ	58	96.6	21	35.0
อิสลาม	1	1.7	39	65.0
คริสต์	1	1.7	-	-
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้รับการศึกษา	4	6.7	5	8.3
ประถมศึกษา	39	65.0	43	71.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	8.3	6	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12	20.0	6	10.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-	-	-

ตาราง 1 ( ต่อ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรม ฯ		ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม ฯ	
	( n = 60 )		( n = 60 )	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	40	66.7	39	65.0
ประกอบอาชีพ	20	33.3	21	35.0
รายได้ปัจจุบัน				
น้อยกว่า 5,000 บาท	36	60.0	35	58.3
5,000 บาทขึ้นไป	24	40.0	25	41.7
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย				
อยู่คนเดียว	3	5.0	3	5.0
คู่สมรส	21	35.0	18	30.0
บุตรหลาน	32	53.3	35	58.3
ญาติและคนรู้จัก	4	6.7	4	6.7
การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน				
ดีมาก	2	3.3	1	1.6
ดี	19	31.7	22	36.7
พอใช้	29	48.3	31	51.7
ไม่ดี	10	16.7	6	10.0

เปรียบเทียบการให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการให้ความหมายสุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูง (  $\bar{x}$  = 3.63 , SD = 0.32 และ  $\bar{x}$  = 3.51, SD = 0.38 ตามลำดับ ) ส่วนการให้ความหมายสุขภาพจำแนกเป็นรายด้าน ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยการให้ความหมายสุขภาพในด้านการแสดงบทบาทมากที่สุด (  $\bar{x}$  = 3.76 , SD = 0.40 และ  $\bar{x}$  = 3.64 , SD = 0.52 ตามลำดับ ) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการให้ความหมายสุขภาพในด้านอาการทางคลินิกน้อยที่สุด (  $\bar{x}$  = 3.47 , SD = 0.32 และ  $\bar{x}$  = 3.40 , SD = 0.29 ตามลำดับ )



เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการให้ความหมายสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มให้ความหมายสุขภาพโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก (N = 60) และไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (N = 60)

การให้ความหมายสุขภาพ	ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมฯ		ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ		t Value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
อาการทางคลินิก	3.47	0.32	3.40	0.29	-1.20
การแสดงบทบาท	3.76	0.40	3.64	0.52	-1.41
การปรับตัว	3.64	0.46	3.48	0.60	-1.61
ความเป็นปกติสุข	3.66	0.43	3.51	0.40	-1.96
การให้ความหมายสุขภาพ โดยรวม	3.63	0.32	3.51	0.38	-1.94

โดยสรุปผลการศึกษาไม่สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า การให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

### เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนโดยรวมและรายด้านทุกด้านค่อนข้างสูง

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้งโดยรวม ( $t = 3.20$ ,  $P < .05$ ) และรายด้านคือ การรับประทานอาหาร ( $t = 2.58$ ,  $P < .05$ ) การออกกำลังกาย ( $t = 2.89$ ,  $P < .05$ ) การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ( $t = 3.13$ ,  $P < .05$ ) การสนับสนุนระหว่างบุคคล ( $t = 2.44$ ,  $P < .05$ ) สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตและการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก ( $N = 60$ ) และไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ( $N = 60$ )

การรับรู้ความสามารถของตน	ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมฯ		ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ		t Value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
การรับประทานอาหาร	1.87	0.38	1.71	0.26	-2.58*
การออกกำลังกาย	1.94	0.17	1.82	0.28	-2.89*
ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต	1.82	0.18	1.80	0.21	-0.47
การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ	1.85	0.25	1.71	0.26	-3.13*
การสนับสนุนระหว่างบุคคล	1.96	0.17	1.89	0.17	-2.44*
การจัดการกับความเครียด	1.89	0.24	1.92	0.17	0.70
การรับรู้ความสามารถของตน โดยรวม	1.89	0.13	1.81	0.15	-3.20*

\*  $P < .05$

โดยสรุปผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพียงบางส่วน

### เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านค่อนข้างสูง

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้งโดยรวม ( $t = 4.41$  ,  $P < .05$ ) และรายด้านคือ การรับประทานอาหาร ( $t = 3.07$  ,  $P < .05$ ) การออกกำลังกาย ( $t = 3.99$  ,  $P < .05$ ) การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ( $t = 5.56$  ,  $P < .05$ ) สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การสนับสนุนระหว่างบุคคลและการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก ( $N = 60$ ) และไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ( $N = 60$ )

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมฯ		ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ		t Value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
การรับประทานอาหาร	2.61	0.33	2.41	0.36	3.07*
การออกกำลังกาย	2.72	0.38	2.36	0.59	3.99*
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต	2.52	0.28	2.52	0.35	0.06
การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ	2.58	0.30	2.20	0.44	5.56*
การสนับสนุนระหว่างบุคคล	2.75	0.27	2.70	0.27	1.02
การจัดการกับความเครียด	2.64	0.28	2.67	0.29	0.52
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวม	2.64	0.18	2.48	0.22	4.41*

\*  $P < .05$

โดยสรุปผลการศึกษานี้ สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเหมาะสมกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เพียงบางส่วน

ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การให้ความหมายสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.089$ ,  $P < .05$ ) ส่วนการให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.53$ ,  $P < .05$ )

โดยสรุปผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า การให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเท่านั้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.41$ ,  $P < .05$  และ  $r = 0.46$ ,  $P < .05$  ตามลำดับ)

โดยสรุปผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามีจำนวนทั้งหมด 120 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างทางประชากรผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร นครศรีธรรมราช พ.ศ. 2540 ที่มีผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุในระยะตอนต้นมีจำนวนมากที่สุด (งานทะเบียนราษฎร เทศบาลนคร นครศรีธรรมราช, 2540) มีสถานภาพสมรสคู่ และหม้าย / หย่า / แยก ใกล้เคียงกัน มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาภาคบังคับในอดีตกำหนดให้

ประชากรไทยทุกคนมีการศึกษาขั้นต่ำอยู่ในระดับประถมศึกษา (วันดี, 2538 : 38) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (นภาพร, วงษ์สิทธิ์และจันทร์เพ็ญ, 2532 : 89 ; วรณี, 2533 : 33) นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพพอใช้ ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท และอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายตามวัยและจากการที่ความแข็งแรงของร่างกายลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่งผลให้รายได้ลดลงและต้องพึ่งพาบุตรหลาน

ลักษณะที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม คือ ศาสนา โดยผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมจากชุมชนที่มีผู้สูงอายุอยู่หนาแน่นอยู่กลางใจเมือง และสามารถเดินทางเก็บข้อมูลได้สะดวก ปลอดภัย คือ ชุมชนสี่แยกตลาดแขก ซึ่งชุมชนดังกล่าวเป็นชุมชนมุสลิม

เปรียบเทียบการให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษากการให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการให้ความหมายสุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูง แสดงว่าผู้สูงอายุให้ความหมายสุขภาพครอบคลุมโดยเน้นทั้งความมั่นคงและการบรรลุเป้าหมายสูงสุด สอดคล้องกับการให้ความหมายสุขภาพของคิง (King, 1983 : 31) สมิทท์ (Smith, 1983 : 31) และวู (Wu, 1973 : 112) ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (สาวิตร์, 2538 : 177) จึงทำให้มองความหมายของสุขภาพครอบคลุมทั้งอาการทางคลินิก การแสดงบทบาท การปรับตัว และความปกติสุข สำหรับผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษากการให้ความหมายของผู้สูงอายุในต่างประเทศซึ่งให้ความหมายโดยเน้นเฉพาะการปรับตัวในด้านกาย จิต และสังคม (Dresler & Richardson, 1991 : 68 ; Van Mannen, 1988 : 707) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการแสดงบทบาทสูงสุด ส่วนด้านอาการทางคลินิกมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าสุขภาพเป็นเรื่องของการทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมมากที่สุด และมีความเข้าใจว่าสุขภาพเป็นเรื่องของภาวะที่ปราศจากโรคหรืออาการแสดงต่าง ๆ ของโรคน้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความหมายสุขภาพเป็นการแปลความหรือตีความของคำว่า "สุขภาพ" โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งด้านกายภาพ และด้านจิตวิทยา ซึ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยด้านกายภาพ ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของสภาพร่างกายในทุก ๆ ด้าน โอกาสเจ็บป่วยจึงมีง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีสุขภาพพอใช้ ทำให้ผู้สูงอายุให้ความหมายสุขภาพในด้านอาการทางคลินิกน้อยที่สุด ส่วนปัจจัยด้านจิตวิทยานั้นเนื่องจากผู้สูงอายุที่ทำการศึกษากส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ

บุตรหลาน ประกอบกับค่านิยมและวัฒนธรรมในสังคมไทยยังให้การเคารพยกย่องผู้อาวุโส (พิมพีใจและคณะ, 2540 : 204) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีบทบาทสำคัญต่อครอบครัวและสังคม (เกริกศักดิ์และคณะ, 2534 อ้างตาม บรรลุและคณะ, 2539 : 18) จึงมีผลให้ผู้สูงอายุให้ความหมายสุขภาพในด้านการแสดงบทบาทสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความหมายสุขภาพในด้านการแสดงบทบาทและความปกติสุข และให้ความหมายสุขภาพด้านอาการทางคลินิกน้อยที่สุด (Ballard, 1991 ; Pender, 1996 : 57)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการให้ความหมายสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน คือ อาการทางคลินิก การแสดงบทบาท การปรับตัว และความปกติสุข ระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า การให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้จากแนวคิดรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 58) อธิบายว่าปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการให้ความหมายสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีปัจจัยเสริมซึ่งได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ คล้ายคลึงกัน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเหมือนกันและอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มให้ความหมายสุขภาพไม่แตกต่างกัน

**เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ**

จากผลการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนสูงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน เนื่องจากผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มเป็นวัยสูงอายุในระยะต้น ความเสื่อมของสภาพร่างกายจึงยังมีไม่มากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ที่ประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพในระดับพอใช้ ประกอบกับค่านิยมในสังคมไทยที่ยึดถืออาวุโสเป็นสำคัญ และผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มอาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือคู่สมรส ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (มาลี, อรสาและสุวิมล, 2536 : 156) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาทั้งต่างประเทศและในประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองค่อนข้างสูง (Grembowski, et al., 1993 : 92 ; วันดี, 2538 : 52)

การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้งโดยรวม และเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคล สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพียงบางส่วนนั้น เพราะกิจกรรมหลักที่ชมรมจัดบริการคือ กิจกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพอนามัย ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวมีผลต่อปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน (Pender, 1996 : 67) กล่าวคือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกผู้สูงอายุด้วยกันและกับบุคลากรสุขภาพ จากกิจกรรมการออกกำลังกาย และกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย ทำให้ได้รับการชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ว่าตนมีความสามารถเพียงพอหรือได้เห็นความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกคนอื่น รวมทั้งผลจากบรรทัดฐานของสมาชิกผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งปรารถนาที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีส่วนทำให้เกิดความกระตือรือร้นจัดเป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน (Bandura, 1977 : 104) ประกอบกับความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากรในการปฏิบัติกิจกรรมของชมรมฯ การรับรู้ว่ามีผู้ร่วมปฏิบัติกิจกรรม และการได้ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจนสามารถนำมาปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันได้สำเร็จ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผลจากสภาพแวดล้อมที่บ้านมีพื้นที่จำกัด ประกอบกับไม่มีอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลวัยเดียวกันและบุคลากรสุขภาพค่อนข้างน้อยทำให้รู้สึกต้องปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพียงลำพัง มีผลทำให้ขาดการชักจูงด้วยคำพูด และการเข้าอารมณ์ รวมทั้งไม่มีโอกาสได้เห็นหรือได้รับความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนอื่นหรือตนเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมฯ ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสริมในด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลด้านสถานการณ์ และด้านพฤติกรรมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ ซึ่งมีผลให้การรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมฯ ทั้งโดยรวมและด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคลสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ

ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตและการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันนั้น เนื่องจากผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลาน ทำให้ได้รับความรัก ความเคารพ การดูแลเอาใจใส่ การให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและให้การช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า คู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ลดความเครียด และก่อให้เกิดความผาสุกทางจิตใจ (มาลี, อรสาและสุวิมล, 2536 : 157 ; Hubbard, et al., 1984 อ้างตาม อัมพรพรรณ และคณะ, 2539 : 24) อีกทั้งผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งพิธีกรรมของศาสนาทั้งสอง เช่น การทำสมาธิ วิปัสณา การละหมาด ล้วนเป็นการผ่อนคลาย (relaxation) ซึ่งมีผลให้บุคคลมีความตระหนักในการรู้สึกตัว มีสมาธิในการวิเคราะห์ความเครียด และมีความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา มีผลให้ระดับความตึงเครียดลดลง (ชูศักดิ์, 2532 : 153) นอกจากนี้ศาสนายังเป็นสิ่งที่มียุทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากด้วย (Maslow อ้างตาม ศรีเรือน, 2532 : 111)

### เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจากทั้งสองกลุ่มเป็นวัยสูงอายุในระยะต้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงมีความสนใจและกระทำพฤติกรรมที่เป็นผลดีกับตนเอง (Muhlenkamp & Broenman, 1988 : 641) โดยผลการศึกษาที่ผ่านมาสืบสนับสนุนว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย (Pender, 1996 : 57 ; Walker, et al., 1988 : 84) ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีผลต่อการเลือกกระทำพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1986 : 391 ; Gecas, 1989 : 291 ; Grembowski, et al., 1993 : 90 ; O'Leary, 1985 : 437) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับข้อมูลจากสื่อมวลชนซึ่งเป็นสิ่งชักนำภายนอกในการกระทำกิจกรรมที่เป็นผลดีแก่ตนเองอีกด้วย จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสูง

การเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้งโดยรวมและเฉพาะด้านการรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย และการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเหมาะสมกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพียงบางส่วน ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสริมและปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 87) แตกต่างกันดังนี้ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกผู้สูงอายุในชมรม ฯ ทำให้ได้รับคำแนะนำในพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย และการดูแลรับผิดชอบสุขภาพ ได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของตนเอง ทั้งนี้เพราะบุคคลในวัยเดียวกันโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีความเข้าใจในปัญหา และมีความเห็นอกเห็นใจกันมากกว่าบุคคลที่มีวัยต่างกัน (Keawkungwal, 1894 อ้างตาม ศรีเรือน, 2540 : 546) นอกจากนี้ยังได้เห็นรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลาย ๆ ลักษณะของสมาชิกในชมรม ฯ ซึ่งเป็นตัวแบบที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ (Pender, 1996 : 71) และนำมาปรับปรุงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ประกอบกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพทั้งในกิจกรรมการออกกำลังกาย การให้ความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย และสถานที่ในการจัดกิจกรรมมีขนาดเหมาะสม เป็นสัดส่วนชัดเจน ไม่พลุกพล่าน อีกทั้งยังมีความพร้อมทั้งทางด้านอุปกรณ์และบุคลากรในการปฏิบัติกิจกรรมของชมรม ฯ รวมทั้งผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งความถี่ในการทำกิจกรรมเดิมจะช่วยส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดีขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่



เป็นสมาชิกชมรมฯ มีการรับรู้ความสามารถของตนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลรับผิดชอบสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลเข้าสู่พฤติกรรมเป้าหมายบ่อยกว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถและขาดทักษะ (Pender, 1996 : 69) ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวค่อนข้างน้อย จากการขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลวัยเดียวกันและบุคลากรสุขภาพ ถึงแม้จะมีการให้บริการที่บ้าน (Home Health Care) แต่ยังไม่สามารถจัดบริการได้ทั่วถึงและครอบคลุม (คณะกรรมการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน กระทรวงสาธารณสุข, 2539 : 5) รวมทั้งสถานที่ในการออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจ อยู่ค่อนข้างไกลและมีจำนวนน้อย ส่วนที่อยู่อาศัยมีพื้นที่จำกัด ความพร้อมของอุปกรณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีน้อยและบรรยากาศไม่จูงใจ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมฯ มีการรับรู้ความสามารถของตนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลรับผิดชอบสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมฯ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตน มีผลให้ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านดังกล่าวมีความเหมาะสมน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมฯ

ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลานซึ่งถือได้ว่าเป็นแหล่งสนับสนุนระหว่างบุคคลที่สำคัญที่สุด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีผลให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และสามารถหาวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม เป็นผลให้ความเครียดลดลง (มาลี อรสาและสุวิมล, 2536 : 157) รวมทั้งเป็นผู้สูงอายุที่มีขวัญดี รู้สึกมั่นคงในชีวิตและมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต (ศรีเรือน, 2536 อ้างตาม สมพร, 2541 : 52) นอกจากนี้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มต่างมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งมีส่วนช่วยเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต เพิ่มความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ และช่วยพัฒนาจิตวิญญาณของบุคคล (สมพร, 2541 : 22) รวมทั้งพิธีกรรมของศาสนาทั้งสองล้วนทำให้บุคคลตระหนักในการรู้สึกตัว มีสมาธิในการวิเคราะห์ความเครียด และมีความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา ทำให้ระดับความเครียดลดลง (ชูศักดิ์, 2532 : 153) ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งสามด้านของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า การให้ความหมายสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงว่าการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพบว่าการให้ความหมายสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาดังกล่าวจึงมีทั้งในส่วนสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับสมมติฐานและการศึกษาของเพนเดอร์ (Pender, 1996 : 57) ที่พบว่าการให้ความหมายสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการให้ความหมายสุขภาพนั้นไม่สามารถนำมาอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงได้ และได้มีการปรับรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใหม่โดยนำการให้ความหมายสุขภาพไปเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ซึ่งมีผลทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996 : 68) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นอาจเป็นผลของปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้อื่น ๆ เช่น การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สิ่งขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (Gecas, 1989 : 314 ; Grembowski, et al., 1993 : 90 ; O'leary, 1985 : 448 ; Strecher, et al., 1986 : 91) และมีผลต่อการตัดสินใจลงมือกระทำและความจริงจังในการกระทำ โดยจะเป็นแรงจูงใจหรือโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุเกิดความคาดหวังหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพขึ้น (Pender, 1987 : 62) และการรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีที่สุด (Pender, 1996 : 65) สอดคล้องกับการศึกษาของวันดี (2538 : 42) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมดี

## สรุปและข้อเสนอแนะ

## สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 120 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวนกลุ่มละ 60 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการให้ความหมายสุขภาพ และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตน และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.70 , 0.76 และ 0.76 ตามลำดับ

## ผลการศึกษาพบว่า

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีลักษณะเหมือนกันคือ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี เพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีสถานภาพสมรสคู่ และหม้าย / หย่า / แยก โกล้เคียงกัน มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ยังคงอาศัยอยู่กับบุตรหลาน และรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในระดับพอใช้ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ นับถือศาสนาพุทธ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และนับถือศาสนาอิสลาม

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการให้ความหมายสุขภาพโดยรวมค่อนข้างสูง ส่วนการให้ความหมายสุขภาพจำแนกเป็นรายด้าน ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยการให้ความหมายสุขภาพในด้านการแสดงบทบาทมากที่สุด และด้านอาการทางคลินิกน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการให้ความหมายสุขภาพ ทั้งโดยรวมและรายด้านระหว่างผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนโดยรวมและรายด้านค่อนข้างสูงทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนระหว่าง

ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลรับผิชอบสุขภาพ และการสนับสนุนระหว่างบุคคล ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้านค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลรับผิชอบสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพบว่า

5.1 ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพบว่า การให้ความหมายสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 ผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพบว่า การให้ความหมายสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้มีข้อเสนอแนะ 2 ประเด็น ดังนี้

การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

1.1 จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีการรับรู้ความสามารถของตนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลรับผิชอบสุขภาพ การสนับสนุนระหว่างบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลรับผิชอบสุขภาพในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุซึ่งนับถือศาสนาพุทธ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมขึ้น และจัดกิจกรรมบริการให้สอดคล้องกับ

ความต้องการและหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

1.2 จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายสุขภาพด้านการแสดงบทบาทมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลที่รับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีที่มีความสอดคล้องกัน

1.3 จากผลการศึกษาที่พบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลที่รับผิดชอบในด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะการได้รับผลสำเร็จในการกระทำของตนเองซึ่งมีผลมากที่สุด และจัดกิจกรรมบริการเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนของผู้สูงอายุตามปัจจัยดังกล่าว ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

1.4 ในการจัดการเรียนการสอนการพยาบาล ในส่วนของการพยาบาลอนามัยชุมชนและการพยาบาลผู้สูงอายุ ควรเพิ่มเนื้อหาในส่วนการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม โดยเฉพาะปัจจัยที่มีอิทธิพลกับตัวแปรดังกล่าว เพื่อให้ศึกษานำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมในการพัฒนาการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วย

## 2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษารูปแบบการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมุสลิมให้สอดคล้องกับพิธีกรรมและคำสอนของศาสนา

2.2 ศึกษารูปแบบการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน โดยเฉพาะการได้รับผลสำเร็จในการกระทำของตนเอง

2.3 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการให้ความหมายสุขภาพเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้สูงอายุ

2.4 ศึกษาการสร้างและพัฒนาการแบบวัดการให้ความหมายสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทย ให้มีความเชื่อมั่นมากขึ้น เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการประเมินการให้ความหมายสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับความเชื่อถือในวิชาชีพ

2.5 ศึกษาการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทซึ่งอาจมีปัจจัยอื่น ๆ โดยเฉพาะลักษณะทางประชากร และความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง

2.6 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการ

กำหนดคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด จึงมีส่วนทำให้ผลการศึกษาคำให้การให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบางด้านไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรจะควบคุมคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างให้มีความแตกต่างกันมากขึ้น โดยเฉพาะคุณลักษณะด้านระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

2.7 ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ปรับใหม่ (Pender, 1996 : 67) เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

### บรรณานุกรม

- กรกานต์ ป้อมบุญมี. (2538). ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2528). ทฤษฎีการพยาบาลของคิง ใน สมพันธ์ ทิณชรีระนันท์, (บก.),  
การพยาบาลกับการนำไปใช้. (หน้า 377-378). กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร :  
อรุณการพิมพ์.
- ขวัญใจ ตันติวัฒนาเสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้  
สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- เขมิกา ยามะรัต. (2527). ความพึงพอใจในชีวิตตนเอง : ศึกษาเฉพาะกรณีข้าราชการบำนาญกระทรวง  
เกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ สังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรม  
ศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- คณะกรรมการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน กระทรวงสาธารณสุข. (2539). สรุปผลการดำเนินงานโครงการสุขภาพดีเริ่ม  
ที่บ้าน. วารสารกองการพยาบาล, 23 (3), 5-13.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2539). แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผน  
พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8. (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพมหานคร : องค์การ  
ส่งเสริมสหกรณ์.
- งานทะเบียนราษฎร เทศบาลนคร นครศรีธรรมราช. (2540). สถิติประชากรในเขตเทศบาลนคร  
นครศรีธรรมราช. (อัดสำเนา).
- ชื่น เตชามหาชัย. (2540). งานผู้สูงอายุในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 และโครงการต่าง ๆ ของกรม  
อนามัย. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 20(2), 92-99.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2532). การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพมหานคร : สุภาวิณีการพิมพ์.
- ดวงพร รัตนอมรชัย. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ... การรับรู้ภาวะสุขภาพและ  
การรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์  
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ธนู ชาติธนานนท์. (2540). ความเข้าใจเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารส่งเสริมสุขภาพและ  
อนามัยสิ่งแวดล้อม, 20(2), 87-91.

- นภาพร ชโยวรรณ, วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลु ศิริพานิช. (2538). ผู้สูงอายุ : ภาวะของใคร?. วารสารสุโขทัยธรรมมาธิราช, 8(3), 125-132.
- บรรลु ศิริพานิชและคณะ. (2531). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร : สามดีการพิมพ์.
- บรรลु ศิริพานิชและคณะ. (2539). ชมรมผู้สูงอายุ : การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่เหมาะสม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิญญาน.
- บังอร ศุภวิฑิตพัฒนา. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พัฒนาภกิจของบิดา การสนับสนุนจากคู่สมรส กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของบิดา. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล , กรุงเทพมหานคร.
- ปาริชาติ มาลัย. (2536). ความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. อุบลราชธานี : วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2540). แนวคิดสุขภาพและการพยาบาล. สารสภากาการพยาบาล, 11(1), 1-12.
- พุดตินันท์ เหลืองไพบุลย์. (2530). การจัดบริการสวัสดิการสังคมในชมรมผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , กรุงเทพมหานคร.
- พิมพ์ใจ นาสมพันธ์และคณะ. (2540). อนามัยครอบครัว ใน เรณูวรรณ ทาญกฤทธิ (บก.) การพยาบาลอนามัยชุมชน. (หน้า 200-245). นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- เพชรน้อย ศิษย์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิติต และทัศนีย์ นะแส. (2539). วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. สงขลา : อัสลาเยเพรส.
- ไพเราะ วรทัต และสุรัตน์ โสตศิริ. (2539). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลคอโค อ. เมือง จ.สุรินทร์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์, 11(1), 43-49.
- มณีไรรัตน์ วิริยะประสพโชค. (2536). การรับรู้ในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการรับรู้ในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนต่อการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงอาชีพพิเศษที่มารับการตรวจสุขภาพในคลินิกกามโรคของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่และพะเยา. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล , กรุงเทพมหานคร.
- มาลี เลิศมาลีวงศ์ , อรสา พันธุ์ภักดี และสุวิมล พนาวัฒน์กุล. ( 2536). อัทมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. รวมอธิบดีสาร, 15 (2), 153-185.



- รสสุคนธ์ แสงมณี. (2537). การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รัตนา เพ็ชรอุไร และอดุลย์ วิริยเวชกุล. (2538). ประมวลประเด็นการวิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุในประเทศไทย.  
กรุงเทพมหานคร : ศุภานิชการพิมพ์.
- ลดาวลัย รวมนเมธ. (2533). งานบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัย  
พยาบาลสภากาชาดไทย, 15(4), 25-29.
- วรรณวิมล เบญจกุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบ  
แผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วรรณี จันทร์สว่าง. (2534). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ. เชียงใหม่ : สถาบันชีวิตวิทยา และสถาบัน  
วิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.
- วันดี ธารามาต, สมพิศ สมจิตต์ และรัชสุรีย์ จันทเพชร. (2538). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้  
สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า  
จันทบุรี. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- วันดี แย้มจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองกับการรับรู้ ภาวะสุขภาพ  
กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย  
มหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2536). การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. ใน จรัสวรรณ  
เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ (บก.) การพยาบาลผู้สูงอายุ. (หน้า 62-84). (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. (2533). การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้ารับ  
บริการในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2532). ตัวแปรทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย.  
เชียงใหม่ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ..... (2540). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 7).  
กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมพร รัตนพันธ์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยา  
นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สาวิตรี ลี้มชัยอรุณเรือง. (2538). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. วิทยา  
นิพนธ์ ศึกษาศาสตร์ดุซงึ่บัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,  
กรุงเทพมหานคร.

- สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช. (2540). สถิติข้อมูลด้านสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช
- สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ และถนอมขวัญ ทวีบุรณ. (2535). ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการให้บริการของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 10(1), 19-25.
- โสภิต เจนจิรวรรณา. (2537). ผลการใช้นั่งล้อการ์ตูนต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรงพยาบาลในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อากาศ ใจงาม. (2536). มโนคติในการพยาบาลผู้สูงอายุ ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ (บก.) การพยาบาลผู้สูงอายุ. (หน้า 110-136). (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- อัมพรพรรณและคณะ. (2539). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำไพ ชนะกอก, ยุวรงค์ เขาวพานนท์ และวันทนีย์ ชวพงษ์. (2535). แบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร, 19(3), 1-15.
- เอกบุญ ผักไผ่บวก. (2535). การสาธารณสุขมูลฐานกับแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 14(2), 23.
- Ballard, F.D. (1991). Health Promotion Behaviors of African - American Elderly. Abstract of Doctoral Dissertation, University at Chicago .Avilable from [CD-ROM] Nursing & Allied Health.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. New Jersey : Prentice - Hall.
- Bandura, A. & Adams, N. (1977). Analysis of self efficacy theory and behavioral change . Cognitive Therapy Research, 1(4), 287-308.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action : A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.
- Becker, H. et al., (1993). Self - Rated Abilities for Health Practice : A Health Self - Efficacy Measure. Health Value , 17 (5), 42-50.
- Berker, K. & William, M. (1992). Fundamentals of Nursing Collaborating for Optimal Health. Norwalk : Appleton & Lange.
- Bermosk, L.S. & Poster, S.E. (1979). Women's Health and Human Wholeness. New York : Appleton Century Crofts.

- Bohm, L.C. & Rodin, J. (1985). Aging and family. In D.C. Yurk & Rid Kern (eds). Health, illness, and families. A life span perspective. (pp. 278-284 ). New York : John Wiley & Sons.
- Brown, J.S. & McCreedy, M. (1986). The Hale elderly health behavior and its correlates. Research in Nursing & Health, 9 (4) , 317-329.
- Coni, Devison & Webster, (1984). Aging : the facts. New York : Oxford University Press.
- Dresler, G.V. & Richardson, H. (1991). Well elderly perceptions of the meaning of health and their health promotion practice. The Canadian Journal of Nursing Research, 23 (4), 55-71.
- Duffy, M.E. (1993). Determinants of Health Promoting Lifestyle in Older Person. Image : Journal Nursing Scholarship, 25(1) , 23-28.
- Dunn, H.L. (1959). What high-level wellness means. Canadian Journal of Public Health, 50 (11),447.
- Eliopoulos, C. (1987). Gerontological Nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Eliopoulos, C. (1990). Caring for Elderly in Diverse Case Setting. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Eliopoulos, C. (1993). Gerontological Nursing. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Flaherty, M. (1986). Preschool-children's conceptions of health and health behaviors. Maternal Child Nursing Journal, 15 (winter), 205-265.
- Gecas, V. (1989). The social psychology of self efficacy . Annual Review Sociology, 15, 291-316.
- Gillis, A.J. (1993). Determinants of health promotion lifestyle an integrative review. Journal of Advance Nursing, 18, 345-353.
- Grembowski, et al., (1993). Self efficacy and health behavior among older adults. Journal of Health and Social Behavior, 34(June), 89-104.
- Hemstom, M. (1993). Relationship and Definition of Health, Perceived Personal Competence, Perceived Health Status and Health Promoting Lifestyle Profile in Three Elderly Cohorts. Rush University, College of Nursing. Avilable from [CD-ROM] Nursing & Allied Health.
- Hogstel, M.O. & Kasha, M. (1989). Staying healthy after 85. Geriatric Nursing, 10(1), 216-218.

- King, I.M. (1983). A Theory of Nursing : System , Concepts and Process. New York : Teacher College Press.
- Laffrey, S.C. (1986). Development of a Health Conception Scale . Research Nursing & Health. 9, 107-113.
- Minkler, M. (1989). Health education , health promotion and the open society : An Historical Perspective. Health Education Quarterly , 6 (1) , 17-30.
- Mitchell, P.H. (1977). Concepts basic of nursing. (2 nd ed). New York : Mc Graw-Hill.
- Muhlenkamp, A.E. & Broerman, N.A. (1988). Health beliefs , health value, and positive health behaviors. Western Journal of Nursing Research , 10 , 637-646.
- Murray, R.B. & Zentner, J.P. (1985). Nursing Concepts for Health Promotion. ( 3 rd ed.). Engle wood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- O'Leary. (1985). Self Efficacy and Health . Behavior Research Therapy, 23(4), 437-451.
- Palank, C.L. (1991). Deteminants of Health Promotion Behavior. Nursing Clinics of North American, 26(4), 815-832.
- Parson, T. (1958). Definition of health and illness in the light of American values and social structure. In E.G. Jaco, (Eds). Patient, Physicians and illness. (pp. 176). New York : Free Press.
- Pender, N.J. & Pender, A.R. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. (2 nd ed). Norwalk : Appleton & Lange.
- Pender, N.J. (1996). Health Promotion in Nursing Practice. (3 rd ed). Connecticut : Appleton & Lange.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (1987). Fundamentals of Nursing : Concepts , Process , and Practice. St. louis : C.V. Mosby.
- 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.
- Sherer, R.M., et al., (1982). The self efficacy scale : construction and validation. Psychological Reports, 51, 663-671.
- Smith, A. (1983). The idea of health. New York : Teacher College Press.
- Speake,L.D. , Cowart, E.M & Pellet, K. (1989). Health Perceptions and Lifestyle of the Elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.

- Strecher, et al., (1986). The Role of Self Efficacy in Achieving Health Behavior Change. Health Education Quarterly, 13(11), 73-91.
- Stromberg, et al., (1991). Determinants of Health Promotion Lifestyle in Ambulatory Cancer Patients. Social Science Medicine, 31(10), 1159-1169.
- Stuifbergen, A.K. & Becker, H.A. (1994). Predictors of Health- Promoting Lifestyles in Persons with Disabilities. Research in Nursing & Health . 17, 3-13.
- Van Mannen, H.M. (1988). Being old does not always mean being sick : perspective on condition of health as perceived by british and american elderly. Journal of Advance Nursing, 13, 701-709.
- Walker, S.N, Sechrist, K.R. & Pender, N.J. (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile : Development and Psychometric Characteristic. Nursing Research, 36(2), 76-81.
- Walker, S.N. et al., (1988). Health - promoting lifestyle of older adults : comparisons with young and middle - aged adults , correlates and pattern. Advance Nursing Science, 11(1), 76-90.
- Waller, K.V. & Bates, R.C. (1992). Health locus of control and self efficacy beliefs in a healthy elderly sample. American Journal of Health Promotion, 6(4), 302-309.
- Weitzel, M.H. (1989). A Test of the Health Promotion Model with Blue Collar Workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.
- Wu, R. (1973). Behavior and illness. Englewood Cliffs. New Jersey : Prentice - Hall.

## ภาคผนวก ก

## ใบพิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ โดยการแนะนำตัว และชี้แจงก่อนการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“ สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันชื่อนางสาวนิตยา บุญมาเลิศ เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายของสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นจึงขออนุญาต คุณ.....ให้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที คุณ.....มีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการสัมภาษณ์ครั้งนี้ได้ และในระหว่างสัมภาษณ์หากคุณ.....ไม่พอใจ หรือไม่ต้องการที่จะให้สัมภาษณ์ต่อจนครบ คุณ.....สามารถยกเลิกการสัมภาษณ์ได้ โดยจะไม่มีผลต่อบริการต่าง ๆ ที่คุณจะได้รับและคำตอบของคุณ.....ดิฉันจะถือว่าเป็นความลับ โดยจะแสดงให้เห็นทราบเป็นผลรวมของการวิจัยเท่านั้น

ขอขอบคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ

นิตยา บุญมาเลิศ

## ภาคผนวก ข.

## แบบสอบถาม

- คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ
- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ลำดับที่.....
- สถานที่สัมภาษณ์.....
- ชื่อ - สกุล.....
- วันที่บันทึก.....

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้า หัวข้อหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความจริง

		ช่องสำหรับผู้วิจัย
1. เพศ	1	[ ]
( ) 1. ชาย		
( ) 2. หญิง		
2. อายุ	2	[ ]
( ) 1. 60 - 65		
( ) 2. 66 - 70		
( ) 3. 71 - 74 ขึ้นไป		
3. สถานภาพสมรส	3.	[ ]
( ) 1. โสด		
( ) 2. คู่		
( ) 3. หม้าย / หย่า / แยก		

	ช่องสำหรับผู้วิจัย
4. ศาสนา <input type="checkbox"/> 1. พุทธ <input type="checkbox"/> 2. อิสลาม <input type="checkbox"/> 3. คริสต์ <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ ระบุ.....	4 [ ]
5. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้รับการศึกษา <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้นหรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง <input type="checkbox"/> 5. ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	5 [ ]
6. อาชีพในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 2. ประกอบอาชีพ	6 [ ]
7. รายได้ปัจจุบันเฉลี่ยต่อเดือน <input type="checkbox"/> 1. น้อยกว่า 5,000 บาท <input type="checkbox"/> 2. 5,000 บาทขึ้นไป	7 [ ]
8. การอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว <input type="checkbox"/> 1. อยู่คนเดียว <input type="checkbox"/> 2. อยู่กับคู่สมรส <input type="checkbox"/> 3. อยู่กับบุตรหลาน <input type="checkbox"/> 4. อยู่กับญาติหรือคนรู้จัก <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ ระบุ.....	8 [ ]



<p>9. ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน</p> <p>( ) 1. ดีมาก</p> <p>( ) 2. ดี</p> <p>( ) 3. พอใช้</p> <p>( ) 4. ไม่ดี</p>	<p>ช่องสำหรับผู้วิจัย</p> <p>9 [ ]</p>
---	--

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึง การให้ความหมายในคำว่า "สุขภาพ" ของผู้สูงอายุ โดยจะมีข้อความที่อาจเป็นความหมายของคำว่าสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ ขอให้ท่านพิจารณาแต่ละข้อความว่าตรงกับความคิดเห็น หรือความเข้าใจของท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย  $\surd$  ลงในช่องว่างของข้อความแต่ละข้อเพียงช่องเดียว และให้ตอบให้ครบทุกข้อ โดยเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้

คำตอบ

เห็นด้วยมาก	หมายถึง	มีความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ตรงกับข้อความนั้นเป็นส่วนมากหรือทั้งหมด
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	มีความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ตรงกับข้อความเป็นส่วนน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	มีความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่ตรงกับข้อความนั้นเลย
ไม่ทราบ	หมายถึง	ไม่มีความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ตรงตามข้อความนั้น

ตัวอย่าง

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็นด้วย	ไม่ทราบ	ช่องสำหรับผู้ วิจัย
1. สุขภาพ คือ สภาพที่ไม่มี อาการของโรค					

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ทราบ	ช่องสำหรับ ผู้วิจัย
1. สุขภาพ คือ การที่ไม่เจ็บป่วยหรือไม่ปรากฏ อาการผิดปกติใด ๆ					10 [ ]
2. สุขภาพ คือ การมีส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ครบถ้วนและไม่มีความพิการใด ๆ					11 [ ]
3. สุขภาพ คือ การที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทำงานได้ตามปกติ					12 [ ]
4. สุขภาพ คือ การที่ไม่มีอาการผิดปกติของจิตใจ					13 [ ]
5. สุขภาพ คือ การที่ร่างกายมีอาการผิดปกติแต่ไม่ จำเป็นต้องไปพบแพทย์					14 [ ]
6. สุขภาพ คือ การที่ร่างกายมีอาการผิดปกติแต่ไม่ มีจำเป็นต้องรับประทานยา					15 [ ]
7. สุขภาพ คือ การที่ร่างกายสามารถทำงานได้ตาม ปกติ					16 [ ]
8. สุขภาพ คือ ความสามารถในการกระทำสิ่งที่ ต้องการทำได้					17 [ ]
9. สุขภาพ คือ ความสามารถในการกระทำสิ่งที่ผู้ อื่นคาดหวังไว้ได้					18 [ ]
10. สุขภาพ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตนเอง					19 [ ]
11. สุขภาพ คือ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ รับผิดชอบในแต่ละวันได้					20 [ ]
12. สุขภาพ คือ การปฏิบัติตนตามบทบาทได้อย่าง เหมาะสม					21 [ ]
13. สุขภาพ คือ การปรับวิถีชีวิตของตนเองในวัย สูงอายุได้					22 [ ]

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ทราบ	ช่องสำหรับ ผู้วิจัย
14. สุขภาพ คือ การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงได้					23 [ ]
15. ความสามารถในการจัดการกับสภาพแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงไปได้					24 [ ]
16. สุขภาพ คือ การไม่ปรากฏอาการที่ตอบสนอง ต่อความเครียดจนเกินไป					25 [ ]
17. สุขภาพ คือ ความสามารถในการปรับตัวต่อ เหตุการณ์ต่างๆ ได้ตรงกับความเป็นจริง					26 [ ]
18. สุขภาพ คือ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต					27 [ ]
19. สุขภาพ คือ การประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตน เองปรารถนา					28 [ ]
20. สุขภาพ คือ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันเป็นไป อย่างสนุกสนานและกระตือรือร้น					29 [ ]
21. สุขภาพ คือ ความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต					30 [ ]
22. สุขภาพ คือ การตระหนักถึงความสามารถสูง สุดของตนเอง					31 [ ]
23. สุขภาพ คือ การที่ร่างกายและจิตใจสามารถ ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด					32 [ ]
24. สุขภาพ คือ การมีชีวิตที่เป็นไปในทางสร้าง สรรเพื่อความสมบูรณ์ของชีวิต					33 [ ]



ข้อความ	การรับรู้ความสนใจ		พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			ช่องสำหรับผู้รับ
	สนใจ	ไม่สนใจ	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
1. ท่านรับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ได้ครบทุกวัน						39 [ ]
2. ท่านลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น ขนมหวาน แอ่งกะทิ						40 [ ]
3. ท่านรับประทานอาหารทั้งมื้อเช้า กลางวัน เย็น						41 [ ]
4. ท่านควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวันได้						42 [ ]
5. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว						43 [ ]
6. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน						44 [ ]
7. ท่านเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของท่าน						45 [ ]
8. ท่านหาสถานที่สำหรับออกกำลังกายในชุมชนได้						46 [ ]
9. ท่านระมัดระวังไม่ให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของท่าน						47 [ ]
10. ท่านมีวิธีพักผ่อนหย่อนใจในแต่ละวันได้						48 [ ]
11. ท่านกำหนดเป้าหมายในการดำรงชีวิตได้						49 [ ]

ข้อความ	การรับรู้ความสามารถ		พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ			ช่องสำหรับ ผู้วิจัย
	มั่นใจ	ไม่มั่นใจ	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่ปกติ	
12. ท่านรับรู้ถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ของตนเอง						50 [ ]
13. ท่านคิดว่าท่านมีความสุข ในชีวิต						51 [ ]
14. ท่านได้รับการยอมรับนับถือ จากบุคคลอื่น						52 [ ]
15. ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตในแต่ละวัน มีความท้าทาย						53 [ ]
16. ท่านสังเกตสภาพร่างกายที่ ผิดปกติได้ด้วยตนเอง						54 [ ]
17. ท่านจะซักถามปัญหาสุขภาพ จากบุคลากรสาธารณสุข						55 [ ]
18. ท่านชวนขยายและรับฟัง การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ						56 [ ]
19. ท่านเข้าร่วมโครงการ สุขภาพที่มีในชุมชนได้						57 [ ]
20. ท่านไปตรวจร่างกาย ประจำปี						58 [ ]
21. เมื่อท่านมีปัญหา ท่านจะหยุด คุยปรึกษาบุคคลใกล้ชิด						59 [ ]
22. ท่านให้การยกย่องบุคคลอื่น ด้วยความเต็มใจ						60 [ ]
23. ท่านมีเวลาพบปะสังสรรค์กับ เพื่อนใกล้ชิด						61 [ ]

ข้อความ	การรับรู้ความสามารถ		พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ			ช่องสำหรับ ผู้วิจัย
	ทันใจ	ไม่ทันใจ	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ	
24. ท่านปรารถนาที่ให้คุณคชครอบ ข้าง แสดงความรักความห่วงใย ในตัวท่าน						62 [ ]
25. ท่านรักษาสัมพันธ์อันดีกับ สมาชิกในครอบครัวและเพื่อน บ้าน						63 [ ]
26. ท่านมีเวลาผ่อนคลายในแต่ละ วัน						64 [ ]
27. ท่านหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ เมื่อยหน่าย						65 [ ]
28. ท่านมีวิธีจัดการกับ ความเครียด						66 [ ]
29. ก่อนนอน ท่านจะคิดถึงสิ่ง ดี ๆ						67 [ ]
30. เมื่อท่านรู้สึกเมื่อยหน่าย ท่าน มักจะพูดคุยกับเพื่อนบ้านและ ครอบครัว						68 [ ]

## ภาคผนวก ค

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ มีดังต่อไปนี้คือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลินจง โปธิบาล

ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรรณวดี พุชวิวัฒนะ

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิไลวรรณ ทองเจริญ

ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ อุษาพร ชวลิตนิกุล

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ ทิณชীরะนันท์

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล